



UNIVERSIDADE SANTO AMARO - UNISA

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

RICARDO DA SILVA TARGUETA

**INTERNAÇÕES POR CAUSAS SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA DA
POPULAÇÃO ADULTA E SEU IMPACTO PARA A ASSISTÊNCIA
HOSPITALAR, EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NA REGIÃO SUL DA
CIDADE DE SÃO PAULO**

SÃO PAULO

2019

RICARDO DA SILVA TARGUETA

**INTERNAÇÕES POR CAUSAS SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA DE
POPULAÇÃO ADULTA E SEU IMPACTO PARA A ASSISTÊNCIA
HOSPITALAR, EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NA REGIÃO SUL DA
CIDADE DE SÃO PAULO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Álvaro Avezum Júnior

Coorientadora: Prof.^a Dra. Jane de Eston Armond

SÃO PAULO

2019

RICARDO DA SILVA TARGUETA

**INTERNAÇÕES POR CAUSAS SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA DE
POPULAÇÃO ADULTA E SEU IMPACTO PARA A ASSISTÊNCIA
HOSPITALAR, EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NA REGIÃO SUL DA
CIDADE DE SÃO PAULO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Álvaro Avezum Júnior

Coorientadora: Prof.^a Dra. Jane de Eston Armond

São Paulo, 11 de Fevereiro de 2020

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Álvaro Avezum Júnior

Prof.^a Dra. Jane de Eston Armond

Prof.^a Dra. Ana Paula Ribeiro

Prof. Dr. Gustavo Bernardes de Figueiredo Oliveira

*“De tudo, ao meu amor serei atento
Antes, e com tal zelo, e sempre, e tanto
Que mesmo em face do maior encanto
Dele se encante mais meu pensamento.”*

(Vinicius de Moraes)

DEDICATÓRIA

Dedico o presente a minha mãe Maria Elizabet, que saudavelmente contribuiu com educação formal e diária, exemplo que até hoje carrego e faz com que eu sirva aos demais com a mesma dedicação; te amo!

À minha avó materna, Berta, que não está mais entre nós, mas estará sempre em meu coração, carinhosa, amorosa, sempre priorizou a educação e a escola, o que sou hoje é fruto de sua dedicação e amor; te amarei eternamente.

Ao meu pai, que não está mais entre nós, mas estará em meu coração, obrigado pelo amor, carinho e dedicação; te amo!

Às minhas irmãs Renata e Patrícia, obrigado pelo amor, pelo carinho, obrigado por vocês existirem a vida não seria a mesma sem vocês, amo muito!

Ao meu sobrinho Enzo, muito querido, inteligente, carinhoso, obrigado por você existir, te amo!

Aos pacientes, na prática da minha profissão como médico, esse trabalho dedico a vocês, com todo meu amor e carinho; minha fonte mais preciosa de incentivo e inspiração.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Álvaro, meu orientador, mestre, prestativo e perfeccionista, agradeço plenamente pela paciência, disponibilidade, incentivo e dedicação; grande professor e médico, disposto a ensinar e compartilhar sua preciosa experiência comigo; sem seus ensinamentos, este trabalho não seria possível. Obrigado pela perseverança.

À Prof.^a Dra. Jane, minha coorientadora, eterna professora, acompanha meu desenvolvimento desde a época da graduação, educadora, médica, mãe e esposa, pessoa incrível, carinhosa, dedicada, prestativa, esteve ao meu lado desde o início dessa jornada; o brilho no olhar de quem nasceu para ensinar, o amor que dedica aos seus alunos é admirável, fonte de inspiração e incentivo. Obrigado por manter a chama acesa!

Aos Professores do Programa, que se empenham no desenvolvimento científico com afinco e dedicação, contribuindo com a sociedade; ensinaram-me não só com palavras, mas também com gestos de carinho e amor: Prof. Dr. Neil Novo, Prof.^a Dra. Yara Juliano, Prof.^a Dra. Ana Carolina, Prof.^a Dra. Carolina Nunes, Prof.^a Dra. Patrícia Colombo, Prof.^a Dra. Carmen Vinagre, Prof.^a Dra. Marina Tiemi. Exemplos de dedicação e sabedoria.

Aos colegas do mestrado, pessoas queridas que conheci e aprendi a admirar, cada um com sua particularidade, seus conhecimentos, seus objetivos, o quão rico foi este tempo que passamos juntos, Ana Paula, Ana Lee, Adailton, Karina, Luciana, Nazir, Marcio e Maricene; juntos formamos uma rede de proteção que conduziu-nos à conquista! Juntos somos mais fortes.

À enfermeira Adriana Evaristo do HGG, profissional generosa, paciente e disponível, agradeço o carinho, a dedicação e os ensinamentos; este trabalho não seria possível sem você, gratidão.

À coordenadora de ensino e desenvolvimento do HGG Janaína Rodrigues, eficiente, dedicada e humana, obrigado por nos ajudar com todo processo de autorização.

Ao superintendente médico do HGG Dr. Eduardo Zamataro, agradeço por autorizar e participar desse trabalho tão grandioso para nossa região de Capela do Socorro, muito obrigado.

À equipe de estatísticos, Filipe Mendes, Frederico Rafael e Caio Cezar que dedicaram seu tempo para com toda a parte estatística do trabalho, muito obrigado.

À minha irmã Patrícia, que dedicou seu tempo com as revisões, e que sempre me apoiou nesta caminhada; te amo.

Aos amigos Prof.^a Ma. Cintia Leci, amiga querida, dedicada e sempre disponível, gratidão pelos ensinamentos e conselhos. Ao psicólogo Ricardo Bandeira, obrigado pelo apoio, pelos conselhos e ensinamentos. Ao futuro médico Caio Vinícius, amigo querido, sempre prestativo, disponível e participativo, meu carinho e gratidão. Ao médico Bruno Magalhães, amigo querido, veterano, que sempre me incentivou e aconselhou-me a nunca desistir; meu eterno carinho e gratidão. A médica Aline Guanabens, amiga querida, prestativa, dedicada e humana, muito obrigado por compartilhar seus conhecimentos e experiências comigo. Ao enfermeiro Guilherme Macedo, amigo

querido, dedicado, perfeccionista e humano, obrigado pelo apoio e incentivo nesta jornada. A todos minha eterna gratidão!

RESUMO

INTRODUÇÃO E FUNDAMENTO: Elucidação de causas sensíveis à atenção primária em relação ao total de hospitalizações permite maior entendimento e utilização eficiente de recursos, redução do impacto negativo e amplitude patológica para hospitalizações. Avaliamos as internações por causas sensíveis à atenção primária, comparando-as com as não sensíveis em relação às características demográficas, duração da hospitalização e índice de complexidade/gravidade.

MÉTODOS: Estudo observacional analítico, transversal, com coleta de informações registrados pelo sistema DRG (Grupo de Diagnósticos Homogêneos), durante período de outubro/2018 à março/2019. Foi utilizado teste não paramétrico de Mann-Whitney, exato de Fisher para as comparações.

RESULTADOS: Entre outubro de 2018 e março de 2019, 760 internações no Hospital Geral do Grajaú cumpriam os critérios para inclusão e 44,74% dessas internações configuram causas sensíveis à atenção primária, ou seja, seriam evitadas no cenário de eficiência da atenção primária. As maiores incidências de internações foram de 110 pacientes com infecção do trato urinário de localização não especificada, 105 pacientes com acidente vascular cerebral não especificado, 81 com outras pneumonias bacterianas e 70 com insuficiência cardíaca congestiva. Comparadas às causas não sensíveis, aquelas sensíveis mostravam maior duração de hospitalização, maior idade, maior prevalência de pacientes do sexo feminino, maior índice de complexidade na admissão e durante a permanência hospitalar e maior risco de mortalidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Significativa parcela das internações apresenta causas sensíveis à atenção primária, logo uma correta avaliação inicial é primordial para o estabelecimento de um plano terapêutico adequado.

Palavras-Chave: Hospitalização, Causas Sensíveis à Atenção Primária, DRG, Atenção Primária.

ABSTRACT

INTRODUCTION AND BACKGROUND: Elucidation of causes sensitive to primary care in relation to total hospitalizations allows for greater understanding and efficient use of resources, reduction of negative impact and pathological amplitude for hospitalizations. We evaluated hospitalizations for causes sensitive to primary care, comparing them with non-sensitive ones regarding demographic characteristics, length of hospitalizations and complexity/severity index

METHODS: Analytical observational cross - sectional study, with information collected by the DRG system (Homogeneous Diagnostic Group), from October / 2018 to March / 2019. Mann-Whitney non-parametric Fisher's exact test was used for comparisons.

RESULTS: Between October 2018 and March 2019, 760 hospitalizations at Grajaú General Hospital met the inclusion criteria and 44.74% of these admissions are causes that are sensitive to primary care, that is, they would be avoided in the primary care efficiency scenario. The highest incidences of hospitalizations were 110 patients with urinary tract infection of unspecified location, 105 patients with unspecified stroke, 81 with other bacterial pneumonias and 70 with congestive heart failure. Compared to non-sensitive causes, sensitive ones showed a longer hospital stay, older age, a higher prevalence of female patients, a higher index of complexity at admission and during hospital stay, and a higher risk of mortality.

FINAL CONSIDERATIONS: Significant portion of hospitalizations have causes sensitive to primary care, so a correct initial assessment is essential for the establishment of an adequate therapeutic plan.

Keywords: hospitalization, Causes Sensitive to Primary Care; DRG; Primary Care

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
1.1 A História do Sistema Único De Saúde (SUS)	17
1.2 Causas Sensíveis à Atenção Primária	20
1.3 Grupo de Diagnósticos Homogêneos – DRG (Diagnosis Related Group) 23	
1.4 Região de Capela do Socorro	24
2 JUSTIFICATIVA	27
3 OBJETIVOS	29
3.1 Objetivo Principal	29
3.2 Objetivo Secundário.....	29
4 MÉTODOS	30
4.1 Estratégia de Pesquisa	30
4.2 Local de Estudo	30
4.3 Elegibilidade.....	30
4.3.1 Critério de Inclusão.....	31
4.3.2 Critério de Exclusão	31
4.4 População de Estudo.....	31
4.5 Definições Utilizadas.....	32
4.6 Conjunto de Atributos.....	32
4.7 Peso Relativo do <i>Diagnosis Related Groups (DRG)</i>	33
4.8 Análise Estatística.....	34
5 RESULTADOS	36

6	DISCUSSÕES.....	46
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
8	CONCLUSÃO.....	56
9	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária	21
Tabela 2 – Comparação das Características Demográficas, Duração da Internação, Complexidade e Risco de Mortalidade entre os Grupos Segundo o Diagnóstico Principal Não Sensível e Sensível à Atenção Primária	37
Tabela 3 – Comparação das Características Demográficas, Duração da Internação, Complexidade e Risco de Mortalidade entre os Grupos Segundo Diagnóstico Secundário Não Sensível e Sensível à Atenção Primária	39
Tabela 4 – Comparação das Características Demográficas, Duração da Internação, Complexidade e Risco de Mortalidade entre os Grupos Segundo o Diagnóstico Primário ou Secundário Não Sensível e Sensível à Atenção Primária	40
Tabela 5: Tabela Distributiva das Causas de Internação Ocorridas entre Outubro/2018 e Março/2019	41

INTRODUÇÃO

Desde a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), ações de saúde têm sido executadas para consolidar seus princípios e diretrizes essenciais. O Ministério da Saúde (MS) tem buscado ampliar e consolidar a atenção primária à saúde (APS) por meio de estudos técnicos, visando ao desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde no âmbito coletivo (BORDIGNON et al, 2017). Entende-se ainda que a atuação da Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária deve contemplar estratégias (tecnologias de cuidado) auxiliadoras no manejo das necessidades de saúde habituais e de maior relevância para a população de seu território. (MAIA, 2019)

Portanto, elencam-se as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), como um indicador possível de ser utilizado para monitoramento de um conjunto de condições de saúde, cujo risco de internação hospitalar poderia ser diminuído através de ações mais efetivas da AB. Assim, as informações oriundas desse indicador podem retratar o acesso e a qualidade da AB e, por isso, a redução das taxas de internação por ICSAP sugere potenciais melhorias nesse nível de atenção à saúde. (MAIA, 2019)

As internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) se tornaram internacionalmente estabelecidas como um indicador de qualidade e parte do pressuposto de que o acesso adequado ao atendimento ambulatorial efetivo pode prevenir a necessidade de hospitalização por alguns agravos (NORONHA, 1991)

Ainda são escassos estudos de tendência temporal do impacto financeiro das hospitalizações por causas sensíveis na gestão de recursos destinados ao Sistema Único de Saúde (PAZO, 2017)

O debate sobre os gastos em saúde e a busca pela eficiência na alocação dos recursos escassos têm ocupado papel importante na pauta das discussões de políticas públicas sobre o financiamento dos serviços de saúde. (PINTO JUNIOR, 2018)

Um indicador recentemente utilizado é o *Diagnosis Related Groups (DRG)* que é um sistema de classificação de pacientes, descrito em 1977 nos EUA, que reflete a média da relação do tipo de paciente tratado no hospital e o custo desse hospital. A classificação DRG foi incorporada pelo esquema governamental de seguro americano denominado Medicare como base para um novo sistema de pagamento aos hospitais contratados. Desde então, o *DRG* tem sido objeto de interesse tanto de estudos acadêmicos como dos sistemas de saúde de diversos países. (RODRIGUES, 2019; ROSCHEL, 2018)

O DRG é definido como um modelo de classificação de pacientes que possibilita relacionar os tipos de pacientes atendidos pelo hospital, ao conjunto de bens e serviços consumidos durante sua hospitalização, resultando em um instrumento viável de definição do produto hospitalar em termos da utilização dos recursos. Ou seja, o DRG tem como premissas o apoio na gestão de custos, melhorias na eficiência dos gastos hospitalares e diminuição do tempo de internação dos pacientes. (SCHENKER, 2019; SERUFO FILHO, 2016)

São necessários estudos sobre a utilização dos DRGs, juntamente com dados sobre custos ou de resultados do tratamento contribui para que a avaliação do desempenho hospitalar ganhe nova dimensão. Os hospitais podem conhecer melhor os tipos de pacientes que atendem os custos incorridos no tratamento dos mesmos, oferecendo novos subsídios para o planejamento dos seus serviços.

Este estudo foi proposto com vistas a conhecer as internações por causas sensíveis à atenção básica e seu impacto para a assistência hospitalar, por meio de análise dos dados fornecidos pelo sistema DRG, em hospital secundário de ensino na região sul da cidade de São Paulo.

Ainda são poucos os estudos que investigam o potencial da APS no atendimento da população, no controle de condições crônicas e na prestação de serviços preventivos, no entanto, os estudos existentes indicam que ela é capaz de prestar melhor gerenciamento do cuidado das condições crônicas, reduzir internações desnecessárias e idas à emergência ou unidades de pronto atendimento. (SOUZA, 2019)

Entendem-se por condições sensíveis à atenção primária os agravos à saúde cujo perfil de morbimortalidade pode ser reduzido ou modificado por uma atenção primária resolutiva e eficiente. A partir da lista de Condições Sensíveis à Atenção Primária é possível estimar as taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), bem como o desempenho dos serviços de Atenção Primária à Saúde, além de verificar a efetividade de políticas públicas. As taxas de ICSAP são utilizadas também para avaliar a resolutividade, qualidade e acessibilidade da APS. (LEREA, TULLO & LÓPEZ, 2019)

Por conseguinte, a assistência inicial é a base do atendimento ao paciente, a porta de entrada, para evitar a demanda de internações e prevenir agravos na saúde do paciente.

1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 A História do Sistema Único De Saúde (SUS)

Para adequada compreensão do Sistema único de Saúde nacional é impreterível compreender seu surgimento.

Antes da chegada de Pedro Álvares Cabral em 1500, o Brasil era habitado por nativos há milhares de anos. Tais nativos detinham conhecimento e cultura próprios, dentre os quais mecanismos de cuidados com a saúde. Ocorre que a chegada da esquadra portuguesa traz suas patologias, para as quais os nativos não dispunham de enfrentamento, causando a morte de milhares. (MERELES, 2018)

Da chegada portuguesa em 1500 até 1808, quando chega nova esquadra portuguesa ao Brasil, a estrutura de cuidados em saúde consistia, majoritariamente, de instituição caridosas e voluntariado (destaque às Santas Casas de Misericórdia). Em 1808 desperta-se a demanda no Brasil do estilo de vida colonial, favorecendo o desenvolvimento das estruturas sanitárias, além de outras providências, como a transformação de escolas em universidades de medicina no Rio de Janeiro e Salvador. (SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PASSOS, 2016)

Seguiu-se, com a presença da família real no Brasil, um desenvolvimento estrutural nacional, com calçamento de vias e saneamento básico. Apesar de tratarem-se de interesses da coroa, havia necessidade de cuidado com a saúde da população pois já era de conhecimento científico que a proliferação de cólera, febre amarela e “peste bubônica” estavam diretamente associadas à carência de saneamento básico e tratamento ineficaz dos infectados. (MERELES, 2018)

A proclamação da independência em 1822, por si, trouxe pouca evolução no campo da saúde coletiva, portanto o próximo marco histórico relevante nesta área é a promulgação do fim da escravidão no Brasil, em 1888, que tornou o Brasil dependente da mão de obra estrangeira. Além desta dependência, nosso

país também experimentava aumento de produção, o que dependia de trabalhadores saudáveis, fossem eles brasileiros ou estrangeiros. (MERELES, 2018)

Contemporaneamente surge a preocupação com a prevenção, com grande destaque à vacinação, tendo como expoente o médico Oswaldo Cruz, que disseminou a vacinação obrigatória, mesmo sob forte repressão popular, motivada por desconhecimento e preconceito. (IDEM)

Com a maior formalização das relações de trabalho no Brasil, os trabalhadores passaram a se unir e, inicialmente por organização particular de cada categoria, assegurar assistência à saúde. Tal iniciativa era, portanto, reservada aos trabalhadores, ou seja, a população desempregada ou informal era excluída.

Com a constituição de 1934, promulgada durante a era Vargas, os direitos à saúde passaram a ser garantidos constitucionalmente a todos os trabalhadores. Porém foi somente em 1953 a criação de um Ministério da Saúde, criado com o intuito de organizar políticas de saúde pública e seu financiamento. (IDEM)

Ocorre que os anos da ditadura militar (1964-1985) dificultaram importantemente a crítica ao modelo sanitário da época, de modo que os movimentos sanitaristas se reuniam e testavam suas hipóteses à revelia do Estado. Destacam-se nesse momento o empenho dos conselhos e cursos de medicina e dos residentes, que criticavam uma saúde elitista ou setorializada, em favor de promoção pública irrestrita. Com este modelo crítico realizavam-se as conferências de saúde.

Com a redemocratização nacional, foi possível a construção da proposta Saúde e Democracia, que reunia o entendimento da categoria (composta agora por médicos, enfermeiros, biomédicos...), ou seja, o pensamento do movimento sanitarista, encaminhado ao Legislativo para aprovação em 1986. Merece destaque que neste documento estavam os princípios de uma saúde para todos: saúde comunitária; clínica de família e Pesquisas comunitárias. (IDEM; SANTOS, 2012)

Tal documento merece destaque histórico pois, à partir dele, realizou-se a 8ª Conferência Nacional da Saúde, que teve como tema “Saúde como um direito de todos e um dever do Estado”, bem como teve seus principais encaminhamentos incorporados à Constituição de 1988, bem como estruturaram as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), que seria promulgado em 1990 sob a Lei 8080/90. (IDEM; BRASIL, 2003)

Em seu *caput* a lei 8080/90, conhecida como Lei do SUS “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990), porém é previsto que o SUS tenha atualização constante, dado tratar-se de legislação complexa. Destacamos, no momento, o artigo 11 da Seção II, Capítulo II do Decreto 7508 de 2011, que preconiza: “O Acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente” (BRASIL, 2011). Desta forma entendemos tratar-se da atenção primária como uma das principais “portas de entrada” do sistema de saúde, bem como o equipamento de saúde responsável pelo acompanhamento dos casos crônicos preconizados.

Já os hospitais, estes receberam em 2017, revisão de sua incumbência no SUS, legislação definida como Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), a qual apresenta a definição de hospital como “instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação.” (BRASIL, 2013).

Na mesma legislação vemos que há a classificação segundo o porte:

- Hospital de Pequeno Porte: Capacidade normal de até 50 leitos;

- Hospital de Médio Porte: Capacidade normal entre 51 e 150 leitos;
- Hospital de Grande Porte: Capacidade normal entre 151 e 500 leitos.

Além de outras, como Perfil Assistencial – Clínicas básicas, hospital geral, hospital especializado, hospital de urgência, hospital universitário e de ensino e pesquisa; Nível de complexidade das atividades prestadas – Hospital de nível básico ou primário, secundário, terciário ou quaternário em cada estabelecimento (atenção básica, de média complexidade ou de alta complexidade); ou Papel do estabelecimento na rede de serviços de saúde – Hospital local, regional, de referência estadual ou nacional. (NEGRI FILHO, 2014)

Entendemos, portanto que o Hospital Geral do Grajaú se configura como hospital secundário de grande porte, contando com 300 leitos financiados pelo SUS. (IRSSL, 2019)

1.2 Causas Sensíveis à Atenção Primária

A APS apresenta atributos específicos como a atenção ao primeiro contato, característica longitudinal, integralidade e coordenação do cuidado, destacando-se no âmbito da prevenção e cuidado de condições crônicas. Ainda são poucos os estudos que investigam o potencial da APS no atendimento da população, no controle de condições crônicas e na prestação de serviços preventivos, no entanto, os estudos existentes indicam que ela é capaz de prestar melhor gerenciamento do cuidado das condições crônicas, reduzir internações desnecessárias e idas à emergência ou unidades de pronto atendimento. (SOUZA, 2019)

Segundo Rodrigues, problemas de desempenho e acesso ao sistema de saúde estão relacionados a altas taxas de internações hospitalares, as quais possuem efeitos desfavoráveis à condição de morbimortalidade da população e oneram o sistema de saúde. (VERAS, 1990)

Tabela 1 – Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária.		
	Diagnóstico CID-10	Códigos Incluídos
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	A37; A36; A33 a A35; B26; B06; B05; A95; B16; G00.0; A17.0; A19; A15.0 a A15.3; A16.0 a A16.2; A15.4 a A15.9; A16.3 a A16.9; A17.1 a A17.9; A18; I00 a I02; A51 a A53; B50 a B54; B77.
2	Gastroenterites infecciosas e complicações	E86; A00 a A09
3	Anemia	D50
4	Deficiências Nutricionais	E40 a E46; E50 a E64
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	H66; J00; J01; J02; J03; J06; J31
6	Pneumonias Bacterianas	J13; J14; J15.3; J15.4; J15.8; J15.9; J18.1
7	Asma	J45 e J46
8	Doenças pulmonares	J20; J21; J40; J41; J42; J43; J47; J44
9	Hipertensão	I10; I11
10	Angina	I20
11	Insuficiência cardíaca	I50; J81
12	Doenças cerebrovasculares	I63 A I67; I69; G45 a G46
13	Diabetes Melitus	E10; E10.1; E11.0; E11.1; E12.0; E12.1; E13.0; E13.1; E14.0; E14.1; E10.2 a E10.8; E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8 E14.2 e E14.8; E10.9; E11.9; E12.9; E13.9 E14.9
14	Epilepsias	G40; G41
15	Infecção no rim e trato urinário	N10; N11; N12; N30; N34. N39.0

16	Infeção de pele e tecidos subcutâneos	A46; L01; L02; L03; L04; L08
17	Doença Inflamatória de órgãos pélvicos femininos	N70; N71; N72; N73; N75; N76
18	Úlcera gastrointestinal	K25 a k28; k92.0 k92.1; K92.2
19	Doenças relacionadas ao pré-natal de parto	O23; A50; P35.

(BRASIL, 2008)

Entendem-se por condições sensíveis os agravos à saúde cujo perfil de morbimortalidade pode ser reduzido ou modificado por uma atenção primária resolutiva e eficiente, a partir dessa lista, é possível estimar as taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) e avaliar o desempenho dos serviços de saúde, além de verificar a efetividade de políticas públicas. As taxas de ICSAP são utilizadas também para avaliar a resolutividade, qualidade e acessibilidade da APS. (LEREA, TULLO & LÓPEZ, 2019)

Uma das maiores contribuições desse indicador é possibilitar que os serviços de saúde afirmem sua capacidade de resolução de problemas passíveis de atendimento na APS. Para os diagnósticos listados, há medidas preventivas e oportunas, além de tratamentos ambulatoriais; ou seja, são causas evitáveis pela atuação precisa, resolutiva e eficiente das equipes de atenção primária¹⁵. Atualmente, várias organizações como a Organização Saúde Pan-Americana (OPAS) e instituições a utilizam para avaliar os serviços de saúde, embora essa medida raramente foi usado para estudar o desempenho do sistema de saúde em países de baixa e média renda. Espera-se que uma melhor resposta dos serviços de APS implique em diminuição nas internações hospitalares. Esse conceito é o proposto. avaliar a operação do primeiro nível de atenção, em que hospitalizações devido a causas que poderiam ter sido evitadas ou evitadas por uma intervenção adequada da APS para cada problema de saúde. (LEREA, TULLO & LÓPEZ, 2019)

1.3 Grupo de Diagnósticos Homogêneos – DRG (Diagnosis Related Group)

Grupos relacionados ao diagnóstico (DRGs) referem-se a grupos de pacientes semelhantes para padrões de consumo de recursos e características clínicas. Os DRGs representam um pagamento fixo por quitação que difere com base na gravidade, procedimentos e diagnóstico. O sistema de pagamento DRG, como uma ferramenta política para melhoria da eficiência e contenção de custos. (CHOI, 2019)

Os altos gastos que os países têm na área da saúde estão diretamente ligados ao modelo de pagamento de prestadores de saúde que os mesmos adotam. Perante este quadro de gastos excessivos na saúde afetarem prontamente a economia, têm sido empregados modelos de pagamento ao prestador, especialmente o *Diagnosis Related Groups (DRG)*, essencialmente nos pagamentos a hospitais (pois eles causam um grande impacto sobre os gastos com a saúde), com o intuito de tornar os gastos mais eficientes. (FARIA, 2017)

No Brasil, o DRG foi desenvolvido por médicos Ph.D. do Instituto de Acreditação e Gestão em Saúde (IAG Saúde), com sede em Belo Horizonte (MG), em conjunto com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e a Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG), sendo denominado DRG Brasil. (DRG Brasil, 2017)

Sua metodologia é feita pela união dos dados coletados na internação dos pacientes: diagnósticos (principal e secundário), comorbidades, idade e procedimentos. Cada categoria do DRG Brasil agrupa pacientes clínicos ou cirúrgicos em estágios semelhantes, solicitando assim a mesma quantidade de recursos para cada tipo de tratamento hospitalar: custos de materiais, medicamentos e diárias. Incluindo consequências esperadas, como mortes e complicações no tratamento.

Assim, é possível mensurar e administrar os custos e resultados entregues pela organização hospitalar. Hoje existem 784 produtos DRG. (FARIA, 2017)

Para classificar os pacientes nos grupos DRGs, primeiramente é dividida cada internação em uma das 25 Grandes Categorias Diagnósticas (GCDs), “uma classificação que agrupa pacientes de acordo com os grandes sistemas orgânicos, que devem ter consistência em termos da anatomia, classificação fisiopatológica ou na forma como os pacientes são tratados clinicamente”.

Em seguida, distribuem as hospitalizações em um conjunto cirúrgico e outro clínico. O último passo é classificar os pacientes cirúrgicos de acordo com o grau de cirurgia: cirurgia maior, cirurgia menor, outra cirurgia, cirurgia não relacionada ao diagnóstico principal; e, ainda, organizar os pacientes em subgrupos. (IDEM)

1.4 Região de Capela do Socorro

A Supervisão Técnica de Saúde (STS) Capela do Socorro situa-se na região sul do Município de São Paulo (MSP), coincide com a Subprefeitura de Capela e é composta pelos Distritos Administrativos (DA) de Socorro, Cidade Dutra e Grajaú.

Segundo estimativas do portal INFOCIDADES, em 2010 o município conta com 11.253.503 habitantes e a STS de Capela do Socorro, com 594.930 habitantes, correspondendo a 5.28% da população da cidade.

Parte desta população é usuária da saúde suplementar, ou seja, possui plano ou seguro saúde adquiridos individualmente ou pelo convênio do empregador. Outra parcela da população depende exclusivamente do SUS ou paga pelos serviços. A parcela usuária dos planos e seguros varia segundo a condição social e o local de residência e permanece como potencial ou efetiva usuária SUS, pois a utilização (ou não) dos serviços se vincula à complexidade da necessidade do usuário.

Segundo estudo desenvolvido pela CEInfo, estima-se que 65% da população da STS Capela do Socorro (422.066 pessoas) não possui plano de

Saúde, ou seja, são consideradas exclusivamente usuárias do SUS. Esta proporção está acima da média do Município de São Paulo que fica em 55.6%.

Os Distritos Administrativos que compõem a Supervisão apresentam proporções de população usuária do SUS diferenciadas: Socorro com 47.7%, Cidade Dutra com 53.7% e Grajaú com 65.0%. Este Distrito apresenta a maior população exclusivamente usuária do SUS, em números absolutos, entre os demais distritos do Município.

Como hospital de referência secundária para a população da Capela do Socorro, está o Hospital de Ensino onde o presente projeto foi conduzido.

Figura 1 – Mapa da Cidade de São Paulo e as Prefeituras Regionais



Área 134,20 KM2

População 594.930 (SÃO PAULO, 2019)

IDH 0,750 (SÃO PAULO, 2019)

Índices Vulnerabilidade 5e6

Distritos: Cidade Dutra, Grajaú e Socorro;

Bairros: Em torno de 200 bairros sendo destes 63 bairros regulares e os restantes em torno de 70% irregulares.

Áreas de proteção: 02 APAS – Capivari-Monos e Bororé-Colônia

Parques em implantação por meio de TCA sendo 03 (três) Rodoanel e 01 (um) Furnas 02 Parque Naturais

A) Itaim

B) Varginha

Fonte: Google Imagens, 2019.

2 JUSTIFICATIVA

No Brasil a Atenção primária configura-se como a porta de entrada, o primeiro acesso da população ao Sistema Único de Saúde. Esse modelo é assim em outros países e é chamado de modelo Estratificado. Este modelo compreende o processo de promoção da saúde baseado na gravidade da patologia e tem a Atenção Primária como porta de entrada e organizadora do sistema. (BRASIL, 1990)

Neste modelo os hospitais de grande porte reservam-se ao atendimento de casos de alta complexidade e gravidade (considerados todos os fatores que configuram tal complexidade/ gravidade), configurando-se como espaços de suporte a vida aonde a intervenção é determinante na manutenção da vida, como casos de grandes cirurgias reparadoras ou curativas, por exemplo. (BRASIL, 2013)

Assim sendo, é necessário que a população compreenda claramente o objetivo de cada serviço de saúde disponível a fim de que estes equipamentos atinjam seu potencial de atendimento, o que garantiria bom funcionamento e também para a viabilidade financeira de todo o SUS. Ocorre que os hospitais de grande porte permanecem no imaginário popular como os equipamentos de salvaguarda universal da saúde, o local aonde repousa a cura. Tal crença origina uma descrença em todo o SUS exatamente pela frustração decorrente da busca da “cura” no equipamento mais corretivo do sistema. (GIOVANELLA, 2008; SANTOS ET AL apud MARTINS, 2016; MLV et al apud MARTINS, 2016)

Esta pesquisa repousa na crença fundamental de que os sistemas de saúde globais baseados em saúde comunitária / saúde da família, bem como estratificados tal como o SUS mostram-se mais justos e financeiramente viáveis quando comparados com outros sistemas hospitalocêntricos, por exemplo. (IDEM)

Porém observamos que, por múltiplos fatores atendidos em diversos estudos (porém não neste especificamente), a atenção primária é ineficiente, o que provoca uma lacuna no cumprimento dos programas governamentais e,

consequentemente, a desassistência da população. Os casos chamados Sensíveis à Atenção Primária são aqueles sobre os quais se obtém melhor prognóstico no atendimento ambulatorial (casos descritos na Tabela 1), porém com alto risco de agudização devido fraco cuidado, ou seja, vemos que a ineficiência da porta de entrada do SUS ocasiona uma piora evitável, um risco incalculável ao paciente e um custo desnecessário a todo o sistema. (GOMES et al, 2014)

Desta forma, é impreterível compreendermos que a investigação das Internações por Causas Sensíveis à Atenção Primária configura importante ferramenta de avaliação dos sistemas de saúde estratificados.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Principal

Descrever as internações por causas sensíveis à atenção primária em população adulta, em hospital secundário da região sul da cidade de São Paulo.

3.2 Objetivo Secundário

a) Estimar o número de internações por proporções de causas sensíveis à atenção primária;

b) Comparar as internações por causas sensíveis à atenção primária com aquelas não sensíveis em relação à complexidade, risco de mortalidade e duração da internação.

4 MÉTODOS

4.1 Estratégia de Pesquisa

Estudo observacional analítico, retrospectivo (outubro de 2018 a março de 2019) transversal.

4.2 Local de Estudo

O Hospital Geral do Grajau, serviço de saúde inaugurado em 23 de outubro de 1998 consequência de uma série de lutas da população e de movimentos sociais em defesa da Saúde dos anos 1990. (SCHENKER, 2019)

Precursor no modelo de gestão por Organizações Sociais – OS (Lei Complementar Nº 846 de 04/06/1998), este serviço nunca esteve sob administração direta do estado, sendo, em sua fundação, entregue à administração da Organização Santamarense de Educação e Cultura – OSEC, a qual permaneceu até 2007. Em janeiro de 2008 passou à responsabilidade da Associação Congregação Santa Catarina - ACSC, a permaneceu até dezembro de 2011, quando foi substituída pelo Instituto de Responsabilidade Social Sírio-Libanês – IRSSL em janeiro de 2012, o qual permanece à presente.

Trata-se de um hospital-escola de nível secundário localizado na Zona Sul de São Paulo e de caráter integralmente público. Oferta atendimento nas especialidades de Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Clínica Médica, Ginecologia, Neurologia Clínica, Obstetrícia, Ortopedia, Pediatria e Urologia. Atualmente, dispõe de 300 leitos operacionais, atuando sempre acima de sua capacidade.

4.3 Elegibilidade

4.3.1 Critério de Inclusão

Pacientes com os seguintes dados completos e corretos no sistema DRG: nome, idade, sexo, diagnósticos, comorbidades, tempo de internação. Busca de dados e inclusão com uma análise retrospectiva de prontuário eletrônica. Pacientes hospitalizados com idade igual ou superior a 18 anos.

4.3.2 Critério de Exclusão

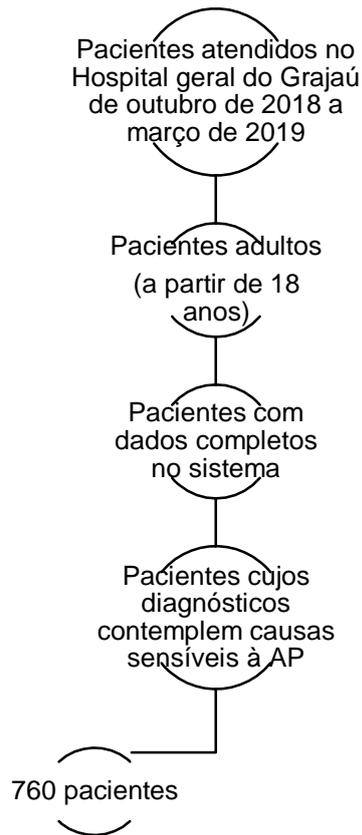
Pacientes com um ou mais dos seguintes dados incompletos ou incorretos no sistema DRG: nome, idade, sexo, diagnósticos, comorbidades, tempo de internação;

Pacientes com menos de 18 anos;

Pacientes cujos diagnósticos não contemplem Causas Sensíveis à Atenção Primária.

4.4 População de Estudo

Foram selecionados os pacientes adultos (a partir de 18 anos) de ambos os sexos, atendidos no Hospital de outubro de 2018 a março de 2019, quando o sistema DRG foi atualizado com dados de pacientes da clínica médica de toda a instituição. Pacientes com idade inferior aos critérios de inclusão e com dados considerados incompletos no prontuário via sistema, foram excluídos da análise.



4.5 Definições Utilizadas:

Complexidade Assistencial

É estabelecida pelo perfil de pacientes atendidos em um hospital, em um determinado período de tempo; a isso se denomina *case mix index - CMI*: “índice da composição, ou mistura, de diferentes casos clínicos”. *Case mix* é utilizado para referenciar um conjunto de atributos dos pacientes que são inter-relacionados, porém distintos, incluindo a gravidade da doença, o prognóstico, a dificuldade do tratamento, a necessidade de intervenções, e a intensidade de consumo de recursos

4.6 Conjunto de Atributos

Gravidade da Doença: Refere-se à extensão da descompensação fisiológica ou perda de função de sistemas de órgãos, ou seja, níveis relativos de perda de função e mortalidade que podem ser experimentados pelos pacientes com uma doença em particular.

Prognóstico: refere-se ao resultado provável de uma doença, incluindo a probabilidade de melhora ou deterioração da gravidade da doença, a probabilidade de recorrência, e a expectativa de vida provável.

Dificuldade de tratamento: refere-se ao grau de dificuldade no manejo dos problemas determinados por uma doença específica ou aos problemas de gestão de pacientes que uma doença particular apresenta ao prestador de cuidados de saúde. Tais problemas de gestão estão associados com doenças sem um padrão claro de sintomas, doenças que exigem procedimentos sofisticados e tecnicamente difíceis, e doenças que requerem monitoramento e supervisão atentos.

Necessidade de intervenção: relaciona-se às consequências em termos de gravidade da doença que a falta de cuidados imediatos ou contínuos (ausência de intervenção imediata ou da continuidade do cuidado) produziria.

Intensidade de consumo de recursos: volume relativo e tipos de recursos terapêuticos, diagnósticos e leitos utilizados na condução do tratamento e na gestão de uma doença específica.

Peso relativo na admissão do paciente à instituição.

Peso: Peso constatado do paciente durante a avaliação.

Risco de mortalidade: Risco de Mortalidade do paciente frente à a avaliação.

4.7 Peso Relativo do *Diagnosis Related Groups (DRG)*

A cada *DRG* é atribuído um peso relativo (PR) que expressa a quantidade média de recursos necessários para tratar um paciente nesse *DRG*. O consumo

médio de recursos para todos os pacientes, em todos os *DRGs*, representa o peso relativo da linha de base e seu valor é 1.

Qualquer *DRG* com valor menor que 1 usa recursos menores que a média; qualquer valor acima de 1 usa recursos maiores que a média. O PR é um número absoluto e é apresentado com 4 casas decimais após a vírgula de forma a garantir maior precisão.

O índice de *case mix* é o resultado da soma dos pesos relativos dos *DRGs* dividido pelo número de pacientes. Hospital com maiores índices de *case mix* geral atende pacientes com maior complexidade e criticidade. Pela perspectiva do *DRG*, pode haver pacientes que requerem mais recursos hospitalares, mas que não necessariamente apresentem maior gravidade da doença, maior dificuldade no tratamento, pior prognóstico ou maior necessidade de intervenção.

A finalidade dos *DRGs* é a de relacionar um conjunto de casos de um hospital às demandas de recursos e custos associados apresentados pelo hospital. Portanto, um hospital que tem um conjunto de casos mais complexo do ponto de vista de um *DRG* significa que o hospital trata pacientes que necessitam de mais recursos hospitalares, mas não necessariamente que o hospital trata paciente possuindo uma maior gravidade da doença, um maior risco de morrer, uma maior dificuldade de tratamento, um pior prognóstico, ou uma maior necessidade de intervenção.

4.8 Análise Estatística

A análise foi feita com base na disponibilidade do número de internações e prontuários válidos, devido ao período de implantação do sistema.

Variáveis quantitativas de distribuição normal e assimétrica foram comparadas entre 2 grupos segundo teste t de Student ou o teste Mann-Whitney respectivamente. Associações entre variáveis categóricas foram avaliadas com teste exato de Fisher. Variáveis quantitativas de distribuição normal e assimétrica foram descritas como média \pm desvio padrão ou mediana (intervalo

interquartil) respectivamente. Normalidade foi avaliada com a inspeção visual de histogramas. Todos os testes de hipótese foram bilaterais e valor- $p < 0.05$ considerado estatisticamente significativo. A análise estatística dos dados foi conduzida com SAS 9.4. (WALKER & SHOSTAK, 2010)

5 RESULTADOS

Durante o período de seis meses (outubro, 2018 a março, 2019), ocorreram 818 internações hospitalares no Hospital Geral do Grajaú. Deste total, 760 casos apresentavam informações completas quanto às variáveis necessárias para o plano de análise do presente estudo. Como plano de análise, avaliou-se causas sensíveis à atenção primária em três situações: constando alguma destas causas no diagnóstico principal (Tabela 2), no diagnóstico secundário (Tabela 3) e constando ou no diagnóstico principal ou no secundário (Tabela 4).

Quando causas sensíveis à atenção primária constaram como diagnóstico principal de internação hospitalar, a duração mediana de internação foi de 7 (4-10) dias, índice de complexidade à admissão de 0,76 (0,52-0,85), idade mediana de 66 (53-76) anos, 51,1% do sexo feminino e risco de mortalidade elevado/extremo de 28,8%.

Quando se comparou pacientes com causas sensíveis à atenção primária com pacientes com outras patologias, houve significância estatística no quesito complexidade global (alta complexidade na admissão e também durante a internação hospitalar).

Podemos concluir, portanto, que o paciente em ICSAP, quando comparado com outro internado por causa não-sensível: tem maior idade; tem maior gravidade no acesso e/ou durante a internação; tem risco de mortalidade baixo/mediano; tem maior proporção de mulheres. A análise estatística destas comparações encontra-se descrita na Tabela 2.

Tabela 2 – Comparação das Características Demográficas, Duração da Internação, Complexidade e Risco de Mortalidade Entre os Grupos Segundo o Diagnóstico Principal Não Sensível e Sensível à Atenção Primária.

Variável	Diagnóstico Principal Não Sensível (N=315)	Diagnóstico Principal Sensível (N=445)	Total (N=760)	p-valor
Duração Da Internação (Mediana (Q1-Q3))	6.00 (3.00-12.00)	7.00 (4.00-10.00)	7.00 (4.00-10.00)	0.24 ¹
Índice De Complexidade À Admissão (Mediana (Q1-Q3))	0.61 (0.49-0.85) (N=315)	0.76 (0.52-0.85)	0.64 (0.52-0.85)	<.0001 ¹
Índice De Complexidade Durante Internação (Mediana (Q1-Q3))	0.61 (0.52-0.85) (N=315)	0.76 (0.53-0.96) (N=445)	0.69 (0.52-0.85)	<.0001 ¹
Idade (Mediana (Q1-Q3))	64.00 (53.00-74.00)	67.00 (53.00-78.00)	66.00 (53.00-76.00)	0.11 ¹
Sexo				
Feminino	139 (44.1%)	223 (50.1%)	362 (47.6%)	0.11 ³
Masculino	176 (55.9%)	222 (49.9%)	398 (52.4%)	
Risco De Mortalidade				
Baixo/Moderado	239 (75.9%)	317 (71.2%)	556 (73.2%)	0.16 ³
Elevado/Extremo	76 (24.1%)	128 (28.8%)	204 (26.8%)	

Quando causas sensíveis à atenção primária constaram como diagnóstico secundário de internação hospitalar, a duração mediana de internação foi de 7 (4-11) dias, índice de complexidade à admissão de 0,71 (0,53-0,88), idade mediana de 67 (57-78) anos, 47,8% do sexo feminino e risco de mortalidade elevado/extremo de 29,5%.

Quando se comparou pacientes com causas sensíveis à atenção primária com pacientes internados por causas não-sensíveis, pode ser observado que a significância estatística reside nos quesitos idade índice de complexidade à admissão; índice de complexidade durante a internação; e risco de mortalidade baixo/moderado.

Podemos, portanto concluir que a população em ICSAP neste hospital neste período, quando comparada com pacientes internados por causas não-sensíveis: Tem idade mais avançada; é mais grave tanto na admissão quanto durante a internação, possui risco de mortalidade baixo/moderado; é mulher. A análise estatística destas comparações encontra-se descrita na Tabela 3.

Tabela 3 – Comparação das Características Demográficas, Duração da Internação, Complexidade e Risco de Mortalidade Entre os Grupos Segundo Diagnóstico Secundário Não Sensível e Sensível à Atenção Primária.

Variável	Diagnóstico Secundário Não Sensível (N=103)	Diagnóstico Secundário Sensível (N=657)	Total (N=760)	P-Valor
Duração da Internação (Mediana (q1-q3))	6.00 (3.00-9.00)	7.00 (4.00-11.00)	7.00 (4.00-11.00)	0.0067 ¹
Índice de complexidade à admissão (Mediana (q1-q3))	0.56 (0.49-0.79)	0.69 (0.52-0.85)	0.64 (0.52-0.85)	<.0001 ¹
Índice de complexidade durante internação (Mediana (q1-q3))	0.56 (0.49-0.79)	0.71 (0.53-0.88)	0.69 (0.52-0.85)	<.0001 ¹
Idade (Mediana (q1-q3))	43.0 (27.0-63.0)	67.0 (57.0-78.0)	66.0 (53.0-76.0)	<.0001 ¹
Sexo				
Feminino	48 (46.6%)	314 (47.8%)	362 (47.6%)	0.83 ³
Masculino	55 (53.4%)	343 (52.2%)	398 (52.4%)	
Risco de Mortalidade				
Baixo/Moderado	93 (90.3%)	463 (70.5%)	556 (73.2%)	<.0001 ³
Elevado/Extremo	10 (9.7%)	194 (29.5%)	204 (26.8%)	

Quando causas sensíveis à atenção primária constaram como diagnóstico principal ou secundário de internação hospitalar, a duração mediana de internação foi de 7 (4-11) dias, índice de complexidade à admissão de 0,70 (0,52-0,88), idade mediana de 66 (55-77) anos, 48,3% do sexo feminino e risco de mortalidade elevado/extremo de 28,3%.

Quando se comparou pacientes em ICSAP aos demais internados por causas não-sensíveis e entendemos que aquele ICSAP é: mulher, tem idade mais elevada; possui nível de gravidade na admissão e/ou durante a internação e seu risco de mortalidade é baixo/moderado. A análise estatística destas comparações encontra-se descrita na Tabela 4.

Tabela 4 – Comparação das Características Demográficas, Duração da Internação, Complexidade e Risco de Mortalidade entre os Grupos Segundo o Diagnóstico Primário ou Secundário Não Sensível e Sensível à Atenção Primária.				
Variável	Diagnóstico Principal ou Secundário Não Sensível (N=42)	Diagnóstico Principal ou Secundário Sensível (N=718)	Total (N=760)	p-valor
Duração Da Internação (Mediana (Q1-Q3))	5.50 (2.00-8.00)	7.00 (4.00-11.00)	7.00 (4.00-10.00)	0.023 ¹
Índice De Complexidade À Admissão (Mediana (Q1-Q3))	0.52 (0.41-0.60)	0.69 (0.52-0.85)	0.64 (0.52-0.85)	<.0001 ¹
Índice De Complexidade Durante Internação (Mediana (Q1-Q3))	0.52 (0.41-0.60)	0.70 (0.52-0.88)	0.69 (0.52-0.85)	<.0001 ¹
Idade (Mediana (Q1-Q3))	37.50 (26.0-63.0)	66.0 (55.0-77.0)	66.0 (53.0-76.0)	<.0001 ¹
Sexo				
Feminino	15 (35.7%)	347 (48.3%)	362 (47.6%)	0.12 ³
Masculino	27 (64.3%)	371 (51.7%)	398 (52.4%)	
Risco De Mortalidade	42	718	760	
Baixo/Moderado	41 (97.6%)	515 (71.7%)	556 (73.2%)	<.0001 ³
Elevado/Extremo	1 (2.4%)	203 (28.3%)	204 (26.8%)	

Concluimos, portanto, que um paciente em ICSAP, quando comparado com outro internado por uma causa não-sensível apresenta características que os diferem daqueles internados por causas não-sensíveis.

Igualmente observamos que há significância estatística nos quesitos duração da internação e risco de mortalidade elevado/extremo. Ou seja, tais características são equivalentes quaisquer que sejam a causa da internação.

Também é possível afirmar, com base nos dados coletados, que não há divergência se o diagnóstico sensível à AP é primário, secundário ou ambos.

Abaixo vemos a tabela distributiva que demonstra as causas de internação ocorridas entre outubro de 2018 e março de 2019, tempo de análise desta pesquisa.

Tabela 5: Tabela Distributiva das Causas de Internação Ocorridas entre outubro/2018 e março/2019		
CID	QTDE PACIENTES	DESCRIÇÃO CID
N390	110	INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO DE LOCALIZAÇÃO NÃO ESPECIFICADA
I64	105	ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL, NÃO ESPECIFICADO COMO HEMORRÁGICO OU ISQUÊMICO POR HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
J158	81	OUTRAS PNEUMONIAS BACTERIANAS
I500	70	INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA
J441	57	DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA COM EXACERBAÇÃO AGUDA NÃO ESPECIFICADA
J159	39	PNEUMONIA BACTERIANA NÃO ESPECIFICADA
J81	27	EDEMA PULMONAR, NÃO ESPECIFICADO DE OUTRA FORMA
I200	25	ANGINA INSTÁVEL
J440	25	DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA COM INFECÇÃO RESPIRATÓRIA AGUDA DO TRATO RESPIRATÓRIO INFERIOR
N110	21	PIELONEFRITE NÃO-OBSTRUTIVA CRÔNICA ASSOCIADA A REFLUXO
A09	19	DIARREIA E GASTROENTERITE DE ORIGEM INFECCIOSA PRESUMÍVEL

E101	17	DIABETES MELLITUS INSULINO-DEPENDENTE - COM CETOACIDOSE
A46	12	ERISPELA
G40 9	11	EPILEPSIA, NÃO ESPECIFICADA
I110	11	DOENÇA CARDÍACA HIPERTENSIVA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA (CONGESTIVA)
G45 8	9	OUTROS ACIDENTES ISQUÊMICOS CEREBRAIS TRANSITÓRIOS E SÍNDROMES CORRELATAS
J459	9	ASMA NÃO ESPECIFICADA
I209	8	ANGINA PECTORIS, NÃO ESPECIFICADA
L031	6	CELULITE DE OUTRAS PARTES DO(S) MEMBRO(S)
G40 4	5	OUTRAS EPILEPSIAS E SÍNDROMES EPILEPTICAS GENERALIZADAS
G40 8	5	OUTRAS EPILEPSIAS
N111	4	PIELONEFRITE OBSTRUTIVA CRÔNICA
N300	4	CISTITE AGUDA
E111	3	DIABETES MELLITUS NAO-INSULINO- DEPENDENTE - COM CETOACIDOSE
I119	3	DOENÇA CARDÍACA HIPERTENSIVA SEM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA (CONGESTIVA)
I208	3	OUTRAS FORMAS DE ANGINA PECTORIS
I509	3	INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NÃO ESPECIFICADA
I694	3	SEQUELAS DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NÃO ESPECIFICADO COMO HEMORRÁGICO OU ISQUÊMICO
J181	3	PNEUMONIA LOBAR NÃO ESPECIFICADA
J46	3	ESTADO DE MAL ASMÁTICO
L088	3	OUTRAS INFECÇÕES LOCALIZADAS, ESPECIFICADAS, DA PELE E DO TECIDO SUBCUTÂNEO
A153	2	TUBERCULOSE PULMONAR, COM CONFIRMAÇÃO POR MEIO NÃO ESPECIFICADO
D508	2	OUTRAS ANEMIAS POR DEFICIÊNCIA DE FERRO
E112	2	DIABETES MELLITUS NAO-INSULINO- DEPENDENTE - COM COMPLICAÇÕES RENAIIS
E43	2	DESNUTRIÇÃO PROTEICO-CALÓRICA GRAVE NÃO ESPECIFICADA
G45 9	2	ISQUEMIA CEREBRAL TRANSITÓRIA NÃO ESPECIFICADA
I10	2	HIPERTENSÃO ESSENCIAL (PRIMÁRIA)
J069	2	INFECÇÃO AGUDA DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES NÃO ESPECIFICADA

(Cont.) Tabela 5: Tabela Distributiva das Causas de Internação Ocorridas entre outubro/2018 e março/2019		
CID	QTDE PACIENTES	DESCRIÇÃO CID
J40	2	BRONQUITE NÃO ESPECIFICADA COMO AGUDA OU CRÔNICA
J449	2	DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA NÃO ESPECIFICADA
J47	2	BRONQUECTASIA
K922	2	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO
L032	2	CELULITE DA FACE
A150	1	TUBERCULOSE PULMONAR, COM CONFIRMAÇÃO POR EXAME MICROSCÓPICO DA EXPECTORAÇÃO, COM OU SEM CULTURA
A151	1	TUBERCULOSE PULMONAR, COM CONFIRMAÇÃO SOMENTE POR CULTURA
A162	1	TUBERCULOSE PULMONAR, SEM MENÇÃO DE CONFIRMAÇÃO BACTERIOLÓGICA OU HISTOLÓGICA
A163	1	TUBERCULOSE DOS GÂNGLIOS INTRATORÁCIOS, SEM MENÇÃO DE CONFIRMAÇÃO BACTERIOLÓGICA OU HISTOLÓGICA
A169	1	TUBERCULOSE RESPIRATÓRIA, NÃO ESPECIFICADA, SEM MENÇÃO DE CONFIRMAÇÃO BACTERIOLÓGICA OU HISTOLÓGICA
A539	1	SÍFILIS NÃO ESPECIFICADA
D509	1	ANEMIA POR DEFICIÊNCIA DE FERRO NÃO ESPECIFICADA
E106	1	DIABETES MELLITUS INSULINO-DEPENDENTE - COM OUTRAS COMPLICAÇÕES ESPECIFICADAS
E107	1	DIABETES MELLITUS INSULINO-DEPENDENTE - COM COMPLICAÇÕES MÚLTIPLAS
E119	1	DIABETES MELLITUS NÃO-INSULINO-DEPENDENTE - SEM COMPLICAÇÕES
E146	1	DIABETES MELLITUS NÃO ESPECIFICADO - COM OUTRAS COMPLICAÇÕES ESPECIFICADAS
E440	1	DESNUTRIÇÃO PROTEICO-CALÓRICA MODERADA
G400	1	EPILEPSIA E SÍNDROMES EPILEPTICAS IDIOPÁTICAS DEFINIDAS POR SUA LOCALIZAÇÃO (FOCAL) (PARCIAL) COM CR
G403	1	EPILEPSIA E SÍNDROMES EPILEPTICAS GENERALIZADAS IDIOPÁTICAS
I010	1	PERICARDITE REUMÁTICA AGUDA

(Cont.) Tabela 5: Tabela Distributiva das Causas de Internação Ocorridas entre outubro/2018 e março/2019		
CID	QTDE PACIENTES	DESCRIÇÃO CID
I635	1	INFARTO CEREBRAL DEVIDO À OCLUSÃO OU ESTENOSE NÃO ESPECIFICADAS DE ARTÉRIAS CEREBRAIS
I674	1	ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA
J030	1	AMIGDALITE ESTREPTOCÓCICA
J039	1	AMIGDALITE AGUDA NÃO ESPECIFICADA
J060	1	LARINGOFARINGITE AGUDA
J13	1	PNEUMONIA DEVIDO A STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE
J42	1	BRONQUITE CRÔNICA NÃO ESPECIFICADA
J439	1	ENFISEMA NÃO ESPECIFICADO
J451	1	ASMA NÃO-ALÉRGICA
K250	1	ÚLCERA GÁSTRICA - AGUDA COM HEMORRAGIA
K254	1	ÚLCERA GÁSTRICA - CRÔNICA OU NÃO ESPECIFICADA COM HEMORRAGIA
K259	1	ÚLCERA GÁSTRICA - NÃO ESPECIFICADA COMO AGUDA OU CRÔNICA, SEM HEMORRAGIA OU PERFURAÇÃO
L023	1	ABSCESSO CUTÂNEO, FURÚNCULO E ANTRAZ DA NÁDEGA
L024	1	ABSCESSO CUTÂNEO, FURÚNCULO E ANTRAZ DO(S) MEMBRO(S)
L039	1	CELULITE NÃO ESPECIFICADA
L089	1	INFECÇÃO LOCALIZADA DA PELE E DO TECIDO SUBCUTÂNEO, NÃO ESPECIFICADA
N10	1	NEFRITE TUBULO-INTERSTICIAL AGUDA

As causas crônicas prevalentes na internação, como infecção do trato urinário, acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca, associadas às causas sensíveis são mais graves em idosos, quando comparadas com as não sensíveis, como os traumas, por exemplo.

Notamos ainda, com base na tabela 5, que a prevalência de internações de outubro de 2018 a março de 2019 foi de 110 pacientes diagnosticados com infecção do trato urinário de localização não especificada, seguidos por 105 pacientes com acidente vascular cerebral não especificado e 81 pacientes com outras pneumonias bacterianas e 70 com insuficiência cardíaca congestiva. 58%

das internações ocorridas no período configuram CSAP, ou seja, seriam evitadas no cenário de eficiência da AP.

Tal conclusão é obtida observando que CSAP perfazem as causas com grande número de internações no período analisado, 58% da amostra, ou seja, estas internações derivam de patologias preexistentes e de conhecido perfil crônico, cuja agudização é evitável com ações preventivas.

Entre as causas de internação não sensíveis à AP estão a pneumonia lobar não especificada, a desnutrição proteico-calórica grave não especificada, o diabetes mellitus não especificado com outras complicações não especificadas, a desnutrição proteico-calórica moderada e a pericardite reumática aguda.

6 DISCUSSÕES

A investigação das ICSAP surge inicialmente nos Estados Unidos, com o objetivo de investigar populações internadas por causas evitáveis, entendidas como aquelas patologias que, com cuidados ambulatoriais, raramente agudizam em nível de internação hospitalar. Houve duplo interesse nesta investigação: de um lado, conhecer as populações que não acessavam a atenção ambulatorial de saúde, sabidamente populações com carências significativas; por outro lado, qualificar os recursos empenhados em internações hospitalares, sabidamente o modelo terapêutico mais dispendioso. O sucesso do estudo fez com que este fosse empregado na Espanha com sucesso e, dada similaridade com sistema de saúde brasileiro (qual seja, público, universal, territorializado, hierarquizado e com base na AP), igualmente reproduzido no Brasil como ferramenta para avaliar a efetividade da atenção primária.(MAGALHÃES & NETO, 2017)

O serviço de saúde brasileiro está organizado com base na AP, que tem a função de configurar-se como principal porta de entrada do SUS. Embora haja outros serviços de demanda espontânea (aqueles que dispensam encaminhamentos para o atendimento), como CAPS em suas diversas modalidades, por exemplo, a atenção primária ainda é entendida como principal serviço nesta modalidade. Para aumentar a efetividade da oferta e oferta de efetiva profilaxia e controle de agravos, o SUS conta com a Estratégia Saúde da Família, um programa nacional que conta com profissionais de nível médio nos cargos de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que tem por função a visita e acompanhamento domiciliar em determinado território para acompanhamento dos agravos em saúde daquela população, tendo por função principal configurar-se como elo entre o SUS e a população.(GOMES et al, 2014)

A relevância do estudo fica clara quando vemos que, em 2006, as ICSAP configuraram 28,5% dentre todas as internações nacionais, o que corresponde a uma taxa de 150 internações para 10.000 habitantes. Em comparação com outros países vemos que na Itália a taxa encontrada foi de 26,1 por 10.000 habitantes (AGABITI et al, 2009) e na Suíça, segundo Egli et al (2014) uma taxa

de 10 por 1.000 habitantes, salvaguardados os parâmetros metodológicos, temporais e populacionais de cada estudo. (MAGALHÃES & NETO, 2017)

Com base nos resultados encontrados entendemos, com relação à complexidade à admissão do paciente, vemos que é conceito difundido na literatura que quanto maior o risco de morte do paciente no momento da admissão, pior seu prognóstico. Deste modo entendemos que uma correta avaliação inicial é primordial para o estabelecimento de um plano terapêutico adequado. Martins et al (2016) nos referenciam, em estudo relacionando o Diabetes Melitus (DM) como diagnóstico secundário na admissão de pacientes, que o diagnóstico baseado somente no sintoma – e não na patologia principal, prejudicou o correto estabelecimento de um plano terapêutico adequado.

Vale apresentar que, apesar da disponibilidade de equipamentos de atenção básica (algumas vezes com adequada proximidade geográfica), há a preferência populacional pelos hospitais, que se consagraram no senso comum como equipamentos resolutivos e “completos” no cuidado à saúde. Sabedores que a atenção primária tem por princípio a prevenção, promoção, cura e reabilitação, além de constituir-se como porta de entrada do sistema de saúde. (GIOVANELLA, 2008; SANTOS ET AL apud MARTINS, 2016; MLV et al apud MARTINS, 2016). Apontam causas como distância geográfica, carência estrutural, carências diversas da população atendida (educacional, principalmente) como majoritárias para as dificuldades de seguimento ambulatorial. (MARTINS, 2016)

Verificamos que o trabalho em rede é fundamental para o andamento do tratamento global do paciente, de modo que verificamos que grande parte dos pacientes internados por CSAP recebem alta “melhorados”, a fim de obter segmento do tratamento. (MARTINS, 2016)

É possível, inclusive, a compreensão de que a alta do paciente corresponde, indiscriminadamente, a uma transferência, Mesmo quando esta alta preconiza cuidados domiciliares, mesmo que simples. Qualquer alta, neste ponto de vista, corresponde a um momento traumático e transformador na vida do paciente e seu círculo social. Desta forma, mesmo que o paciente receba a

indicação de seguimento medicamentosos domiciliar, este prevê a adesão a um comportamento antes desnecessário. Considerando seguimento mais complexo, com terapias de reabilitação, o impacto é mais significativo. (MODAS, 2019)

Podemos observar que Mendonça et al (2019) nos apresenta a importância do registro correto dos dados (no caso dos estudos, com destaque às patologias) em prontuário, a fim de favorecer informações claras aos pacientes, bem como atenção à ética multiprofissional, uma vez que as informações são pessoais e pertencentes aos pacientes ou seus cuidadores legais, podendo estes requerê-las a qualquer momento.

Também verificamos que a capacitação profissional é fator relevante para o correto seguimento dos planos terapêuticos, tanto quanto para o preenchimento correto dos prontuários. Tal característica tem impacto direto no correto estabelecimento do diagnóstico, bem como a atualização quanto às atualizações em condutas. (MENDONÇA et al, 2019).

Uma vez o paciente admitido em internação hospitalar, seu plano terapêutico se direciona à estabilização de seu quadro e alta. Tal protocolo é fundamentado na concepção de que a permanência do paciente em ambiente hospitalar configura potencial agravamento à saúde. Os achados mostram que, conforme o paciente permanece no ambiente hospitalar, os custos aumentam e a expectativa de melhora significativa diminui, principalmente se analisarmos pacientes idosos ou crianças em primeira infância (BONFADA et al, 2017; MENDONÇA et al, 2019).

Verificamos que, em associação entre a queixa primária e a piora do quadro durante a internação, algum paciente que venha a experimentar piora inesperada de seu quadro basal e que experimente idade avançada deve receber um plano terapêutico altamente focado em sua alta para cuidados domiciliares e seguimento clínico em atenção primária ou secundária, pois são claras as indicações de piora gradativa de pacientes que reúnam idade avançada, preexistência e internação maior de nove dias. (BONFADA, 2019). Destacamos achados recentes à população idosa internada em UTI, qual seja: “A taxa de

sobrevida foi de 90.99% em três dias, 80.01% em seis dias e 66.64% em nove dias de internação” (BONFADA et al, 2017).

Neste estudo concluímos que a permanência do paciente em internação hospitalar além do tempo necessário favorece o prognóstico negativo, pois, como já apresentamos, verificamos que pacientes com diagnóstico (primário ou secundário) correspondente à CSAP, permanecem entre 4 e 11 dias. Carter e Wade (2002) reforçam que, apesar da preocupação na mínima permanência de pacientes nesta modalidade de tratamento, ainda há fatores que dificultam ou impedem seu pleno cumprimento. Os autores são convergentes com outros artigos encontrados, citando a falta de informação populacional, a distância geográfica e a fragilidade de vínculos familiares como fatores que dificultam a alta da internação hospitalar.

Os mesmo autores ressaltam a importância do acompanhamento contínuo do paciente, com destaque à qualidade dos vínculos familiares e acompanhamento técnico destes familiares durante a internação, ou seja, é fator determinante para o momento de alta o acompanhamento técnico, com atualização constante de dados pessoais (documentos, endereço, telefone, etc.), e até mesmo entrevista técnicas quando necessário das visitas que o paciente recebe enquanto em internação, uma vez que estas serão imprescindíveis no momento de alta. (CARTER & WADE, 2002)

A dificuldade de alta do paciente recebe dados de maior dificuldade quando a patologia requer cuidados específicos e contínuos, como é o caso das patologias crônicas dentre as CSAP, como DM, Asma, epilepsia e outras. Quando internado, há a percepção popular de familiares que o paciente está acima de qualquer piora, à salvo, ignorando as condições de piora devido ao longo período de internação e outros complicadores. Condições de saúde que requerem constante monitoramento e seguimento do cuidado pós-alta hospitalar apresentam maior dificuldade no momento da alta quando comparado com condições aonde este acompanhamento não é necessário. Os fatores destacados para esta maior dificuldade são as condições financeiras e materiais

para a manutenção do tratamento e condições físicas e mentais, dos pacientes ou familiares. (WORTHINGTON & OLDHAM, 2006)

Observamos nos resultados do presente que diversos fatores parecem correlacionados, como a idade avançada do paciente. Pacientes idosos (> 60 anos) apresentam comorbidades mais comumente, e, conseqüentemente, maior nível de dependência para cuidados com suas atividades da vida diária e cuidados com a saúde. Vemos mais um fator que colabora para que as internações destes pacientes sejam de maior duração. (MODAS et al, 2019)

Vemos nos resultados que a permanência do paciente em ambiente hospitalar tem elevado custo ao SUS, sendo esta abordagem clínica, qual seja a internação, adotada com cuidadoso critério. No equipamento de saúde tratado, já revelamos neste trabalho, há atendimento excedente na casa dos 40% (contratados 240 leitos, com até 340 leitos ocupados). Tal ocorrência é multifatorial e contribui para outros problemas administrativos, profissionais, materiais e, finalmente, na qualidade dos atendimentos prestados à população. (IRSSL, 2019)

Embarcados nas mais plurais justificativas (técnicas, financeiras, filosóficas etc.) o SUS recomenda critérios rigorosos na inserção de pacientes em critério de internação hospitalar e, na ocorrência de tal internação, faz cuidadoso acompanhamento, recomendando a breve alta do paciente. Diante desta perspectiva, observa-se que, diante da demanda inequívoca de internação de determinado paciente, que esta seja realizada no ambiente de menor complexidade possível, ou seja, enfermagem clínica. Ainda apossados dos mesmos argumentos é recomendado cuidado e critério ao inserir pacientes em Unidades de Terapia Intensiva (seja adulta ou pediátrica), igualmente realizado o acompanhamento rigoroso.

Por tal acompanhamento, qualquer que seja a modalidade de acompanhamento, há a sugestão de mínima permanência do paciente, também compreendida como “índice de rotatividade do leito”. Como também já citado, a alta pode ocorrer de um leito de maior complexidade a um de menor complexidade (de UTI a Enfermaria, por exemplo) e assim ser considerado alta.

Ocorre que a exigência de “rotatividade do leito”, assim como demais fatores por vezes resulta em altas que poderiam ser evitadas ou que não cumpriam adequadamente os parâmetros para tal alta. (GIACOMINI et al, 2015).

É relevante citar no presente a ocorrência de “rotatividade de leito” pois as ICSAP representam significativa demanda atendida no pronto-atendimento do hospital, sendo que somente as afecções classificadas como “respiratórias” corresponderam a 14% das internações no SUS em 2010 (BRASILIA, 2010 apud SILVA et al, 2013).

Vemos a relevância de analisar as ICSAP quando entendemos a organização e propostas do SUS, que entende que determinadas patologias podem ser tratadas com melhores resultados ambulatorialmente, como o caso das doenças respiratórias. Caso haja a atenção precoce destas doenças, potencialmente as internações retraem em, potencialmente, 17%. (SILVA, 2013)

Vemos correspondência em se tratando das ICSAP pois, enquanto as internações cirúrgicas apresentam uma taxa de mortalidade de 1,71%, as internações por causas respiratórias apresentavam uma taxa de óbito de 2,3%. São comparáveis os dados pois ambos se baseiam em análises de dados realizadas em bases nacionais (bases oficiais do SUS) em períodos similares (2014 e 2013, respectivamente). (MASENBURG, 2017; SILVA, 2013)

Ainda vemos que, quanto maior o nível de acompanhamento e informação do paciente, melhor seu prognóstico, dentre eles, menor tempo de internação. Vemos, portanto, que pacientes com saudável conhecimento sobre sua patologia e que, portanto, buscam o atendimento hospitalar com menor intervalo desde o aparecimento do sintoma-queixa, experimentam melhor prognóstico e menor tempo de internação. Igualmente os pacientes mais novos experimentam o prognóstico mais positivo quando comparados àqueles com idade mais avançada. Os resultados são convergentes quando comparados grupos etários isoladamente (crianças, adultos, idosos) e população geral indiscriminada. (SILVA, 2013)

Quando comparados com países desenvolvidos, aonde as ICSAP são minoritárias, podemos hipotetizar que as causas desta discrepância pode

decorrer da habituação da população ao respectivo sistema de saúde, conhecimento e cuidado da própria patologia e mais assertiva atuação da AP, sendo observado, em estudo publicado na Itália em 2011, que somente 5% das queixas atendidas em um Pronto Atendimento de uma grande cidade (Palermo) decorriam de CSAP (especificamente queixas respiratórias) (TRAMUTO et al, 2011), enquanto que contemporaneamente na Argélia a taxa de procura foi de 31,6% por queixas respiratórias. (ZIDOUNI et al, 2009).

Apesar de não estar especificamente prevista na tabela de CSAP, a obesidade, seja infantil ou adulta, também recebe atenção no escopo da AP, de modo que a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), um sistema informatizado disponível para acesso das UBSs via internet que fornece dados sobre a alimentação e nutrição das populações, deve ser pelos gestores locais como base para o estabelecimento de ações que norteiem as ações de saúde em AP. Tal prerrogativa deve-se a concepção de que a obesidade configura significativo fator de risco para o surgimento de diversas doenças, muitas das quais previstas na tabela de CSAP. (JAIME et al, 2012).

Compreendendo que a AP, no que tange aos cuidados primários com a saúde, compreende os “cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias, da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedição. Fazem parte tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade” (OMS, 1978 apud JAIME, 2012), bem como observando que o grupo de patologias compreendido tanto a Anemia como em Deficiências Nutricionais é compreendido na tabela de CSAP, observamos que ações de AP empreendidas em comunidades de baixo nível socioeconômico reduziram a ocorrência de anemia, sobretudo a de maior gravidade, de 33% a 7%, além de eliminar a ocorrência de desnutrição (antes com 12,3% para P/I e 1,8% para P/E). (LESSA, DEVINCENZI e SIGULEM, 2002)

Em estudo descritivo que coletou informações do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) foram localizadas 559.975 ICSAP no estado de Pernambuco entre os anos de 2008 a 2012, ou seja, 19,7% do total de internações no período. Porém observou-se redução anual, de 113.803 casos em 2008 para 108.290 em 2012. Tal redução, apesar de multifatorial possivelmente tem relação direta com a ampliação de equipes do Programa Saúde da Família. Contribui para esta conclusão a análise de que, nos estados com maior cobertura da ESF, as ICSAP foram reduzidas em 5%, mesmo quando considerados os dados sociais e econômicos.

Em estudo similar, porém realizado em Juiz de Fora (município do estado de São Paulo) verificou-se que as taxas de ICSAP foram de 7,74 para cada mil habitantes entre os anos de 2002 a 2005 e de 8,81 para cada mil habitantes entre 2006 e 2009 (períodos pesquisados). É consonante a conclusão de que a maior taxa de cobertura do PSF contribui para a redução dos casos de ICSAP.

Especificamente sobre as Gastroenterites, verificamos predominância nacional em regiões de saneamento básico e condições de vida deficiente, normalmente as regiões com maior concentração de pobreza e precárias condições socioeconômicas. (VANDERLEI, L. C. M. & SILVA, G. A. P 2004 e GENSER, B. et al, 2008 apud RODRIGUES-BASTOS et al, 2013).

Verificamos que a Asma tem apresentado aumento das taxas tanto no Brasil como em países desenvolvidos que, associados ao ainda desconhecido mecanismo imunológico, genético e ambiental da patologia, favorece o desconhecimento dos ACS e conseqüentemente, menor nível de intervenção populacional. (NASCIMENTO, L. F. C. et al, 2004; ISAAC, 1998 e PADMAJA, S. PIUSH, J. M. e MALCOLM, R. S., 2009 apud RODRIGUES-BASTOS, 2013)

Apesar de não haver disponibilidade de processos preventivos ou de imunização ativa ou passiva para as Infecções dos Rins e Trato Urinário (IRTU), a redução das internações se dá através do diagnóstico precoce e correta utilização de protocolos clínicos e drogas antissépticas das vias urinárias. (HEILBERG, I. P. & SCHOR, N., 2003 e MOURA, L. B. & FERNANDES, M. G., 2010 apud RODRIGUES-BASTOS, 2013)

As epilepsias são patologias mais comuns nos extremos etários (crianças e idosos), sendo observado também sua associação com neurocisticercose e malária, infecções endêmicas comuns em países subdesenvolvidos. Há relação entre esta patologia e a ocorrência de mal súbito cardíaco. Seu manejo baseado na adequação medicamentosa e monitoramento dos sintomas facilita o acompanhamento pela AP.

Contudo, decorrente da sazonalidade, pode ocorrer variação no número de pacientes internados por CSAP. A pesquisa cabe em um período em que as temperaturas brasileiras estão mais elevadas e o clima mais seco, isso pode justificar o número de internações por doenças respiratórias. Num período com temperaturas mais baixas podem ocorrer mais picos hipertensivos e infecções de ouvido, nariz e garganta, por exemplo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos dados disponíveis e no plano de análise atual, as seguintes considerações podem ser potencialmente enunciadas:

- a) Proporção substancial das internações apresenta causas sensíveis à atenção primária em relação às causas não sensíveis;
- b) Internações por causas sensíveis à atenção primária apresentam maior duração de permanência hospitalar em relação às causas não sensíveis;
- c) Internações por causas sensíveis à atenção primária apresentam maior complexidade e, possivelmente maior gravidade, em comparação às causas não sensíveis;
- d) O risco de mortalidade é maior em pacientes com diagnóstico secundário envolvendo causas sensíveis à atenção primária em comparação às causas não sensíveis;
- e) Iniciativas envolvendo pesquisa ou processos assistenciais de gestão em atenção primária poderiam reduzir efetivamente internações hospitalares promovendo impacto na redução do ônus do adoecimento da população, como também, na redução de recursos financeiros, já naturalmente escassos e finitos.

8 CONCLUSÃO

De acordo com as informações levantadas no presente estudo, 58% dos pacientes que foram internados no Hospital Geral do Grajaú no período da pesquisa, foram internados por causas sensíveis à atenção primária. Logo, uma proporção substancial das internações apresenta causas sensíveis à atenção primária em relação às causas não sensíveis; internações por causas sensíveis à atenção primária apresentam maior duração de permanência hospitalar, maior complexidade e, possivelmente, maior gravidade, em relação às causas não sensíveis. Para mais, o risco de mortalidade é maior em pacientes com diagnóstico principal ou secundário envolvendo causas sensíveis à atenção primária em comparação às causas não sensíveis.

Há significância estatística nos quesitos duração da internação e risco de mortalidade elevado/extremo e não há divergência se o diagnóstico sensível à AP é principal, secundário ou ambos. A média de internação foi de 7 dias para todos os diagnósticos, o índice de complexidade variou de 0,70 a 0,76, a idade média foi de 66 anos e o risco médio de mortalidade elevado/extremo foi de 28,6%, à vista de que as CSAP inteiram as causas com grande número de internações no período pesquisado, internações que derivam de patologias preexistentes e de conhecido perfil crônico.

Por conseguinte, iniciativas envolvendo pesquisa ou processos assistenciais de gestão em atenção primária poderiam reduzir efetivamente internações hospitalares, promovendo impacto na redução do ônus do adoecimento da população, como também na redução de recursos financeiros, já naturalmente escassos e finitos.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGABITI, N. et al. Income Level and Chronic Ambulatory Care Sensitive Conditions in Adults: A Multicity Population-Based Study in Italy. BMC Public Health. Nº 9. Article Number 457. 2009. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/1471-2458-9-457>. Acesso em 07/01/2020.

BORDIGNON M, et al. Análise das internações por condições sensíveis à atenção primária no oeste de Santa Catarina. Revista baiana de saúde pública. Bahia, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.390 de 30 de dezembro de 2013. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em 29/12/2019

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Portaria nº 221 de 17 de abril de 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html. Acesso em 08/01/2020.

BRASIL, Presidência da República. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. Lei nº 9637 de 1998. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9637.htm. Acesso em 30/12/2019

BRASIL, Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em 30/12/2019

BRASILIA, 2010 apud SILVA, D. R. et al. Perfil Epidemiológico dos Atendimentos de Emergência por Sintomas Respiratórios em Hospital Terciário. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. Vol. 39. Nº2. Porto Alegre, 2013. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/79989/000904255.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 06/01/2020.

CARTER, N. D. WADE, D. T. Delayed Discharges form Oxford City Hospitals: Who and Why?. *Rivermead Rehabilitation Centre*. V. 6. 3ª ed. Pags. 315-320. Oxford, 2002. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1191/0269215502cr496oa>. Acesso em 02/01/2020.

CHOI, J W. et al. Effects of a Mandatory DRG Payment System in South Korea: Analysis of Multi-Year Nationwide Hospital Claims Data. *BMC Health Serv Res*, 2019. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-019-4650-8>. Acesso em 06/01/2020.

Common Statistical Methods for Clinical Research with SAS Examples (3rd ed.), by Glenn A. Walker and Jack Shostak.; Cary, NC: SAS Institute, 2010.

EGGLI, Y. et al. Comparing Potentially Avoided Hospitalization Rates Related to Ambulatory Care Sensitive Conditions in Switzerland: The Need to Refine the Definition of Health Conditions and to Adjust for Populations Health Status. *BMC Health Services Research*. 14, Article Number. 2014. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-25>. Acesso em 07/01/2020.

Faria LB, Ribeiro WC. Grupos de Diagnósticos Relacionados (DRG): Brasil e Colômbia. *Revista Debate Econômico* 2017. Disponível em: <http://publicacoes.unifal->

mg.edu.br/revistas/index.php/revistadebateeconomico/article/view/596. Acesso em 27/12/2019

GIACOMINI, M. G. et al. Choque Septico: Importante Causa de Morte Hospitalar após alta da Unidade de Terapia Intensiva. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. Vol. 27. Nº 1. São Paulo, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2015000100051. Acesso em 06/01/2020

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde Seletiva ou Abrangente? Cadernos de Saúde Pública. Vol. 24. Suppl. 1 Rio de Janeiro, 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001300005&script=sci_arttext. Acesso em 30/12/2019.

GOMES, L. M. X. et al. Acesso e Assistência à Pessoa com Anemia Falciforme na Atenção Primária. Acta Paulista de Enfermagem. Vol. 27. Nº4. São Paulo, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000400010&lang=pt. Acesso em 07/01/2020.

IRSSL, Instituto de Responsabilidade Social Sírio Libanes. Plano de Capacidade Plena do Hospital Geral do Grajaú. 5º Fórum Latino-Americano de Qualidade e Segurança na Saúde. 2019. Disponível em https://apps.einstein.br/forumqualidadese_seguranca/pdf/TC_4DRY.pdf. Acesso em 29/12/2019.

IRSSL. Instituto de Responsabilidade Social Sirio Libanês. Hospital Geral do Grajaú Celebra 19 anos de Atividades. Comunicação IRSSL. 2017. Disponível em: http://www.irssl.org.br/noticias/noticias_detalhe.php?cod=337. Acesso em 30/12/2019.

JAIME, P. C. et al. Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica: A Experiência de Organização do Governo Brasileiro. Revista de Nutrição. Vol. 24. Nº 6. Campinas, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732011000600002&lang=pt. Acesso em: 07/01/2020.

LEREA, M. J., TULLO J. E., LÓPEZ P. Estrategia de atención primaria de salud y su impacto en las hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles a la atención ambulatoria, Paraguay, 2000-2017. Rev Panam Salud Publica 2019; Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6705332/>. Acesso em 20/12/2019.

LESSA, A. C. DEVINCENZI, M. U. SIGULEM, D. M. Comparação da Situação Nutricional de Crianças de Baixa Renda no Segundo Ano de Vida, Antes e Após a Implantação do Programa de Atenção Primária à Saúde. Caderno de Saúde Pública. Ano 19. Nº2. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2003.v19n2/505-514/#ModalArticles>. Acesso em 07/01/2020.

MAGALHÃES, A. L. A. NETO, O. L. M. Desigualdades Intraurbanas de Taxas de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária na Região Central do Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. Vol. 22. Nº 6. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002602049&lang=pt#B4. Acesso em: 07/01/2020

MAIA L. G. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: um estudo ecológico. RevSaude Publica. 2019. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rsp/2019.v53/02/pt>. Acesso em 20/12/2019.

MARTINS, T.A. et al. Demanda de Pacientes com Diabetes Mellitus em Unidade de Urgência de um Hospital Universitário. Ciência, Cuidado e Saúde. Vol. 15. Nº 2. Abril a Junho/2016. Disponível em:

http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38612016000200312. Acesso em 29/12/2019.

MASSENBURG, B.B. et al. Assessing the Brazilian Surgical System with six Surgical Indicators: A Descriptive and Modelling Study. *BMJ Global Health*. 2017. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/2/2/e000226.full.pdf>. Acesso em 06/01/2020.

MENDONÇA, J. G. et al. Perfil das Internações em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica No Sistema Único de Saúde no Estado de Pernambuco, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 24. Rio de Janeiro. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000300907. Acesso em 30/12/2019.

MERELES, C. A História da Saúde Pública no Brasil e a Evolução do Direito à Saúde. *Trilha: Saúde Pública no Brasil. Politize!*. 2018. Disponível em <https://www.politize.com.br/direito-a-saude-historia-da-saude-publica-no-brasil/>. Acesso em 07/12/2019

MLV, et al. Características da Demanda do Serviço de Saúde de Emergência no Sul do Brasil. In MARTINS, T.A. et al. Demanda de Pacientes com Diabetes Mellitus em Unidade de Urgência de um Hospital Universitário. *Ciência, Cuidado e Saúde*. Vol. 15. Nº 2. Abril a Junho/2016. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38612016000200312. Acesso em 29/12/2019.

MODAS, D. A. S. NUNES, E. M. G. T. CHAREPE, Z. B. Causas de Atraso na Alta Hospitalar no Cliente Adulto: Scoping Review. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Vol. 40. Porto Alegre, 2019. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000100600. Acesso em 30/12/2019.

NEGRI FILHO, A. Armando de Negri: O papel do Hospital na Rede de Atenção à Saúde. Em: Revista CONENSUS. Edição 11 Abril, Maio e Junho de 2014. Disponível em <http://www.conass.org.br/consensus/armando-de-negri-o-papel-hospital-na-rede-de-atencao-saude/>. Acesso em 29/12/2019.

NORONHA M. F. et al. O desenvolvimento dos "Diagnosis Related Groups"-DRGs. Metodologia de classificação de pacientes hospitalares. Revista de Saúde Pública. Ano 25, Nº3, 1991. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rsp/1991.v25n3/198-208/>. Acesso em 20/12/2019.

PAZO R. G. et al. Panorama das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Espírito Santo, Brasil, 2000 a 2014. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Ano 12, nº 39, 2017. Disponível em <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1546>. Acesso em 20/12/2019.

PINHEIRO, V. Hospital Geral do Grajaú. SDT. 2014. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/eventos/HGG_experiencias.pdf. Acesso em 30/12/2019.

PINTO JUNIOR, E. P. et al. Tendência dos Gastos e das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Menores de Cinco Anos na Bahia, Brasil. Ciência e Saúde Coletiva. Ano 23, nº 12, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2018.v23n12/4331-4338/pt/>. Acesso em 20/12/2019.

PIUVEZAM G, et al. Fatores Associados ao Custo das Internações Hospitalares por Doenças Infecciosas em Idosos em Hospital de Referência na Cidade do Natal, Rio Grande do Norte. Caderno Saúde Coletiva. Ano 23, nº1, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2015000100063&script=sci_arttext. Acesso em 06/01/2020

RODRIGUES M. M.; ALVAREZ A. M.; RAUCH, K. C. Tendência das Internações e da Mortalidade de Idosos por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Revista brasileira de Epidemiologia. Ano 22, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rbepid/2019.v22/e190010/pt/>. Acesso em 06/01/2020.

RODRIGUES-BASTOS, R. M. et al. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Município do Sudeste do Brasil. Revista da Associação Médica Brasileira. Vol. 59. Nº2. São Paulo, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302013000200010&lang=pt. Acesso em 07/01/2020.

ROSCHEL L. F., et al. Eficiência nos Gastos dos Hospitais: Um Estudo sobre o Sistema Diagnosis Related Groups (DRG). Revista de Gestão em Sistemas de Saúde. Ano 7, nº 2, 2018; Disponível em: <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/350>. Acesso em 06/01/2020

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PASSOS. A História das Santas Casas. 2016. Disponível em <http://www.scmp.org.br/materia/61/a-historia-das-santas-casas>. Acesso em 07/12/2019.

SANTOS, J.G.L. et al. Organizacional Context and Care Management by Nurces at Emergency Care Units. In: MARTINS, T.A. et al. Demanda de Pacientes com Diabetes Mellitus em Unidade de Urgência de um Hospital Universitário. Ciência, Cuidado e Saúde. Vol. 15. Nº 2. Abril a Junho/2016. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38612016000200312. Acesso em 29/12/2019.

SANTOS, N. R. SUS, política Pública de Estado: Seu desenvolvimento intuito e intuito e a busca de saídas. Em Ciência e Saúde Coletiva. Opinião.

Faculdade de ciências Médicas. São Paulo, 2012. Disponível em <https://scielosp.org/article/csc/2013.v18n1/273-280/pt/#>. Acesso em 29/12/2019.

SÃO PAULO, INFOCIDADE. Dados demográficos dos Distritos pertencentes às Subprefeituras. Total por subprefeitura. Disponível em https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/dados_demograficos/index.php?p=12758. Acesso em 17/12/2019.

SCHENKER M; COSTA D. H. Avanços e Desafios da Atenção à Saúde da População Idosa com Doenças Crônicas na Atenção Primária à Saúde. *Ciência Saúde Coletiva*. Ano 24, Nº 4, 2019. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2019.v24n4/1369-1380/>. Acesso em 17/12/2019.

SERUFO FILHO, J. C. Avaliação da Produtividade de Hospitais Brasileiros pela Metodologia do Diagnosis Related Group (DRG). XV Congresso Brasileiro de Informática em Saúde 2016. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/07/906133/19_28_cbis_2016.pdf. Acesso em 06/01/2020.

SOUZA J; et al. Importance of Coding Co-Morbidities for APR-DRG Assignment: Focus on Cardiovascular and Respiratory Diseases. *Health Information Management Journal* 2019. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1833358319840575>. Acesso em: 06/01/2020.

TRAMUTO, F. et al. Urban Air Pollution and Emergency Room Admissions for Respiratory Symptoms: A Case-Crossover Study in Palermo, Italy. *Environmental Health*. Nº 10, Artigo 31. Palermo, 2011. Disponível em: <https://ehjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1476-069X-10-31>. Acesso em 06/01/2020

VERAS C. M. T. et al. Diagnosis Related Groups – DRG's: Avaliação do Uso de uma Metodologia de Mensuração do Produto Hospitalar com Utilização de Base de Dados do SAMHPS/AIH na Cidade do Rio de Janeiro. Caderno de Saúde Pública. Ano 6, Nº3, 1990. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/1990.v6n3/330-337/>. Acesso em 06/01/2020.

WALKER, G. SHOSTAK, J. Common Statistical Methods for Clinical Research with SAS® Examples. 3ª ed. EUA. Disponível em https://www.sas.com/storefront/aux/en/spcommonstat/62004_excerpt.pdf. Acesso em 24/01/2020

WORTHINTON, A. D. OLDHAM, J. B. Delayed Discharge from Rehabilitation After Brain Injury. V. 20. 1ª ed. Birmingham e Wakefield. 2006. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1191/0269215506cr881oa>. Acesso em: 02/01/2020.

ZIDOUNI, N. et al. L'approche Pratique de la Santé Respiratoire en Algérie. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. Vol. 13. Nº 8. 2009. Disponível em: <https://www.ingentaconnect.com/content/iuatld/ijtld/2009/00000013/00000008/art00017>. Acesso em 06/01/2020.

ANEXOS

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este projeto foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral do Grajaú (15/10/19) – Número do Parecer: 3.641.461 (ver página 19 e 20) e no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santo Amaro (05/11/19) – Número do Parecer: 3.684.351 (página 21 e 22).

FORMULÁRIO

1) Sexo:

() Feminino

() Masculino

2) Faixa Etária: Maior de 18 anos?

() Sim

() Não

3) Antecedentes pessoais:

4) Patologia de entrada na internação:

5) Patologias adquiridas na internação:

6) Risco de mortalidade na internação:

7) Dias de internação:

8) Desfecho da internação:

PARECER SUBSTANCIADO DO CEP – UNIVERSIDADE SANTO AMARO – UNISA

UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO - UNISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: INTERNAÇÕES POR CAUSAS SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA DE POPULAÇÃO ADULTA E SEU IMPACTO PARA A ASSISTÊNCIA HOSPITALAR, EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NA REGIÃO SUL DA CIDADE DE SÃO PAULO

Pesquisador: RICARDO DA SILVA TARGUETA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 20727319.0.0000.0081

Instituição Proponente: OBRAS SOCIAIS E EDUCACIONAIS DE LUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.584.351

Apresentação do Projeto:

pesquisador abre emenda com a seguinte justificativa:

Atender a solicitação do Hospital Geral do Grajaú (HGG) com a inclusão do termo de sigilo do setor de estatística.

Objetivo da Pesquisa:

Não houve alteração.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não houve alteração.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não houve alteração.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documento exigido pela coparticipante foi anexado a Plataforma Brasil, devidamente assinado pelo setor responsável.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Endereço: Rua Prof. Enke de Siqueira Neto, 340
Bairro: Jardim das Indústrias - CEP: 02.460-000
UF: SP Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)2141-9987

E-mail: pesquisa@unisa.br

Continuação do Parecer 3.894/2019

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	temosigiloeconomico.pdf	23/10/2019 17:46:00	marcia aparecida antonio	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1453714_E1.pdf	23/10/2019 17:30:37		Aceito
Folha de Rosto	FRRicardoTargueta.pdf	15/08/2019 22:01:18	RICARDO DA SILVA TARGUETA	Aceito
Outros	DOCUMENTO.pdf	15/08/2019 21:50:07	RICARDO DA SILVA TARGUETA	Aceito
Outros	decia.pdf	15/08/2019 21:49:18	RICARDO DA SILVA TARGUETA	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	jus.pdf	15/08/2019 21:46:36	RICARDO DA SILVA TARGUETA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Ricardo_Comite_2019.pdf	08/08/2019 16:07:41	RICARDO DA SILVA TARGUETA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 05 de Novembro de 2019

Assinado por:
Ana Paula Ribeiro
(Coordenadora)

Endereço: Rua Prof Enkes de Souza Neto, 340
Bairro: Jardim das Indústrias CEP: 02.460-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)2141-8927 E-mail: pesquisa@unisa.br

PARECER SUBSTANCIADO DO CEP – HOSPITAL GERAL DO GRAJAÚ – ASSOCIAÇÃO CONGREGAÇÃO DE SANTA CATARINA

HOSPITAL GERAL DO GRAJAÚ
- ASSOCIAÇÃO
CONGREGAÇÃO DE SANTA
CATARINA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INTERNAÇÕES POR CAUSAS SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA DE POPULAÇÃO ADULTA E SEU IMPACTO PARA A ASSISTÊNCIA HOSPITALAR, EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NA REGIÃO SUL DA CIDADE DE SÃO PAULO

Pesquisador: RICARDO DA SILVA TARGUETA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 20727319.0.3001.5447

Instituição Proponente: INSTITUTO DE RESPONSABILIDADE SOCIAL SIRIO LIBANES

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.541.451

Apresentação do Projeto:

Estudo retrospectivo (observacional), transversal, que pretende identificar a prevalência de perfil dos pacientes que internaram por causas sensíveis à atenção primária em um hospital geral.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar a prevalência por patologia e perfil dos pacientes que internaram por causas sensíveis entre outubro/2018 e março/2019 em um hospital geral.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco mínimo aos participantes de pesquisa, pois trata-se de estudo observacional.

Risco de quebra de sigilo dos dados, pois o pesquisador terá um banco de dados institucional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Nenhum.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados adequadamente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado. O pesquisador deverá enviar ao CEP os relatórios semestrais e final da pesquisa. Caso ocorra qualquer alteração no projeto, este CEP deverá ser comunicado.

Endereço: Rua Francisco Otávio Passos, 180 2º andar
Bairro: Pq das Nações - Grajaú CEP: 04.623-030
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11) 3544-9444 E-mail: cco@hgg.org.br

HOSPITAL GERAL DO GRAJAÚ
- ASSOCIAÇÃO
CONGREGAÇÃO DE SANTA
CATARINA



Continuação do Parecer: 3.641.401

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	DOCUMENTO.pdf	15/08/2019 21:50:07	RICARDO DA SILVA TARGUETA	Aceito
Outros	decis.pdf	15/08/2019 21:49:18	RICARDO DA SILVA TARGUETA	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Jus.pdf	15/08/2019 21:46:36	RICARDO DA SILVA TARGUETA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Ricardo_Comite_2019.pdf	08/08/2019 16:07:41	RICARDO DA SILVA TARGUETA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 15 de Outubro de 2019

Assinado por:
MONICA MAURA ORTEGA VIEIRA MALDONADO
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Francisco Otávio Passa, 180 2º andar
Bairro: Pq das Nações - Grajaú CEP: 04.822-030
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3544-9444 E-mail: cep@hgg.org.br