

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ATENÇÃO À SAÚDE  
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

PATRICIA XAVIER SILVA BARBOSA

INTERNAÇÕES DE IDOSOS POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA  
DA SAÚDE DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO TRIÂNGULO SUL NO HOSPITAL  
DE CLÍNICAS DA UFTM: PERÍODO DE 2008 A 2018

UBERABA

2020

PATRICIA XAVIER SILVA BARBOSA

INTERNAÇÕES DE IDOSOS POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA  
DA SAÚDE DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO TRIÂNGULO SUL NO HOSPITAL  
DE CLÍNICAS DA UFTM: PERÍODO DE 2008 A 2018

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Darlene Mara dos Santos Tavares

Linha de pesquisa: Atenção à saúde das populações

Eixo temático: Saúde do adulto e do idoso

UBERABA

2020

**Catálogo na fonte:**  
**Biblioteca da Universidade Federal do Triângulo Mineiro**

B211i	<p>Barbosa, Patricia Xavier Silva</p> <p>Internações de idosos por condições sensíveis à atenção primária da saúde da macrorregião de saúde do Triângulo Sul no Hospital de Clínicas da UFTM: período de 2008 a 2018 / Patricia Xavier Silva Barbosa. -- 2020. 115 f. : il., fig., graf., tab.</p> <p>Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2020 Orientadora: Profa. Dra. Darlene Mara dos Santos Tavares</p> <p>1. Saúde pública. 2. Atenção primária à saúde. 3. Saúde do idoso. 4. Hospitalização. 5. Enfermagem geriátrica. I. Tavares, Darlene Mara dos Santos. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU 614</p>
-------	---

PATRICIA XAVIER SILVA BARBOSA

INTERNAÇÕES DE IDOSOS POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA  
DA SAÚDE DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO TRIÂNGULO SUL NO HOSPITAL  
DE CLÍNICAS DA UFTM: PERÍODO DE 2008 A 2018

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Uberaba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

Banca Examinadora:

---

Profa. Dra. Darlene Mara dos Santos Tavares  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

---

Dr<sup>a</sup> Marina Aleixo Diniz Rezende  
Pontifícia Universidade Católica de Goiás

---

Profa. Dra. Sybelle de Souza Castro  
Universidade de Federal do Triângulo Mineiro

Dedico este trabalho ao meu esposo Rodrigo pelo incentivo, paciência e confiança, ao meu pequeno Miguel por ser minha fortaleza nos momentos de adversidade e a toda minha família, em especial ao meu avô Cacildo (In Memoriam) meu grande inspirador.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser minha fonte de sabedoria, paz e por permitir conquistar meus sonhos e objetivos.

Ao meu esposo Rodrigo Heitor, por ter suportado estes dois anos de ausência, pelas palavras de incentivo e carinho. Ao meu filho Miguel, que mesmo não entendendo o motivo de tanta ausência me acalmava nos momentos de desesperanças com carinhos, sorrisos e brincadeiras.

Aos meus avós maternos Dercilia e Cacildo (In Memoriam), que sempre foram minhas inspirações de vida, que acreditaram desde o início no meu potencial e investiram tudo em mim.

A minha mãe Cacilda e meu irmão Wesley, demais familiares e amigos, por sempre estarem ao meu lado me ajudando na construção deste sonho.

Aos meus alunos, pelo incentivo, por suportar meu estresse e cansaço e por apoiar com tanto carinho esta jornada.

A minha orientadora, Dra. Darlene que me acolheu e confiou no meu potencial, pelos ensinamentos e paciência. A você toda a minha admiração por ser essa excelente profissional de tamanho reconhecimento, dedicação e sabedoria ao ensino de qualidade.

A minha amiga de trabalho, Dr<sup>a</sup> Vera Farias que no momento em que mais precisei de ajuda esteve disponível me acolhendo e ensinando a ter calma.

Aos forasteiros Franciele e Ricardo, por ter se tornado parte do meu ciclo de amizade e ser mais que apenas colegas de sala de aula, mas confidentes e companheiros de todos os dias

Ao Victor Santiago e Tamiris Gomes, que chegaram de mansinho e fizeram morada. Obrigada por aguentar minhas murmurações, por lutar em prol dos nossos alunos da Faculdade de Frutal.

A todos os professores e servidores do PPGAS, pelos ensinamentos, paciência e contribuição profissional. Em especial a Dra. Sybelle por me acolher durante o processo seletivo e contribuições na melhoria da minha dissertação. Dra. Leiner, por aceitar fazer parte da minha banca de qualificação e ensinamentos. Dra. Lúcia que me acolheu em sua residência durante seis meses do curso. Dr. Vanderlei me deixando super a vontade com a parte metodológica do meu projeto, e me encantando com tamanho desprendimento nas diversas temáticas de saúde.

Aos professores Dra Flávia Dias, Dr. Maycon e Dra Marina pela disponibilidade em fazer parte da minha banca de defesa.

Ao Dr. Joilson do núcleo de apoio a pesquisa, que tanto contribuiu com a análise estatística do meu trabalho, sempre disposto, solícito, educado e atencioso.

As bibliotecárias Sônia e Ana Paula, pelos ensinamentos na aplicação das normas de trabalhos científicos e busca nas bases de dados.

A Jéssica e Luana da Superintendência Regional de Saúde de Uberaba, pelo início de tudo. A Nice Helena, Ana Maria, Eliane e Marília da Secretaria Municipal de Saúde de Frutal, ao Cleber e Elineide da Secretaria Municipal de Saúde de Iturama, pela colaboração para o aprendizado com o sistema de dados do DataSus, tornando possível minha coleta de dados.

A todos colegas do mestrado e ao Programa de Pós Graduação, pela oportunidade tornando cada momento uma divertida aprendizagem.

*“O cientista não é o homem que fornece as verdadeiras respostas; é quem faz as verdadeiras perguntas”. (Claude Lévi-Strauss)*

## RESUMO

As Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (ICSAP) fazem parte do grupo de indicadores indiretos de avaliação da qualidade dos serviços prestados na atenção primária de saúde (APS). Investigar estas internações em idosos traz informações essenciais para o planejamento das ações de saúde. Objetivou-se analisar as internações de idosos por condições sensíveis a atenção primária de saúde no Hospital de Clínicas da UFTM referenciadas pela Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul – MG, período de 2008 a 2018; identificar a ocorrência, total e por microrregião, das ICSAP entre idosos; descrever as ICSAP entre idosos por sexo, segundo causa e faixa etária; verificar a tendência, geral e por grupo de causas, das ICSAP em idosos; correlacionar as ICSAP em idosos à cobertura da Estratégia Saúde da Família dos municípios pertencentes à Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul – MG, no período de 2008 a 2018. Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo ecológico regional, cuja unidade de análise foram os 27 municípios que compõem a Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul – MG. O estudo foi desenvolvido a partir de dados coletados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde brasileiro (DATASUS), referentes as ICSAP em idosos da Macrorregião de Saúde Triângulo Sul – MG nos anos de 2008 a 2018. Para análise dos dados, utilizou-se: estatística descritiva simples, por meio de frequências absolutas e relativas; análise de tendência temporal de Prais-Winsten e correlação de Spearman. Na Macrorregião de Saúde Triângulo Sul – MG entre 2008 e 2018, ocorreram 8.073 casos de ICSAP em idosos no Hospital das Clínicas da UFTM, sendo que a Microrregião de Saúde com maior representatividade foi a de Uberaba com 6.436 (70,72%) dos casos. Houve predomínio de ICSAP em idosos do sexo masculino perfazendo 4.346 (53,83%). Os grupos de causas que apresentaram maiores proporções de ICSAP, em ambos os sexos, e diferentes faixas etárias foram: Grupo 10 (Angina), Grupo 11 (Insuficiência Cardíaca), Grupo 12 (Doenças cerebrovasculares). A tendência geral do coeficiente de incidência das ICSAP mantiveram-se estacionárias e apresentaram decréscimo nas taxas de 1,82%. O Grupo 8 (doenças pulmonares), Grupo 11 (Insuficiência cardíaca) e o Grupo 16 (Infecções da pele e tecido subcutâneo) apresentaram redução das taxas de ICSAP, sendo estatisticamente significativa. Analisando a correlação entre as ICSAP e a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), verificou que a medida que aumenta esta cobertura, reduzem as internações para: úlceras gastrointestinais, infecção do rim e trato urinário, doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis e angina. Conclui-se que os resultados encontrados neste estudo com relação as ICSAP, contribuem para o planejamento de ações em saúde visando a prevenção de agravos.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Hospitalização, Idoso, Enfermagem geriátrica

## ABSTRACT

Hospitalizations for Conditions Sensitive to Primary Care (CSPC) are part of the group of indirect indicators for assessing the quality of services provided in primary health care (PHC). Investigating these hospitalizations in the elderly provides essential information for planning health actions. The objective of this work was to analyze the hospitalizations of elderly for conditions sensitive to primary health care at the Hospital de Clínicas from UFTM (Universidade Federal do Triângulo Mineiro – MG – Brazil) referenced by the Health Macro-Region of Triângulo Sul - MG, from 2008 to 2018; to identify the occurrence, total and by micro-region, of CSPC among elderly people; describe the CSPC among elderly by sex, according to cause and age group; to verify the tendency, in general and by group of causes, of CSPC among elderly people; correlate the CSPC with the coverage of the Family Health Strategy of the municipalities belonging to the Health Macro-Region of the Triângulo Sul - MG, from 2008 to 2018. This is an ecological regional type epidemiological study, whose unit of analysis was the 27 municipalities that make up the Health Macro-Region of Triângulo Sul - MG. The study was developed from data collected from the Department of Informatics of the Brazilian Unified Health System (DATASUS), referring to CSPC in elderly people in the Macroregion of Saúde Triângulo Sul - MG from 2008 to 2018. For data analysis, we used simple descriptive statistics, using absolute and relative frequencies; time trend analysis by Prais-Winsten and Sperman correlation. In the Triângulo Sul Health Macroregion between 2008 and 2018, 8,073 cases of CSPC occurred in elderly at Hospital das Clínicas from UFTM, and Uberaba was the one with highest representation, with 6,436 (70.72%) of cases. There was a predominance of CSPC in elderly men, making 4,346 (53.83%). The groups of causes that presented higher proportions of CSPC, in both sexes, and different age groups were Group 10 (Angina), Group 11 (Heart Failure), Group 12 (Cerebrovascular diseases). The general trend in the incidence rate of CSPCs remained stationary and showed a decrease in the rates of 1.82%. Group 8 (pulmonary diseases), Group 11 (Heart failure) and Group 16 (Skin and subcutaneous tissue infections) showed a reduction in CSPC rates, which was statistically significant. Analyzing the correlation between CSPC and the coverage of the Family Health Strategy (FHS), we found that as this coverage increases, they reduce hospitalizations for gastrointestinal ulcers, kidney and urinary tract infections, preventable diseases by immunization and sensitive conditions and angina. We concluded that the results found in this study in relation to the CSPC contribute to the planning of health actions aiming at the prevention of diseases.

**Keywords:** Primary Health Care; Family Health; Hospitalization; Elderly; Geriatric Nursing

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Divisão da Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul.....	50
Tabela 2 -	Distribuição de frequência e percentual de ICSAP entre a população idosa referenciadas pelas Microrregiões de Saúde ao Hospital das Clínicas da UFTM – Uberaba/MG.....	59
Tabela 3 -	Distribuição de frequência e percentual de ICSAP por causa e faixa etária de 60  -  69 anos do sexo masculino referenciadas pela Macrorregião de Saúde Triângulo Sul ao Hospital das Clínicas da UFTM – Uberaba/MG.....	61
Tabela 4 -	Distribuição de frequência e percentual de ICSAP por causa e faixa etária de 70  -  79 anos do sexo masculino referenciadas pela Macrorregião de Saúde Triângulo Sul ao Hospital das Clínicas da UFTM – Uberaba/MG.....	63
Tabela 5 -	Distribuição de frequência e percentual de ICSAP por causa e faixa etária de 80 anos e mais do sexo masculino referenciadas pela Macrorregião de Saúde Triângulo Sul ao Hospital das Clínicas da UFTM – Uberaba/MG.....	65
Tabela 6 -	Distribuição de frequência e percentual de ICSAP por causa e faixa etária de 60  -  69 anos do sexo feminino referenciadas pela Macrorregião de Saúde Triângulo Sul ao Hospital das Clínicas da UFTM – Uberaba/MG.....	67
Tabela 7 -	Distribuição de frequência e percentual de ICSAP por causa e faixa etária de 70  -  79 anos do sexo feminino referenciadas pela Macrorregião de Saúde Triângulo Sul ao Hospital das Clínicas da UFTM – Uberaba/MG.....	69
Tabela 8 -	Distribuição de frequência e percentual de ICSAP por causa e faixa etária de 80 anos e mais do sexo feminino referenciadas pela Macrorregião de Saúde Triângulo Sul ao Hospital das Clínicas da UFTM – Uberaba/MG.....	71
Tabela 9 -	Distribuição de frequência e percentual de ICSAP por causa, faixa etária e sexo de idosos referenciadas pela Macrorregiões de Saúde Triângulo Sul ao Hospital das Clínicas da UFTM – Uberaba/MG dos anos de 2008 a 2018.....	73
Tabela 10 -	Distribuição da incidência por 1000 habitantes de ICSAP em idosos, segundo o grupo de causa, da Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul – 2008 e 2018.....	75
Tabela 11 -	Análise de tendência, APC e <i>p</i> , geral e por grupo de causa das Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária da Macrorregião de Saúde Triângulo Sul, 2008 – 2018.....	76
Tabela 12 -	Análise de correlação entre cobertura de Estratégia em Saúde da Família e ICSAP nos anos de 2008, 2013 e 2018.....	78

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Representação gráfica dos municípios e divisão por superintendência.....	50
Figura 2 -	Print da tela do programa TABWIN com os filtros utilizados.....	52
Figura 3 -	Print da tela do programa TABWIN com o filtro município.....	53
Figura 4 -	Série temporal do coeficiente de incidência dos grupos de causas com significância estatística de ICSAP em idosos, 2008-2018.....	73
Quadro 1 -	Lista de Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária, por grupo de causalidade.....	32
Quadro 2 -	Grupos de ICSAP e Código Internacional de Doenças utilizados para o estudo.....	55

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB - Atenção Básica  
ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Pública  
ACS - Agentes Comunitários de Saúde  
AIHs - Autorizações de Internações Hospitalares  
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
APC - Variação Percentual Anual  
APS - Atenção Primária a Saúde  
AVC - Acidente Vascular Cerebral  
AVCh - Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico  
AVCi - Acidente Vascular Cerebral Isquêmico  
CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões  
CID - Código Internacional de Doenças  
CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas  
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
CNS - Conferências Nacionais de Saúde  
COFEN - Conselho Federal de Enfermagem  
CSAP - Condições Sensíveis a Atenção Primária  
DATASUS - Departamento de Informática do SUS  
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis  
DM - Diabetes Mellitus  
DPOC - Doença Obstrutiva Crônica  
ESF - Estratégia de Saúde da Família  
EUA - Estados Unidos da América  
FUNRURAL - Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural  
GRS - Gerências Regionais de Saúde  
HC/UFTM - Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro  
HiperDia - Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes mellitus  
IAM - Infarto Agudo do Miocárdio  
IAPAS - Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social  
IAPs - Instituto de Aposentadorias e Pensões  
IC - Insuficiência Cardíaca  
ICSAP – Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária

IDSUS - Índice de Desempenho do SUS

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

ITU - Infecção do Trato Urinário

LOPS - Lei Orgânica da Previdência Social

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleos de Atenção à Saúde da Família

NE – Não especificada

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PACS - Programa de Agente Comunitário de Saúde

PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNAISH - Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem

PNI - Programa Nacional de Imunização

PNS - Pesquisa Nacional de Saúde

PNSF - Programa Nacional de Suplementação de Ferro

PSF - Programa de Saúde da Família

RAS - Rede de Atenção à Saúde

SAMDU - Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência

SAPS - Secretaria de Atenção Primária a Saúde

SAS - Secretaria de Atenção à Saúde

SBMFC - Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SRS - Superintendências Regionais de Saúde

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UFTM - Universidade Federal do Triângulo Mineiro

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>19</b>
2.1	SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	19
2.2	CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	30
2.2.1	<b>Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis.....</b>	<b>33</b>
2.2.2	<b>Gastroenterites infecciosas e complicações.....</b>	<b>33</b>
2.2.3	<b>Anemia.....</b>	<b>34</b>
2.2.4	<b>Deficiências nutricionais.....</b>	<b>34</b>
2.2.5	<b>Infecções de ouvido, nariz e garganta.....</b>	<b>35</b>
2.2.6	<b>Pneumonias bacterianas.....</b>	<b>35</b>
2.2.7	<b>Asma.....</b>	<b>36</b>
2.2.8	<b>Doenças pulmonares.....</b>	<b>36</b>
2.2.9	<b>Hipertensão arterial.....</b>	<b>37</b>
2.2.10	<b>Angina.....</b>	<b>37</b>
2.2.11	<b>Insuficiência Cardíaca.....</b>	<b>38</b>
2.2.12	<b>Doenças cerebrovasculares.....</b>	<b>38</b>
2.2.13	<b>Diabetes melitus.....</b>	<b>39</b>
2.2.14	<b>Epilepsias.....</b>	<b>39</b>
2.2.15	<b>Infecção do rim e trato urinário.....</b>	<b>40</b>
2.2.16	<b>Infecção da pele e tecido subcutâneo.....</b>	<b>40</b>
2.2.17	<b>Doenças inflamatórias dos órgãos pélvicos femininos.....</b>	<b>40</b>
2.2.18	<b>Úlcera gastrointestinal.....</b>	<b>41</b>
2.2.19	<b>Doenças relacionadas ao pré-natal e parto.....</b>	<b>41</b>
2.3	SAÚDE DO IDOSO: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, CONCEITUAIS E O CUIDADO DE ENFERMAGEM.....	42

<b>3</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>46</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVO GERAL.....</b>	<b>48</b>
4.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	48
<b>5</b>	<b>MATERIAL E MÉTODOS.....</b>	<b>49</b>
5.1	TIPO DE ESTUDO.....	49
5.2	LOCAL DO ESTUDO.....	49
5.3	POPULAÇÃO.....	51
5.5	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	51
5.6	COLETA DE DADOS.....	51
5.7	ANÁLISE DE DADOS.....	56
5.8	ASPÉCTOS ÉTICOS.....	57
<b>6</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>58</b>
6.1	OCORRÊNCIA, TOTAL E POR MICRORREGIÃO, DE ICSAP ENTRE IDOSOS NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFTM REFERENCIADAS PELA MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO TRIANGULO SUL – MG, NO PERÍODO DE 2008 A 2018.....	58
6.2	DESCRIÇÃO DAS ICSAP ENTRE IDOSOS NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFTM REFERENCIADAS PELA MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO TRIÂNGULO SUL (2008-2018), POR SEXO, SEGUNDO CAUSA E FAIXA ETÁRIA.....	60
<b>6.2.1</b>	<b>Sexo masculino por causa e faixa etária.....</b>	<b>60</b>
<b>6.2.2</b>	<b>Sexo feminino por causa e faixa etária.....</b>	<b>66</b>
6.3	TENDÊNCIA, GERAL E POR GRUPO DE CAUSAS, DAS ICASP ENTRE IDOSOS NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFTM REFERENCIADAS PELA MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO TRIÂNGULO SUL (2008-2018).....	74
6.4	CORRELAÇÃO ENTRE AS ICSAP EM IDOSOS E COBERTURA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DOS MUNICÍPIOS PERTENCENTES A MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO TRIÂNGULO SUL – (2008, 2013 e 2018).....	77
<b>7</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>79</b>
7.1	OCORRÊNCIA TOTAL E POR MICRORREGIÃO DE ICSAP ENTRE IDOSOS NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFTM REFERENCIADAS	

	PELA MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO TRIÂNGULO SUL – MG, NO PERÍODO DE 2008 A 2018.....	79
7.2	DESCRIÇÃO DAS ICSAP ENTRE IDOSOS NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFTM REFERENCIADAS PELA MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO TRIÂNGULO SUL (2008-2018), POR SEXO, SEGUNDO CAUSA E FAIXA ETÁRIA.....	80
7.3	TENDÊNCIA, GERAL E POR GRUPO DE CAUSAS DAS ICSAP ENTRE IDOSOS NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFTM REFERENCIADAS PELA MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO TRIÂNGULO SUL (2008-2018).....	88
7.4	CORRELAÇÃO ENTRE AS ICSAP EM IDOSOS E COBERTURA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DOS MUNICÍPIOS PERTENCENTES A MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO TRIÂNGULO SUL – (2008, 2013 e 2018).....	92
<b>8</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>94</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>95</b>
	<b>ANEXO.....</b>	<b>111</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado no intuito de fornecer aos brasileiros serviços de saúde em todos os níveis de atenção, de maneira a respeitar os princípios instituídos na legislação, dentre eles, universalidade e equidade. Para tanto, umas das estratégias a fim de alcançar tais princípios e fornecer meios de atendimento à população o mais próximo de suas residências, foi o Programa de Saúde da Família (PSF), denominado posteriormente de Estratégia de Saúde da Família (ESF) (LENTSCK; et al., 2016).

A ESF é uma ação de atenção do nível primário de atendimento brasileiro que visa assistência de maneira integral ao usuário e em redes de serviços disponíveis em cada município e região de saúde (MAGALHÃES; NETO, 2017).

Deve promover através do vínculo profissional/usuário; promoção de saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação quando necessário, na tentativa de evitar altos índices de internações. Devem prestar cuidados de baixa complexidade por meio de políticas preexistentes. Este modelo de serviço está dentro da perspectiva da Atenção Primária a Saúde (APS) (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

O modelo de APS instituído no Brasil prevê que a porta de entrada da população que busca atendimento de saúde seja a ESF que tem como finalidade promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, além de constituir a chamada Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BOUSQUAT; et al., 2017).

As RAS são constituídas por serviços organizados de diferentes tipos tecnológicos apoiados em recursos técnicos de logística e gestão. Estes serviços vêm com o propósito de efetividade e resolutividade das questões de saúde da APS evitando que sejam necessários atendimento de nível terciário como a internação (BOUSQUAT; et al., 2017).

Como meio de identificar informações essenciais sobre diferentes enfermidades que poderá acometer individualmente ou coletivamente grupos de pessoas, em para proporcionar meios de verificação do funcionamento dos serviços; os indicadores de saúde são utilizados. Estes poderão avaliar desde os casos mais simples até os de maior complexidade sendo utilizados como ferramentas de gerenciamento das unidades tanto do nível primário, secundário e terciário de saúde (PARIS; et al., 2018).

Diante da preocupação do Ministério da Saúde (MS) com a crescente taxa de internação, foi criada a Lista de Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (ICSAP) no ano de 2008 afim de identificar, reestruturar e diagnosticar falhas da atenção primária de saúde no atendimento ao usuário das redes de atenção acerca das doenças que

poderiam ser evitadas ou minimizadas utilizando-a como indicador de saúde (ALCALDE; KIRSZTAJN, 2018).

Esta lista tem o propósito de ajudar no diagnóstico de deficiências nos serviços de saúde prestados pela APS, além das políticas e estratégias de prevenção oferecidas à população. As doenças elencadas na lista de ICSAP são divididas em grandes grupos, totalizando dezenove (LENTSCK; et al., 2016).

As doenças que mais causam internações advêm das infecções do trato gastrointestinal e renal, insuficiência renal, infarto agudo do miocárdio, angina e diabetes melitus. Por se tratar de doenças que acometem especialmente idosos se faz necessário verificar principais causas de internações afim de propor medidas preventivas (MAGALHÃES; NETO, 2017).

O crescente aumento da população idosa brasileira preocupa gestores e governantes, sendo necessárias medidas de reestruturação dos serviços para atendimento desta demanda. Minas Gerais é considerado o quarto estado com maior número de idosos, a identificação das ICSAP mais prevalentes desta faixa etária faz-se importante para que medidas de prevenção de agravos e promoção da saúde sejam planejadas para minimizar riscos de saúde e internações (SILVEIRA; MACHADO; MATTA, 2015).

Toma-se como questão norteadora: como se caracterizam as ICSAP na população idosa pertencente à Macrorregião de Saúde Triângulo Sul de Minas Gerais? Após a criação da lista de ICSAP em 2008 as taxas de internações em idosos têm reduzido?

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Durante todo o contexto histórico do desenvolvimento dos modelos de organização de saúde no Brasil, muitas foram as mudanças e estruturação até chegar ao SUS.

Iniciando pela era do Brasil colonial, a medicina na sua maioria, ficava a cargo dos hospitais de caridade e atendimentos filantrópicos que atendiam a população carente sem recursos financeiros. Aos colonizadores brancos com poder aquisitivo, a assistência médica era ofertada, uma vez que, estes possuíam condições para pagamento dos tratamentos e honorários (SOARES, 2001; SOUZA, 2007; CARVALHO, 2013).

Como a maioria da população não dispunha dos serviços médicos, estes procuravam ajuda junto aos curandeiros ou boticos, que naquela época eram detentores do entendimento de plantas e ervas medicinais e muito contribuíam no tratamento e cura de enfermidades (SOARES, 2001).

Em meio a dificuldade da oferta de serviços médicos por diversos motivos, mas principalmente pelo número reduzido destes profissionais, iniciava-se no século XX um marco; as epidemias, que atingiam em especial as cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, registrando um momento de transição no processo histórico da saúde pública no Brasil (BERTUCCI-MARTINS, 2005).

Nesta época o Brasil impulsionava sua expansão econômica através das exportações, principalmente do café. Devido as pestes, varíola e a febre amarela que ameaçavam aquela época, vários navios estrangeiros não queriam atracarem com receio de contraírem as doenças que atingiam o Brasil (BARATA, 2000).

O mesmo acontecia com os navios brasileiros que passaram a serem proibidos de se ancorarem em outros países com o receio de que se transmitissem as doenças. Neste momento o atual presidente preocupado com a política e a economia do país, evidenciado pela dificuldade de acesso para exportação e importação, toma medidas de saneamento para a redução da epidemia (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

Para tanto, Rodrigues Alves presidente da época nomeia o médico Oswaldo Cruz como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública. Este propôs a erradicação das doenças então instaladas na cidade do Rio de Janeiro, dando início ao combate do vetor transmissor da febre amarela o que causara susto na população, uma vez que, foi colocado nas ruas um exército para desempenhar atividades de desinfecção comunitária (CRESCÊNCIO, 2008).

Neste momento iniciam-se as reformas sanitárias, as vacinas começam a ser criadas e a obrigatoriedade da vacinação contra varíola à toda comunidade é imposta o que causou revolta populacional, já que boa parte das pessoas não aceitaram a imposição do governo (CRESCÊNCIO, 2008; RIO DE JANEIRO, 2006; HOCHMAN, 2011).

A negação da população com relação a vacina se dava pela forma como tudo acontecia, na sua maioria os agentes sanitários invadiam casas, cortiços e realizavam a vacina sem consentimento da comunidade. Como os benefícios da vacinação pouco foram divulgados, estes não entendiam seus efeitos e tinham medo de que pudessem causar mal a aqueles em que estavam sadios (RIO DE JANEIRO, 2006).

Além da falta de conhecimento da população sobre a vacinação, o momento era crítico com relação ao saneamento básico, principalmente para a população pobre que viram suas casas serem destruídas e muitas pessoas retiradas de suas residências que ficavam no centro da cidade do Rio de Janeiro (HOCHMAN, 2011).

Isto porque iniciava-se a reforma sanitária que somente atingiria o centro da cidade, favorecendo apenas as famílias com maior poder aquisitivo por concentrarem-se neste local. Foi neste momento que a Lei Federal nº 1261 de 31 de outubro de 1906 foi criada, esta impunha a obrigatoriedade da vacinação contra rubéola. Em meio a tantas mudanças e contrariedade a população inicia um movimento contra a vacinação que ficou conhecida como a Revolta da Vacina (CRESCÊNCIO, 2008; RIO DE JANEIRO, 2006; HOCHMAN, 2011).

Outra reforma, que recebia o nome de Reforma Urbana acontecia concomitantemente com a vacinação, dava-se pela retirada da população menos favorecidas dos melhores pontos da cidade, o que fizeram com que muitas pessoas fossem expulsas de suas casas e mandadas para a periferia (CARVALHO, 2013).

Diante de tantas mudanças e reformas acontecendo ao mesmo tempo, a população revolta-se contra o governo de maneira a recusar não somente a imposição vacinal, mas também a expulsão de suas residências o que gerou tumulto e destruição pela capital brasileira da época (RIO DE JANEIRO, 2006; HOCHMAN, 2011).

No entanto os governantes brasileiros lutavam para conseguir conscientizar a sua população quanto a importância da vacinação e hábitos de higienização o que fez com que a Lei Federal que impunha a obrigatoriedade da vacinação fosse revogada afim de ajudar a cessar as manifestações e descontentamento populacional. Medida esta, que também iria ajudar a melhorar a reputação do país de modo a retomar a expansão dos negócios brasileiros (BRASIL, 2003).

Após o controle das revoltas populacionais o país retoma a expansão das exportações e o avança na industrialização brasileira. De caráter agroexportador, o Brasil deu continuidade ao comércio, principalmente do café o que viera a aumentar a população urbana. A maioria destes urbanistas advinham do exterior, na sua maioria italianos e portugueses e traziam consigo experiências relacionadas a reformas trabalhistas (BARATA, 2000).

Os empregados aqui residentes, não possuíam férias, jornada de trabalho definidas e nem pensões ou aposentadorias. Com a chegada dos trabalhadores estrangeiros, houveram mobilizações para a luta de melhores condições de trabalho e a partir de então os empregados das indústrias preocupados com a saúde e o futuro, uniram-se e criaram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Estas tinham como propósito prestar serviços além de aposentadoria e pensões, assistência médica e funerária aos que fossem afiliados e aos seus dependentes (SALES; et al., 2019).

As CAPs eram organizações formadas por empregados e empregadores, era formado um conselho com representantes de ambas as partes e estas eram independentes não estavam ligadas ao governo. A arrecadação ficava a cargo dos empregadores e estes deveriam depositar o valor recolhido na conta da CAP (BATICH, 2004).

As CAPs ganharam força, a partir da criação da Lei Eloi Chaves de 24 de janeiro de 1923, esta legislação foi o marco do início da previdência social no Brasil. Apesar de pensar na lei como um avanço, algumas prioridades foram impostas; somente se beneficiariam desta lei aqueles trabalhadores urbanos (BATICH, 2004; CARVALHO, 2013). Anos após, na década de 60, aconteceu a criação do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural -FUNRURAL, com a finalidade de arrecadação de impostos para o financiamento da previdência rural (BARBOSA, 2005).

Para fazer parte das CAPs o trabalhador precisava assinar um contrato que firmava a contribuição destes operários e somente teriam acesso a este serviço aqueles trabalhadores formais e seus familiares. Aos demais permanecia os cuidados da saúde pública que ainda não estava totalmente estruturado. Além destas exigências, as CAPs somente poderiam ser fundadas por empresários e não por operários, e para a sua criação era necessários movimentos e manifestações organizadas pelos funcionários das empresas afim de mobilizar os empregadores para formar estas caixas (FLEURY, 1994).

O período entre 1922 a 1930 ficou marcado por instabilidade financeira nacional, reflexo das crises internacionais. Neste momento, as organizações do estado se viram na necessidade de traçar novos caminhos. Foi então que em 1930 a revolução liderada por Getúlio

Vargas, rompe com a política café com leite que acontecia entre os estados de São Paulo e Minas Gerais (FONSECA, 2010).

Com a vitória deste movimento, novos rumos para a estabilização da economia do estado foram traçados e agora contava com Getúlio Vargas presidente da república. Novas legislações foram criadas e junto delas alguns ministérios, como o Ministério da Educação e Saúde (HOCHMAN, 2011).

Em 1930 surgia o Ministério do Trabalho, o da Indústria e Comércio, que veio com a proposta de unificação das CAPs tornando as caixas a partir de então de nível nacional. Esta passava a ser de responsabilidade do Estado e a ser chamada de Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPs) (CEZAR, 2008; BARON, 2011).

Desta maneira o IAP mesmo que de responsabilidade do Estado, tinha caráter trabalhista e seu acesso permanecia apenas a aqueles trabalhadores filiados e seus familiares. Estes vieram com papel fundamental de organização econômica, uma vez que as contribuições realizadas a este instituto eram conhecidas como poupança forçada (FLEURY, 1994).

A partir de então os trabalhadores passam a ser organizados por categorias profissionais: ferroviários, marítimos, bancários e demais perdendo o caráter empresarial. O primeiro IAP criado foi o dos marítimos, agregando neste instituto todos os profissionais da área marítima (BARON, 2011).

Anos após em 1934 cria-se a nova constituição, onde o poder fica centrado no presidente da república, dando início ao processo ditador no país. Em 1939 a Justiça do Trabalho é regimentada e em 1943 foi validada a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) (CEZAR, 2008).

Mesmo com a mudança das organizações previdenciárias e legislativas, o foco desta época estava centrado nos trabalhadores formais, aos quais eram oferecidos serviços prestados através da previdência. Aos demais tidos como informais ou que não possuíam algum tipo de trabalho, existia um modelo de atenção voltado principalmente para medidas preventivas, ficando a cargo do governo a prestação do atendimento (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Os governantes da época estavam preocupados com o crescimento industrial, desta maneira pensavam que preservando a saúde dos trabalhadores os negócios brasileiros expandiriam. Como inicialmente as contribuições eram poucas devido a quantidade de trabalhadores, os institutos não se preocupavam com a assistência médica. Anos após estas passam a aumentar sua arrecadação através de mais contribuintes (SALES; et al., 2019)

A partir da criação das IAPs com a crescente contribuição da população ocasionada pelo aumento no número de trabalhadores, estes começaram a cobrar assistência médica de qualidade e novos rumos na saúde foram necessários (BATICH, 2004).

Então em 1949 foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), a manutenção deste serviço acontecia pela contribuição das IAPs e das CAPs ainda existentes. A partir de então o complexo hospitalar cresce visando o atendimento aos previdenciários privilegiando a terceirização dos serviços contratados (BRASIL, 2002).

Nesse contexto, com a finalidade de tentar reduzir o monopólio do poder privado nos serviços de saúde, o Ministério da Saúde foi criado no ano de 1953. Na verdade, o que acontecera foi o desmembramento dos Ministérios antes juntos: saúde e educação, passando a serem únicos (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

A partir de então algumas medidas de acesso a saúde dos trabalhadores sendo elas relacionadas a acidentes de trabalho; programas de assistência ao trabalhador rural, ampliação da previdência as domésticas e trabalhadores autônomos foram criadas (ARANTES; SHIMIZU; MERCHAN-HAMANN, 2016).

Neste momento os IAPs se encontravam com dificuldades financeiras e a unificação destes institutos começou a ser proposta. Apesar desta proposta ter início nos anos 40 foi em 1967 que viera a acontecer após a ocorrência do golpe militar. Os militares criaram o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) o que desmembraria a gestão Tripartite até então vigente e passaria a instituir ainda mais serviços privados para a assistência de saúde (BRASIL, 2002).

Porém foi apenas em 1966 através da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) que passa a ser direito de toda população trabalhadora brasileira a Previdência Social. Apesar de garantir a todos os trabalhadores o direito a previdência, este modelo torna-se totalmente controlado pelo Estado o qual apropriou-se das contribuições feitas para o crescimento de construções que posteriormente torna-se forma de comércio entre Brasil e Exterior (BATICH, 2004).

A proporção de pagantes do INPS crescia a cada dia e os serviços anteriormente oferecidos pelos IAPs não mais supriam as necessidades da população. No intuito de oferecer mais serviços de saúde, os militares se viram na obrigação de aumentar a oferta da assistência à saúde. Os serviços de saúde já existentes eram insuficientes e de maneira a tornar acessível a todos, contratos foram firmados com a maioria dos médicos e hospitais existentes no país (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Estes serviços eram pagos, o que veio a enriquecer a classe médica e tornar a assistência de saúde centralizada nos serviços médicos e equipamentos especializados, aumento no consumo de medicamentos e exames de maior complexidade (MENICUCCI, 2014).

Nesta época os investimentos na saúde pública ficaram defasados e pouco foi feito para a melhoria dos serviços públicos prestados. O foco era nos modelos de medicina privada na busca por tecnologias avançadas o que viera a tornar a medicina altamente especializada, curativista e individualizada; portanto um acesso elitizado (BATCH, 2004).

Foi então que o MS perde o controle financeiro e uma crise por falta de recursos para trabalhar com a saúde pública torna-se evidente. Grandes foram as mobilizações acerca do quadro crítico do país se fazendo necessário intervenções de algumas organizações como foi o caso da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

As intervenções se deram através de patrocínios com declarações de profunda preocupação com a saúde do país que se encontrava com baixa cobertura assistencial de saúde e também com condições predisponentes para disseminação de doenças. Desta forma, necessário se fez a organização de estratégias que visassem o equilíbrio das condições de saúde da população (ALBUQUERQUE, 2015).

Preocupados com este modelo de atenção, com a proporção de crises em que o sistema público vinha passando e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde por parte da maioria populacional, alguns profissionais de saúde juntamente com trabalhadores de outros setores, sendo eles: sindicalistas, políticos, intelectuais, líderes populares, deram início a um movimento de apreciação a situação momentânea do país mobilizando os demais para o que viera ser chamado de movimento sanitário no início dos anos 1970 (PAIM, 2008).

Estes movimentos se davam em vários setores no Brasil, mas foi nas Universidades em que eles ganharam força, as orientações acerca das situações de saúde Brasileira eram feitas por especialistas formadores de ideias o que deram oportunidades para os surgimentos de vários departamentos dentro das faculdades de Medicina (PAIM, 2018).

Após várias reformulações do sistema de saúde foi criado o Sistema Nacional de Saúde (SNS) em 1975, desmembrando as pastas da saúde e do serviço social que anteriormente trabalhavam juntos. Assim, as questões de vigilância epidemiológica passaram a ser de responsabilidade da saúde e o serviço social com o desenvolvimento de trabalhos na saúde individual (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Ainda no documento de criação do SNS foi estabelecido a quem ficariam os serviços e ações tanto privadas quanto pública de promoção, proteção e recuperação da saúde. Assim

dividiram as questões de saúde em duas, sendo que a parte curativista ficaria a cargo do Ministério da Previdência e a preventivista ao Ministério da Saúde (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Diante desta divisão, o governo federal destinou pouco recurso financeiro ao Ministério da Saúde, o qual obteve dificuldades de manter e proporcionar políticas públicas de prevenção a agravos de saúde e notoriamente a opção mais acessível foi a medicina curativa, cara, mas que contava com a contribuição dos recursos do INPS (ALBUQUERQUE, 2015).

Desta maneira, a parte financeira dos serviços prestados ficaria na responsabilidade do Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (Iapas) e os benefícios para os indivíduos em condições especiais ficaria para o INPS (ALBUQUERQUE, 2015).

Em 1976 com a necessidade de expansão da cobertura de assistência da saúde pública oriunda das recomendações de modelos internacionais, teve início o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) que constituía no primeiro programa de medicina simplificada federal. A partir e então o PIASS passa a ser difundidos em vários estados brasileiros e anos após a esta expansão, resultou em uma grande rede ambulatorial, que por falta de interesse político não se sustentou (CARVALHO, 2013).

Ainda neste momento de reestruturação da saúde, a grande demanda de atendimento e serviços médico-hospitalares foram se tornando cada dia mais complicados para a administração do INPS, o que levou em 1977 a criação de uma administração própria, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) desta maneira, a assistência médica ficou a cargo do INAMPS (SOUZA, 2007).

Com o fim do regime militar através dos manifestos das Diretas Já em 1985 e com Tancredo Neves no poder, várias foram as mobilizações sociais nas diferentes áreas, inclusive na da saúde. A população passa a se organizar em associações e conselhos tanto estaduais quanto municipais e as Conferências Nacionais de Saúde – CNS que já aconteciam, ganham a participação comunitária de maneira organizada. Este movimento ganha o nome de Reforma Sanitária Brasileira (GIL; LUIZ; GIL, 2016).

O início dos anos de 1980 ficou marcado pela publicação da Declaração de Alma-Ata ocorrida no ano de 1978 na qual defendia um sistema de saúde mundial com enfoque na APS (CARVALHO, 2013).

Após todos estes movimentos, o consenso firmado pela Assembleia Mundial de Saúde em 1979 define atenção primária à saúde como:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem 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 e o país pode manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante 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. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo quais os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (BRASIL, 2001, p.01).

A APS se difundiu pelo mundo de diversas maneiras nos diferentes países. Alguns países como os Estados Unidos da América (EUA) organizaram este modelo de atenção somente com serviços voltados a população mais carente e com a oferta reduzida de serviços. Já a Inglaterra se organizou de maneira clínica com oferta apenas de serviços com médicos para fins de diagnósticos na porta de entrada dos serviços (ARANTES; SHIMIZU; MERCHAN-HAMANN, 2016).

No Brasil a organização da APS acontecia desde os anos 1920 e somente ganhou destaque posteriormente com a criação do Programa de Saúde da Família, em 1994, com uma vasta discussão de reformulação da saúde no Brasil e criação do SUS (ARANTES; SHIMIZU; MERCHAN-HAMANN, 2016).

Diante da participação não apenas dos gestores, mas também da comunidade nas CNS, a sétima edição e as contribuições da Associação Brasileira de Saúde Pública (Abrasco) foi de grande valia para a reestruturação da saúde; como especializações oferecidas, abordando temas em saúde pública de maneira a mobilizar mudanças para anos seguintes através dos profissionais (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

Com o fim do reinado Militar surge a necessidade de reestruturação nacional o que abre discussão para uma nova Constituição que iria reger a comunidade a partir de então. Foi então em 1986 que acontece um dos marcos na história da saúde, a 8ª CNS abordando os temas: a saúde como direito e a reformulação do Sistema Nacional de Saúde garantindo a participação da comunidade nas decisões de saúde (GIL; LUIZ; GIL, 2016).

Esta, além de trazer a participação popular, resultou na implementação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, que tratava de um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais. Além deste sistema a CNS deu embasamento para a criação da seção onde se trata da saúde na nova Constituição (BRASIL, 2002).

A partir de então, em 1988, com a nova Constituição Federal do Brasil em sua seção II no que se refere à saúde, o SUS é instituído. O texto traz a saúde como sendo um direito de todos e dever do estado de modo a garantir através de políticas sociais e econômicas, medidas

de redução de danos e agravos a saúde, além de garantir acesso igualitário e universal a toda população. (BRASIL, 1988).

O SUS foi regulamentado mais tarde em 1990, com as leis 8.080 que organiza o modelo operacional do novo sistema e 8.142 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

O SUS apresenta um modelo estrutural baseado em princípios como: universalização, equidade e integridade de assistência à saúde. O primeiro princípio refere ao acesso universal da população, sem discriminação de raça, sexo, ocupação e demais características sociais. O segundo se refere a redução da desigualdade de maneira a investir mais a quem necessite de maiores cuidados e menos a aos que pouco necessitam. Por último a integridade que trabalha o atendimento holístico, a visão do todo com atenção integral, com inclusão da promoção e prevenção de agravos, além de tratamento e reabilitação da saúde (PAIM, 2018).

Posteriormente a sua implementação na IX Conferência Nacional de Saúde, foram discutidas as dificuldades de implementação das diretrizes do SUS como proposta de iniciativas para a evolução do sistema. Neste momento histórico o Brasil ainda sofria com crises no governo, fraudes e irregularidades, além do processo de impeachment do atual presidente da república. Desta forma, alguns princípios do SUS eram violados e somente eram atendidas ações pontuais como casos de epidemias e campanhas já estipuladas pelo governo (BRASIL, 2002).

Como alternativa para assegurar tais princípios e garantir o acesso rápido e igualitário aos usuários, o MS cria em 1994 o PSF. Este programa ganhou força após o modelo Cubano que defendia o atendimento da população por médicos moradores das cidades e áreas de atuação, ganhando repercussão mundial. O Brasil passava por um processo que dificultava as ações do SUS e foram postergadas algumas ações (SANTOS; MELO, 2018).

O PSF visa atender de forma igualitária indivíduos residentes em uma determinada área de abrangência prevista pela legislação. Entretanto, anteriormente a criação do PSF existiam profissionais que realizavam serviços de controle de surtos endêmicos e agravos de saúde, porém eram denominados como visitantes sanitários (MENDES, 2015).

Com a visão de que a maioria dos problemas básicos de saúde fossem sanados e investidas ações de promoção da saúde, o PSF foi instituído. Inicialmente este programa teria que atingir uma meta de cadastramento de pessoas o que infringia um dos princípios do SUS que seria a universalidade, uma vez que, este teria que ser de acesso para todos (CARVALHO, 2013).

O grande receio dos governantes e coordenadores, era de que este programa passasse a ser visto apenas para uma população em específica, por exemplo mulheres e crianças ou a população menos favorecida. Com o passar do tempo este aspecto veem mudando e tornando-se de caráter redutor de custos, acesso humanizado e um olhar sobre a comunidade e família (FIGUEIREDO, 2012; MENDES, 2015).

A fim de cumprir com a proposta do PSF a equipe mínima deveria ser composta por multidisciplinaridade, sendo estes: um médico generalista ou especialista em saúde da família, um enfermeiro, um técnico em enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS), com o objetivo de atender um território adstrito proporcionando ao usuário referência ao atendimento igualitário, além do vínculo e confiança entre profissionais e usuários (FIGUEIREDO, 2012; MENDES, 2015).

Os ACS iniciaram com a intenção da redução de taxas de mortalidade infantil e criação de serviços à população feminina do Ceara, porém estes agentes foram logo tomando espaço nos demais municípios do estado e disseminados pelo Brasil e então no ano de 1991 foi criado o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

Constituindo um trabalho de nível primário de saúde, o PSF atua na promoção de saúde e prevenção de doenças, proporcionando atendimento humanizado e de fácil acesso a comunidade, propondo a reorganização dos serviços procurando atendimento e resolutividade da maioria das condições de saúde evitando o nível especializado (MORETTI; FEDOSSE, 2016).

Enquanto que o conceito em APS imposto pela Organização Mundial de Saúde - OMS em 1978, veem sendo implantado pela maioria dos países mundial, esta imposição perde-se em alguns países com modelos centrados no âmbito hospitalocêntrico e especializado, que são os casos dos países industrializados. Por estarem focados na tecnologia, e o ensino a cargo de profissionais concentrados em trabalhos hospitalares, pensar em um modelo de atenção a pessoa enquanto comunidade e porta de entrada para proximidade dos indivíduos, torna-se um tanto quanto estranho (STARFIELD, 2002).

Embora estes países industrializados oporem-se ao modelo de APS, vários países já adaptaram as necessidades e exigências feitas pela Alma-Ata, como é o caso de Cuba que destinam seus médicos para atuação no local de residência, eles acreditam que o compromisso com os assuntos relacionados a saúde, social e ambientalista da comunidade estarão melhor representados quando ressaltados por um membro residente do local de trabalho, além destes se empenharem para que as mudanças aconteçam (STARFIELD, 2002).

Diante da implantação dos PSFs no Brasil, o MS passa a observar que este, trata-se de uma estratégia e não de um programa para organização do serviço de saúde e atendimento estrutural das populações, sendo denominado então de ESF, com a finalidade de possibilitar o acesso universal e contínuo ao serviço de saúde de qualidade (FIGUEIREDO, 2012).

Para tanto o objetivo da ESF é que esta seja a porta de entrada do usuário do sistema de saúde, de maneira que aconteça o atendimento em rede. Desta maneira, a APS inicia um processo de reorganização e reestruturação do sistema público de saúde, afim de atender a demanda da população e ordenando o trabalho em redes, denominadas como RAS (MENDES, 2015).

A RAS se caracteriza por uma estrutura organizacional de serviços e equipamentos de saúde, além do monitoramento de como estes serviços estão se comunicando para garantir o acesso integral de saúde (FIGUEIREDO, 2012).

Diante da perspectiva de que a APS, conduza de maneira efetiva a RAS, três funções são necessárias: fazer cumprir resolutivamente 90% das condições de saúde mais prevalentes, coordenação e ordenação dos fluxos de atendimentos e a responsabilização da população usuária adstrita na ESF (MENDES, 2015).

Dentro das RAS existem áreas temáticas para a atuação, sendo elas: rede cegonha; atenção às urgências e emergências, atenção psicossocial, cuidado à pessoa com deficiência, atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas. Cada uma destas redes apresenta suas peculiaridades de atendimento e atenção (BRASIL, 2014).

Em se tratando da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas, podemos destacar que esta, está intimamente relacionada ao público alvo deste estudo, os idosos, sabe-se que este grupo etário é o que mais apresentam doenças crônicas necessitando de vigilância e avaliação dos cuidados da APS (FERNANDES, 2015).

Estes cuidados a cada dia passam a apresentar maior complexidade devido à diversidade da comunidade em supervisão da ESF, para tanto faz-se necessário que estas equipes estejam preparadas para atender a demanda de serviços, evitando agravos de saúde e internações (SILVEIRA; MACHADO; MATTA, 2015).

Para tanto como forma de avaliação dos sistemas públicos e agravos de saúde além de determinação de atributos e dimensões do estado de saúde, foram criados os indicadores (OPAS, 2008). Existem vários indicadores de saúde, porém o de morbidade apresenta em suas subdivisões a taxa de internações hospitalares (SUS) por causa selecionadas. Dentre estas causas estão as ICSAP, este indicador é utilizado para analisar, evidenciar e propor

soluções nas barreiras encontradas nas diferentes causas de internação deste grupo (BRASIL, 2013a).

As ICPAS ainda preocupam, uma vez que o número de internações persiste. Se houve aumento da cobertura do atendimento populacional na atenção básica o índice de ICAPS deveria sofrer queda, pensando que as estratégias de atendimento em rede deveriam proporcionar resolutividade à população brasileira (PEREIRA; SILVA; NETO; 2014).

Outra maneira de avaliação das ICSAP é a cobertura de ESF através do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), este mostra que a partir de 2010, o número de cobertura populacional atendida vem aumentando, significativamente, ultrapassando 100 milhões de pessoas. Desta forma espera-se que as taxas de internações iniciem um processo de declínio (BRASIL, 2019a).

## 2.2 CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Os indicadores de atenção à saúde são meios de avaliação do desenvolvimento, qualidade e acesso dos serviços prestados a comunidade. Existem vários indicadores de saúde, e cada um tem sua particularidade de acordo com o que se faz necessário avaliar, as Condições Sensíveis a Atenção Primária (CSAP) são considerados indicadores indiretos (RIPSA, 2019).

As CSAP foram conceituadas primariamente pelos Estados Unidos nos anos de 1990 por Billings et al, no qual denominou de ambulatory care sensitive condition, posteriormente outros países como o Brasil foram aderindo este conceito e livremente traduzida como condições sensíveis a atenção primária (CAMARGO, 2010; BRASIL; COSTA, 2016).

Billings et al, iniciou investigações acerca do número de internações que poderiam ser evitáveis de maneira não somente identificar a influência na esfera econômica, mas também afim de avaliar a qualidade dos serviços prestados, e implantação de programas eficazes para a redução dos números de ICSAP (CAMARGO, 2010).

Sabe-se que a APS está relacionada com o controle de casos básicos e de menor representatividade na saúde, diante deste contexto o MS cria a Lista Brasileira de ICSAP como forma de aumentar as ferramentas de avaliação destes serviços, identificando os principais condicionantes do primeiro nível de atenção à saúde que levam as internações no país, tomando como modelo listas internacionais adequadas a realidade brasileira (BRASIL, 2008).

Para que a Lista Brasileira fosse criada, várias etapas foram realizadas: inicialmente decorreram várias reuniões entre pesquisadores e gestores com a finalidade da aprovação da

primeira fase de autenticação da lista, em sequência esta precisou passar por reavaliação e solidificação dos dados elaborados na primeira etapa, posteriormente ocorreram duas consultas a pares inicialmente a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e depois a consulta pública (LENTSCK; et al., 2016).

Estas etapas foram necessárias para que se chegasse a um consenso relacionado as doenças em que fariam parte da lista brasileira, uma vez que anteriormente a este consenso havia a existência de várias listas nacionais que poderiam variar de acordo com o estado, estas variações não se tratavam de grandes alterações, somente o fator de atualização do CID - Código Internacional de Doenças (ALFRADIQUE, 2009).

Alguns estados utilizam a versão nove deste código enquanto que outras já se apresentavam na versão dez. Vale ressaltar que no Brasil a versão do CID 10 já se encontrava disponível desde o ano de 1988. O modelo brasileiro adotado para criação da lista teve por base o de Caminal-Homar & Casanova-Matutano que adaptado a realidade necessitou de novas etapas para que pudesse ser considerada adequada a população brasileira (ALFRADIQUE, 2009).

Para tanto foi necessário a existência que evidenciasse cientificamente a relação entre a doença e atenção primária de saúde, ser de fácil diagnóstico dispensando o uso tecnologias avançadas, ser uma condição de significância para a saúde da população, capacidade de resolutividade no primeiro nível de atenção e prevenção de complicações evitando a internação, necessidade de internação quando estiver acometido no momento e não ter o diagnóstico compelido por incentivos financeiros (ALFRADIQUE, 2009).

Desta forma, estes indicadores proporcionam um método de avaliação da APS de maneira coletiva, identificando possíveis falhas não apenas no atendimento médico pontual, mas sim nas ações de saúde preventivista, dificuldades no acesso da população as redes de serviços e políticas de assistência (FERREIRA; et al., 2014).

Faz-se necessário salientar que a Lista de ICSAP sofre têm alterações com relação as doenças de acordo com as peculiaridades de cada país e também na faixa etária para ser considerado idoso. Como exemplo os Estados Unidos, que considera idosos aqueles com 65 anos ou mais, já no Brasil é considerado aquele que apresente 60 anos ou mais (OMS, 2012). Com relação a lista de condições sensíveis a atenção primária, na Colômbia, esta foi dividida entre condições agudas e crônicas, enquanto que no Brasil não existe esta subdivisão sendo apresentada por grupos de causalidade (GONZÁLEZ-VÉLEZ; et al., 2019; BRASIL, 2008).

As análises de ICSAP podem ajudar no diagnóstico diferencial do atendimento da população e identificar pontos falhos de estruturação das redes de serviços e proporcionar

alerta aos profissionais que compõe as equipes de atenção à saúde dos países e aos gestores, quanto à cobertura dos serviços ofertados e a resolutividades das condições de saúde sensíveis a APS (ROMERO; et al., 2014).

Para tanto o indicador de saúde ICSAP foi criado pelo MS que elencou através de uma lista as doenças que poderiam ser evitáveis no primeiro nível de atenção e que foram distribuídas em grupos por causalidade:

Quadro 01 – Lista de Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária, por grupo de causalidade

Grupo de Causalidade	Doenças
Causa 1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis
Causa 2	Gastroenterites Infecciosas e complicações
Causa 3	Anemia
Causa 4	Deficiências Nutricionais
Causa 5	Infecções de ouvido, nariz e garganta
Causa 6	Pneumonias bacterianas
Causa 7	Asma
Causa 8	Doenças pulmonares
Causa 9	Hipertensão
Causa 10	Angina
Causa 11	Insuficiência Cardíaca
Causa 12	Doenças Cerebrovasculares
Causa 13	Diabetes melitus
Causa 14	Epilepsias
Causa 15	Infecção no Rim e Trato Urinário
Causa 16	Infecção da pele e tecido subcutâneo
Causa 17	Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos
Causa 18	Úlcera gastrointestinal
Causa 19	Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto

(BRASIL, 2008)

Diante dos grupos apresentados pela lista brasileira, as doenças com maior taxa de internações estão nas classes de gastroenterites, infecções renais e urinárias, insuficiência cardíaca, angina, asma e diabetes mellitus (DM) (MAGALHÃES; NETO, 2017).

### **2.2.1 Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis**

Dentro deste grupo, considerado o primeiro da lista de ICSAP, destacam-se as seguintes causas: coqueluche, difteria, tétano, parotidite, rubéola, sarampo, febre amarela, hepatite B, meningite por *haemophilus*, meningite tuberculosa, tuberculose miliar, tuberculose pulmonar, outras tuberculoses, febre reumática, sífilis, malária e ascaridíase (BRASIL, 2008).

O Brasil, através do SUS, é considerado referência em oferta de imunização gratuita de acordo com a orientação da OMS. Estas ações acontecem desde os primórdios, por conta do surto da varíola. Desde então a vacinação se tornou obrigatória e segue o padrão do calendário brasileiro de imunização, de acordo com a faixa etária (HOCHMAN, 2011).

Através deste serviço de prevenção, o Programa Nacional de Imunização (PNI) foi implantado em 1973 e conta com salas de vacinação nas ESF de todos os estados brasileiros. O calendário vacinal depende da faixa. Para tanto o idoso deverá ter sido imunizado anteriormente contra as doenças preconizadas na infância e posteriormente deverá seguir um esquema de atualização vacinal de reforço (DOMINGUES; et al., 2019).

Deverá constar do cartão da pessoa com 60 anos ou mais as seguintes vacinas: hepatite B (3 doses), febre amarela (dose única), dupla adulto – difteria e tétano (reforço a cada 10 anos, a depender da situação vacinal anterior), pneumocócica 23 valente que previne pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo Pneumococo - indicada para população indígena e grupos-alvo específicos, como pessoas com 60 anos ou mais não vacinados que vivem acamados e/ou em instituições fechadas (reforço a depender da situação vacinal anterior) e influenza (anual) (BRASIL, 2019b).

### **2.2.2 Gastroenterites infecciosas e complicações**

As manifestações clínicas mais comuns apresentadas pelas gastroenterites infecciosas estão entre diarreia, vômito e dor abdominal. Trata-se de uma inflamação que acomete o estômago e intestino delgado. Suas causas são diversas, podendo ser viral, bacteriana, parasitária e fúngica. Estima-se que cerca de 2 bilhões de pessoas sejam acometidas pela doença anualmente, gerando a maior causa de mortalidade em crianças menores de cinco anos (TORRES FILHO, 2013).

Apesar de ser de fácil identificação e tratamento, muitas vezes estes agentes causadores não são devidamente identificados, mesmo quando coletado exames específicos, o que poderá levar a complicações (PEREIRA; et al., 2018).

Dentre as complicações consideradas evitáveis, de acordo com a lista de ICSAP, estão a desidratação e gastroenterites comuns. A desidratação, quando não tratada a tempo, pode gerar complicações graves, levando à internação para reposição via endovenosa de eletrólitos perdidos durante o processo de gastroenterites. No idoso estas complicações da desidratação, além de xerodermia, oligúria, xerostomia, pode a vir a causar perda de peso e diminuição das funções cognitivas (ARAUJO, 2013).

### **2.2.3 Anemia**

Considerada uma doença de diminuição do número de hemoglobina no sangue, pode afetar qualquer faixa etária, sendo necessário maior cuidado em crianças, gestantes e idosos. Dentre as complicações que a doença pode trazer estão: limitações em atividades diárias, déficit cognitivo e susceptibilidade a infecções (BUFFON; et al., 2015).

As causas da ocorrência da anemia são multifatoriais, porém um dos fatores associado está na deficiência de ferro, sendo este um fator que insere esta doença na lista de CSAP. A deficiência ferritina causada em idosos geralmente acontece por diminuição da ingesta de nutrientes ricos em ferro, além de estar intimamente relacionada a doenças que causam diminuição destes níveis no organismo (BRAZ; DUARTE; CORONA, 2019).

No idoso o tipo de anemia no qual maior se apresenta é a normocítica, que está associada a baixos níveis ferritíneos devido a doenças relacionadas a tireoide, reumatóides, autoimunes e cancerígenas e por afecções crônicas, sendo esta última condição citada muito comum nesta faixa etária (MACHADO; et al, 2019).

### **2.2.4 Deficiências nutricionais**

A deficiência nutricional é caracterizada pela disfunção de nutrientes extremamente importantes ao organismo, tais como ferro, cálcio, vitaminas, fibras, proteínas dentre outros. A necessidade de acompanhamento nutricional nas diferentes faixas etárias se faz necessária para que a ingesta de nutrientes seja correta e sejam consumidas em quantidades ideais (JUNIOR; et al., 2019).

Os idosos em especial vêm apresentando aumento a proporção desta disfunção, podendo levar a desnutrição. Os fatores que podem estar relacionados a esta deficiência são: dificuldades socioeconômicas, enfermidades, alterações metabólicas e baixa ingesta alimentar de nutrientes saudáveis (GOMES; GRANCIERO, 2017).

Alimentar-se bem e proporcionar ao organismo absorção satisfatória está diretamente relacionado ao bem-estar dos idosos. Quando há desarmonia na função cognitiva, autocuidado e demais funções, podem haver a deficiência nutricional, levando a complicações como a desnutrição proteico calórica, alterações metabólicas, e associação a interação medicamentosa (DOREA; MANOCHIO-PINA; SANTOS, 2015).

### **2.2.5 Infecções de ouvido, nariz e garganta**

Dentro deste grupo de doenças considerada pela lista de ICSAP estão: otite média supurativa, nasofaringite aguda/crônica, sinusite aguda, faringite aguda/crônica, amigdalite aguda, infecção aguda vias aéreas superiores e rinite. Estas afecções são consideradas as condições mais comuns apresentadas anualmente pelos seres humanos (ABORL-CCF, 2017).

Complicações associadas às infecções de vias aéreas superiores em idosos chegam a 1000 internações anuais para cada 1.000.000 de habitantes, enquanto que para adultos nesta mesma proporção de indivíduos cai cerca de 40 internações anuais (SOUZA, 2016).

A razão pela qual o idoso está suscetível a estas infecções se dá pelo fato da ocorrência da redução das funções pulmonares, além da diminuição da elasticidade pulmonar, vitalidade, reflexo de tosse, função ciliar e fatores associados a poluição externa (SOUZA, 2016).

### **2.2.6 Pneumonias bacterianas**

A pneumonia caracteriza-se por um processo inflamatório do parênquima pulmonar. Pode se desenvolver através de bactérias, vírus, fungos ou parasitas. Neste grupo destacam-se as seguintes pneumonias: pneumocócica, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus*, bacteriana NE, lobar NE (DAITX, 2017).

Os diferentes tipos de pneumonias caracterizam cerca de 14% dos casos de óbitos entre as faixas etárias de crianças, adultos e idosos, sendo um condicionante de extrema importância para a sociedade, por se tratar de uma doença considerada sensível a atenção primária (HATISUKA; et al., 2015).

O ideal seria que a atenção primária identificasse os casos de pacientes com pneumonias ou com indícios da doença para fins de tratamento primário, evitando agravos que geram internações (ASSUNÇÃO; PEREIRA; ABREU, 2018).

### 2.2.7 Asma

Trata-se de uma doença com ocorrência predominante no grupo etário acima de 60 anos de idade. Apesar de manifestar-se em sua maioria nos idosos, seus sintomas são negligenciados por se manifestarem de maneira a serem confundidas com atributos da idade avançada (GODINHO NETTO; et al., 2015).

Esta condição pode estar associada a fatores de poluição atmosférica. Portanto indivíduos que residem em grandes centros com grande quantidade de poluentes podem apresentar maiores sintomas e complicações, gerando hospitalizações (MATOS, 2018).

Com o avançar da idade são notórias as alterações fisiológicas, principalmente no idoso que pode manifestar enfraquecimento da cartilagem do septo nasal, dificultando o fluxo respiratório e obstrução nasal. O risco de morte aumenta, acarretando dois terços da população com idade acima de 65 anos (CRUZ, 2018).

### 2.2.8 Doenças pulmonares

Dentro deste grupo de doenças podemos identificar: bronquite aguda, crônica e não especificada, bronquite crônica simples ou mucopurulenta, enfisema, bronquectasia e outras doenças obstrutivas crônicas.

As doenças do aparelho respiratório caracterizam a segunda maior causa de óbitos em idosos, ficando atrás apenas das doenças cardiovasculares. Quanto maior o avanço da idade ocorre o aumento da predisposição a apresentar alguma complicação respiratória, podendo estar associada a frequência de internações que geram riscos de doenças oportunistas por vias aéreas podem acometer os idosos (ZEPKA; CAETANO, 2015).

A bronquite é uma condição de saúde que ocasiona inflamação dos brônquios; não é tratável. Apesar de simples, pode levar a morte. Pode apresentar-se de dois tipos: crônica e aguda. Na condição aguda o tratamento acontece com maior facilidade e rapidez, podendo apresentar sinais como febre, precordialgia, dispneia, que são cessados rapidamente mediante medicalização. Já na bronquite crônica, os sintomas podem persistir por meses, apresentando tosse frequente principalmente pela manhã, podendo complicar em casos de pacientes com imunidade diminuída, tabagismo e exposição a poluentes (SOUSA; et al., 2018).

Concomitantemente às condições de saúde deste grupo de ICSAP estão relacionadas à Doença Obstrutiva Crônica (DPOC), que está intimamente ligada à bronquite e ao enfisema pulmonar. Este é caracterizado pela anormalidade no aumento dos espaços aéreos distais,

podendo ocasionar destruição alveolar (SAAD JÚNIOR, 2019). A DPOC é uma doença de caráter intra e extrapulmonar, afetando o processo de fluxo de ar com sintomas persistentes, ocasionada por exposição expressiva de partículas e gases nocivos. Manifesta desequilíbrio entre os volumes inspiratórios e expiratórios, podendo provocar o uso de musculatura acessória nos movimentos respiratórios (FERNANDES, 2019).

### **2.2.9 Hipertensão arterial**

Considerado um dos principais problemas de saúde pública do Brasil, a hipertensão arterial manifesta-se em diferentes grupos etários, sendo que sua maior manifestação acontece nos idosos, em torno de 50%. Sua manifestação se dá através de alteração nos níveis pressóricos decorrentes de multifatores como: metabólicos, funcionais, cardiovasculares e socioeconômicos (FRANCISCO; et al., 2018).

Por tratar-se de uma doença em sua maioria assintomática, muitos idosos somente descobrem a doença quando necessitam de uma avaliação médica por outras condições de saúde, triagem que antecipa a consulta clínica ou através de campanhas. Faz-se necessário salientar que o diagnóstico de hipertensão arterial não deve ser dado a partir de uma única aferição da pressão, uma vez que este paciente poderá estar apresentando alguma alteração momentânea que não caracteriza a doença instalada (SANTOS; FERREIRA, 2018).

Para melhor diagnóstico, a aferição da pressão arterial deve ser realizada em diferentes horários durante o dia e por uma sequência de dias corridos, afim de fechar o diagnóstico. Exames complementares podem ser realizados, como por exemplo o mapeamento cardíaco, ecocardiograma, entre outros (OLIVEIRA; et al., 2017).

### **2.2.10 Angina**

A angina é caracterizada pela manifestação de dor ou desconforto em região torácica, epigástrica, mandibular, dorsal e membros superiores. Considerada uma síndrome, pode acometer artérias e microcirculação, provocando obstrução destes vasos. Mulheres em especial costumam não apresentar alteração de obstruções à angiografia coronariana, porém apresentam a angina através de instabilidade do fluxo sanguíneo e recebe o nome de síndrome X (CEZAR; et al, 2014).

A angina típica caracteriza-se por desconforto torácico, pescoço, mandíbula, ombro ou braço durante esforços físicos, podendo ser aliviada por repouso ou uso de medicamentos que

estabilizam em cinco minutos. Observa-se que identificar esta condição em idosos torna-se um desafio, visto que muitos confundem os sinais e sintomas da angina com outras causas, por conta da diminuição da função cognitiva, que prejudica o idoso em identificar a localização da dor, aumento da circulação colateral e redução de sensibilidade à dor, devido a disfunções anatômicas (SHIAN; LIMA; FILHO, 2007).

É importante salientar que a angina precede muitas das vezes o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Portanto, quando identificada de início aumentam as chances de prevenção da complicação que é o IAM (NASCIMENTO; et al., 2017; BELTRAME; et al., 2017; KNUUTI; et al., 2019).

### **2.2.11 Insuficiência Cardíaca**

A insuficiência cardíaca (IC) acomete o funcionamento normal do coração, causando incapacidade de projetar sangue ao corpo ou de reservar este conteúdo dentro dos valores normais de pressão fisiológica, o que pode propiciar alterações funcionais, sendo necessárias intervenções terapêuticas e clínicas (MESQUITA; et al., 2014).

Acredita-se que ocorrerá um aumento significativo nos casos de IC nos próximos anos, podendo chegar a cerca de 46% até o ano de 2030, o que equivale a mais de 8 milhões de casos, sendo então considerada umas das comorbidades que mais afetará os idosos (XAVIER; FERRETTI-REBUSTINI, 2019; SANTOS; et al., 2011).

Os idosos acometidos por esta doença necessitam na sua maioria de mudança no estilo de vida, devido às limitações apresentadas pela doença. Esta condição pode afetar tanto as necessidades fisiológicas do idoso quanto as psicológicas, uma vez que estes poderão necessitar de reajustes nas atividades de vida diária devido ao comprometimento da doença (SANTOS; et al., 2011).

### **2.2.12 Doenças cerebrovasculares**

As doenças cardiovasculares são consideradas a maior causa de mortalidade nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, e está relacionada diretamente com o envelhecimento do indivíduo. Apesar de hoje os idosos estarem envelhecendo com melhores condições de saúde, este grupo etário ainda pertence aos que maior apresentam problemas de saúde (BACURAU; et al, 2019).

Dentre as doenças cardiovasculares podemos destacar dois tipos: o acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi) e hemorrágico (AVCh). No Brasil, o acidente vascular cerebral - AVC destaca-se por se tratar da primeira causa de mortalidade e incapacidade no indivíduo. Os idosos são o que mais são acometidos por estas condições. Indivíduos acima de 50 anos aumentam em duas vezes a possibilidade de serem acometidas pela doença. Esta doença compromete o fluxo sanguíneo nos vasos, o que proporciona déficit neurológico, podendo ocasionar comprometimentos graves e diminuição da qualidade de vida devido às limitações que a doença pode causar (NEVES; GUIMARÃES, 2016).

### **2.2.13 Diabetes melitus**

Trata-se de uma doença de caráter metabólico que acomete a regulação insulínica produzida pelo organismo. Existem dois tipos de diabetes; a do tipo 1 caracteriza-se pela baixa ou nenhuma produção de insulina; já na do tipo 2 o organismo não consegue utilizar adequadamente a insulina que produz, afim de controlar os níveis de glicemia (OLIVEIRA; et al., 2017).

Estima-se que até 2030 haverá um aumento de 69% dos casos de diabetes em adultos. Em idosos a estimativa de incidência da doença encontra-se entre 18,6 e 23,5%. Por tratar-se de uma doença que acomete o bom funcionamento do organismo, a maioria dos pacientes acometidos sofre com perdas funcionais, afetando tanto fisicamente quanto psicologicamente, influenciando negativamente na qualidade de vida (LIMA; et al., 2018).

### **2.2.14 Epilepsias**

Caracterizada pela irregularidade celular nervosa do cérebro, a epilepsia pode acontecer após vários episódios de crises convulsivas e perda da consciência. Em idosos este acometimento vem aumentando, uma vez que para cada 100.000hab/ano, 100 apresentam esta complicação de saúde, sendo sua incidência maior em pessoas acima de 75 anos (ASSIS; et al., 2015; BRUSCKY; et al., 2016).

As causas em idosos são consideradas sintomatologias atípicas, o que dificulta na maioria das vezes o diagnóstico preciso e seu tratamento. Quando identificada corretamente, o tratamento neste grupo etário torna-se exitoso e a qualidade de vida destes pacientes permanece preservada (HOELLER; et al., 2016).

### **2.2.15 Infecção do rim e trato urinário**

A infecção do trato urinário (ITU) é considerada umas das doenças mais antigas mundialmente. Trata-se da proliferação bacteriana no sistema urinário, causando sintomas como dor abdominal, poliúria e odor, podendo levar a infecção renal (JUNIOR; et al., 2018).

No âmbito ambulatorial, a ITU é bastante apresentada e gera gastos excessivos no seu diagnóstico e tratamento. Os extremos da idade, como é o caso dos idosos, são acometidos com maior facilidade, devido às mudanças estruturais e funcionais corpóreas e devido à dificuldade de higienização relacionado ao déficit do autocuidado (MELO; et al., 2017).

Mais frequentes em idosos institucionalizados, estes apresentam taxas de 50%, enquanto que aqueles que residem com familiares ou em domicílio próprio em torno de 15%. Esta diferença se dá devido à dificuldade do cuidado diário, número de funcionários reduzidos e má higienização (MELO; et al., 2017).

### **2.2.16 Infecção da pele e tecido subcutâneo**

Dentro deste grupo de doenças, as infecções de pele consideradas relevantes na atenção primária são: erisipela, impetigo, abscesso cutâneo furúnculo e carbúnculo, celulite, linfadenite aguda e outras infecção local, pele e tecido subcutâneo.

As infecções de pele são manifestações ocasionadas por agentes bacterianos, virais, fúngicos ou parasitários. Dependendo do agente causador é determinada a gravidade e o tipo de tratamento. Estas lesões podem estar relacionadas a má higienização, fatores imunes, doenças crônicas como o diabetes, além de fatores genéticos (PIRES; et al., 2015).

### **2.2.17 Doenças inflamatórias dos órgãos pélvicos femininos**

Considerada uma manifestação comum em mulheres, necessita de atenção afim de evitar complicações e sequelas graves. Trata-se de inflamação manifestada por algia em região do trato genital superior. Pode ser classificada de acordo com o acometimento, o que definirá o modo de tratamento, podendo levar a internações (ABREU; ROSADO; CUNHA, 2015).

Quando considerada leve, ocorre manifestação dolorosa e espessamento percebido ao toque. Em graus moderados podem afetar peritônio e causar infecção sistêmica; quando grave, além das manifestações anteriores, pode ocasionar abscessos tubo-ovarianos (ROMANELLI; et al., 2013).

Por se tratar de uma doença na sua maioria assintomática, o diagnóstico primário torna-se difícil, o que influencia no tratamento, podendo levar a sérias complicações na vida da mulher, principalmente na parte de fertilidade (AMORIM NETO; RODRIGUES, 2017).

### **2.2.18 Úlcera gastrointestinal**

Considerada uma doença que afeta o estômago e intestino, comumente apresenta manifestações iniciais estomacais, podendo irradiar até o intestino. Algumas manifestações clínicas podem estar relacionadas a dor abdominal e torácica, hemorragias identificadas através de fezes, hematêmese (MENDES; et al., 2019).

O idoso, por apresentar diversas manifestações clínicas crônicas, evidencia o uso de tratamento medicamentoso, tornando-se uma das causas no aparecimento de úlceras gastrointestinais. Além dos medicamentos prescritos, existe a automedicação. Além dos maus hábitos alimentares e do estilo de vida influenciadores de doenças gástricas, podendo evoluir com complicações intestinais (SANTOS; PESSOA; BARROS, 2018).

### **2.2.19 Doenças relacionadas ao pré-natal e parto**

Encerrando o grupo de doenças relacionadas a ICSAP, estão as doenças relacionadas ao pré-natal e parto, sendo elas: infecção do trato urinário na gravidez (ITU), sífilis congênita, síndrome da rubéola congênita.

A ITU na gestação apresenta-se como uma condição clínica comum, podendo ser sintomática ou não. Quando manifesta sintomas o tratamento e diagnóstico torna-se mais fácil e com menores riscos para a gestante e o feto. Porém, devido à restrição medicamentosa na gestação, esta condição pode evoluir, tornando-se grave (BAUMGARTEN; et al., 2011).

A Sífilis Congênita é considerada uma doença infectocontagiosa de transmissão vertical, porém com tratamento definido afim de evitar complicações gestacionais e fetais. Faz parte das doenças de investigação e notificação exigidas pelo Ministério da Saúde como forma de avaliação das condições de pré-natal ofertadas. Quando não tratada pode levar a má formação fetal, baixo peso ao nascer, além de lesões neurológicas (FEITOSA; ROCHA; COSTA, 2016).

A Síndrome da Rubéola Congênita manifesta-se por alterações fetais cardíacas e visuais na sua maioria, também ocasionada por transmissão vertical durante a gestação, proporcionando múltiplos sinais e sintomas podendo estes serem permanentes ou transitórios na criança. A sua transmissão dá-se principalmente durante o primeiro trimestre de gestação,

ocorrendo diminuição ao final da gestação, podendo até não afetar o feto (BAUMGARTEN; et al., 2015).

### 2.3 SAÚDE DO IDOSO: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, CONCEITUAIS E O CUIDADO DE ENFERMAGEM

No Brasil, idoso é considerado todo aquele indivíduo com idade igual ou superior a sessenta anos, de acordo com o Estatuto do Idoso, e que através desta legislação dispõe de direitos fundamentais, a saúde, educação, lazer, cultura, entre outros (BRASIL, 2017a).

O envelhecimento populacional tornou-se evidente a partir dos anos 80. Entre os anos de 2001 e 2011 o Brasil apresentou 55% de crescimento na população idosa, passando de 15,5 para 23,5 milhões de pessoas na terceira idade. Estima-se que em 2050 este crescimento nesta faixa etária atingirá 18% (OLIVEIRA, 2014).

O Estado de Minas Gerais é o quarto no país com maior número de idosos (CERQUEIRA, 2015). Minas Gerais fica localizada na região sudeste do Brasil, fazendo divisa com outros setes estados. No ano de 2017 apresentou 21.119.536 pessoas, destas 2.311.084 sendo idosos (IBGE, 2017).

Com relação aos indivíduos com sessenta anos ou mais, faz-se necessário pensar em alguns conceitos relacionados a este público, sendo eles: idoso, envelhecimento, senescência, senilidade e velhice; desta forma torna-se necessário contextualizá-los (MCHUGH; GIL, 2018).

Com o crescimento populacional, os idosos são indivíduos que dispõem cuidados especiais devido ao início natural de alterações fisiológicas e demais funções do organismo, ocupando maior quantidade de leitos hospitalares que os demais grupos etários (DIAS; GAMA; TAVARES, 2017)

O envelhecimento é conhecido como o processo funcional natural de deterioração sucessiva de células e moléculas dos seres mamíferos. Apesar de o processo biológico permanecer em frequente estudo, algumas doenças estão associadas ao envelhecimento, podendo destacar aquelas ligadas aos problemas cardiovasculares, demenciais, cancerígenos, metabólicos, oftalmológicos e demais (QUEIROZ; et al., 2015).

A senescência e a senilidade vêm diferenciar os contextos de envelhecimento, visto que senescer corresponde ao envelhecimento fisiológico natural progressivo, podendo prever as funcionalidades da pessoa idosa; é um processo sem envolvimento de doenças reconhecidas. A senilidade compreende o contrário, onde os processos patológicos de doenças instaladas podem estar presentes vindo a acompanhar todo o envelhecimento ou apenas por um momento e está

muito relacionada com o estilo de vida e exposição a fatores de risco aos quais este indivíduo se expõe (GUEDES; et al., 2017).

A velhice corresponde a última fase da vida, onde por vários anos foi descrita como sendo o momento de perdas, doenças, incapacidade física e declínio cognitivo. Com o passar dos anos este conceito tem mudado, uma vez que os idosos tendem a envelhecer com maiores expectativas de vida e o foco passa a ser para o envelhecimento saudável. Estes estão se tornando cada dia mais ativos no desenvolvimento de atividades, relacionamento, função cognitiva e conseguindo manter qualidade de vida mesmo com patologias crônicas (MOREIRA; FREITAS; VIEIRA, 2014).

É importante salientar que a velhice não pode ser caracterizada apenas pelos anos vividos ou pelas alterações físicas como rugas, cabelos brancos, elasticidade diminuída, perda da dentição e modificações esqueléticas. Deve-se lembrar que estas alterações acontecem independente da vontade do indivíduo e a quem envelhece biologicamente, porém mantém a juventude interior (QUEIROZ; et al., 2015).

Diante do envelhecimento populacional saudável, faz-se necessário observar que junto deste novo cenário aparece o desenvolvimento tecnológico que propiciou aos idosos maior acesso às informações, conexão contínua com família através de aplicativos de conexão à internet, aparelhos de audição sofisticados e com maior funcionalidade e acesso do que no passado, além de dispositivos portáteis que ajudam na supervisão e aconselhamento dos idosos e cuidadores envolvidos (SOUSA; et al., 2017).

Com tantas mudanças se fazem necessárias novas maneiras de olhar para o envelhecimento populacional, criando estratégias e capacitando pessoas para trabalhar com modelos previsíveis de atenção, com poder de reflexão e raciocínio crítico para lidar com as transformações futuras (MOREIRA; FREITAS; VIEIRA, 2014).

O avanço da idade pode proporcionar condições reduzidas de saúde. Com isso a preocupação do Ministério da Saúde em proporcionar envelhecimento saudável e ativo, propondo que a APS seja a porta de entrada para estes pacientes e que esta consiga resolver cerca de 90% das condições de saúde sem que estas tornem-se ICSAP (SOUSA; et al., 2017).

Para tanto, um dos profissionais que atuam na ESF e que está intimamente ligado ao atendimento à população e criação de medidas estratégicas é o enfermeiro. A enfermagem, por se tratar de uma profissão que está ligada às diferentes áreas do conhecimento e atuar nos diferentes serviços de saúde, atua frequentemente na atenção à saúde do idoso (ELOIA; et al., 2014).

Diante das perspectivas de cuidado ao idoso realizado pelo profissional de enfermagem, temos atribuições como: tomada de decisão no atendimento prestado, estímulo familiar no desenvolvimento de atividades de suporte a equipe, comunicação com o cuidador e/ou familiar sobre as condições de saúde, limitações ou melhora do quadro clínico do paciente (NASCIMENTO; TAVARES, 2016; GASPAR; et al., 2019).

Desta maneira torna-se desafiador para estes profissionais saírem da abordagem clínico curativa, necessitando de um olhar diferenciado, voltado para as novas necessidades preventivistas dos idosos (ELOIA; et al., 2014).

Dentro da perspectiva de cuidados à pessoa idosa realizada pelo enfermeiro, existe a preocupação com o aumento da expectativa de vida desta população e junto desta as mudanças necessárias a serem desenvolvidas para atender esta demanda. Diante da realidade que a coordenação da ESF pertence aos profissionais enfermeiros, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 estabelece as atividades de cada membro que compõe os serviços da Atenção Básica (AB) e dentro das atribuições do enfermeiro está o trabalho em nos diferentes grupos etários (MELO; ROZENDO; SOBRAL, 2017).

Sabe-se que com o aumento populacional de idosos, o MS vem capacitando suas equipes de saúde para o atendimento desta demanda. Porém mesmo com a oferta de capacitações, as equipes de ESF e os Núcleos de Atenção à Saúde da Família – NASF precisam comunicar-se, e esta comunicação em sua maioria torna-se responsabilidade do coordenador de equipe, o enfermeiro (NOGUEIRA; et al., 2019).

Este desenvolve papel fundamental na triagem e classificação de risco da população cadastrada, e para tanto é necessário traçar medidas de prevenção de agravos e promoção da saúde afim de promover melhores condições de saúde e envelhecimento saudável e produtivo (SILVA; VICENTE; SANTOS, 2014).

Outro papel fundamental na atuação do profissional de enfermagem diz respeito à educação em saúde, abrangendo desde o idoso até os integrantes familiares, auxiliando na manutenção da saúde, prevenção de agravos e aconselhamento do cuidado diário (SANTOS; et al, 2015).

A função do enfermeiro vai além do cuidado; exige capacitação constante, habilidades raciocínio clínico e saber desenvolver o processo de enfermagem, afim de garantir ao paciente uma assistência de qualidade. Dentre as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, está a geriatria/gerontologia, que capacita estes profissionais para a atuação com idosos, visando um cuidado diferenciado, individual e coletivo, preparando-os para o futuro próximo com maior número de pessoas envelhecendo (GONÇALVES, 2010).

A enfermagem atua nos diferentes níveis de atenção devendo saber desenvolver atividades específicas de acordo com a demanda e o grau de especificidade, sabendo que a Atenção Primária a Saúde traduz uma importante estratégia de abordagem em diferentes faixas etárias. Porém, com grande preocupação atualmente no crescimento demográfico de idosos, faz-se necessário identificar através das ICSAP quais são as condições de maior representatividade neste seguimento etário.

### 3 JUSTIFICATIVA

Os idosos fazem parte de um dos grupos do ciclo de vida que mais utilizam os serviços de saúde e está cada dia mais em evidência devido o crescente aumento desta população, preocupando com os índices de internações uma vez que estes também tendem a aumentar.

Devido ao aumento populacional de idosos, prevê-se que a quantidade de hospitalização destes nos próximos dez anos poderá duplicar sendo necessário que a APS possa identificar através das ICSAP qual o foco de atenção a ser trabalhado, traçando medidas de intervenção afim de reduzir o índice de internações de idosos previstos para os demais anos (SOUSA; et al., 2017).

E necessário que, além de investigar complicações simples que geram internações clínicas de curto período, as causas graves de hospitalização também sejam verificadas, uma vez que estas além de propiciar maior gasto aos cofres públicos, geram desgaste ao idoso, da família e/ou cuidador, além de estresse e disfunções emocionais que podem predispor a novas doenças e complicações de saúde (ALCALDE; KIRSZTAJN, 2018).

Em estudo realizado para analisar as ICSAP em idosos do Brasil no intervalo de cinco em cinco anos, sendo respectivamente 2003, 2008 e 2013 mostra que comparando as internações por causas comuns com as por ICSAP não houve variação significativa do total de internações entre as variáveis supracitadas, pois todas tiveram aumento nos anos analisados. Quando observado a variação apenas da ICSAP nota-se discreta queda nas internações no ano de 2008 e, posteriormente em 2013, modesto aumento (FERNANDES, 2015).

Segundo estudo realizado afim de analisar os gastos de saúde e índices de ICSAP das diferentes faixas etárias em Minas Gerais, as hospitalizações de idosos sofreram queda de 3,69%, porém este grupo etário foi o que maior gerou despesas, cerca de 51,5% no ano de 2009 e 56,5% em 2014, mesmo com a redução da internação houve aumento dos valores gastos (SILVA, 2017).

A Lista de ICSAP fez em abril de 2018 dez anos de sua criação e o esperado seria que ocorresse uma redução dos índices de internações por ICSAP por acreditar que seria de conhecimento de todos os profissionais de saúde.

Diante do exposto, nota-se que poucos estudos analisam as ICSAP após a criação da lista em 2008 no Brasil. No Estado de Minas Gerais poucas são as produções acerca da temática. Estudos avaliam municípios isolados ou analisam todas as faixas etárias, o que

despertou o interesse para a realização deste trabalho, propondo uma análise dos casos em idosos na Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul.

Portanto a Macrorregião de saúde do Triângulo Sul de Minas Gerais foi escolhida por fazer parte do quarto estado com maior número de idosos no Brasil e pela inexistência de estudos da temática com a população idosa nesta região (IBGE, 2017). Além de poder subsidiar os municípios pertencentes a região detectando onde estão as falhas na APS e se realmente estes casos são apenas de sensibilidade da APS.

Nota-se a necessidade de evitar ou reduzir os agravos que geram taxas de internações em diferentes grupos etários, principalmente em idosos. Por ser verdade o aumento da expectativa de vida, e por se tratar de umas das faixas etárias que gera maior número de internações, este estudo se faz necessário. Afim de que sejam identificadas as ICSAP para a orientação das atividades de prevenção de agravos e promoção da saúde através da APS, minimizando danos de saúde a estes idosos.

## **4 OBJETIVO GERAL**

Analisar as internações de idosos por condições sensíveis a atenção primária de saúde no Hospital de Clínicas da UFTM referenciadas pela Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul – MG, período de 2008 a 2018.

### **4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar a ocorrência, total e por microrregião, das ICSAP entre idosos;
2. Descrever as ICSAP entre idosos por sexo, segundo causa e faixa etária;
3. Verificar a tendência, geral e por grupo de causas, das ICSAP em idosos;
4. Correlacionar as ICSAP em idosos à cobertura da Estratégia Saúde da Família dos municípios pertencentes à Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul – MG, no período de 2008 a 2018.

## 5 MATERIAL E MÉTODOS

### 5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo ecológico regional, cuja unidade de análise foram os 27 municípios que compõem a Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul – MG ou Hospital das Clínicas da UFTM.

### 5.2 LOCAL DO ESTUDO

O local do estudo foi o Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro – HC/UFTM. Considerado o maior hospital geral possui 255 leitos do SUS, sendo 40 leitos destinados aos serviços de Terapia Intensiva. Por se tratar de uma referência aos municípios pertencentes a Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul, recebe pacientes nos quais os municípios não conseguem atender a condição de saúde naquele momento. Após realizado o tratamento especializado e estabilização do paciente, estes recebem alta e são encaminhados à sua cidade de origem. (MINAS GERAIS, 2018).

O Estado de Minas Gerais fica localizado na região Sudeste do Brasil e possui 853 municípios com população total de 19.597.330 habitantes de acordo com o último censo do ano de 2010 (IBGE, 2019). É o segundo estado brasileiro mais populoso. Diante da sua dimensão, para melhor organização dos serviços de saúde, este são divididos por Superintendências Regionais de Saúde (SRS). Minas Gerais conta com 18 SRS e 10 Gerências Regionais de Saúde (GRS) (MINAS GERAIS, 2018).

A SRS de Uberaba, denominada Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul é composta por 27 municípios, tendo uma população total, aproximada, de 700 mil habitantes em uma área territorial de 29.644 Km<sup>2</sup> e densidade demográfica de 23,11 Habitantes/Km<sup>2</sup>. Está dividida em três Microrregiões de Saúde, conforme Tabela 1 (MINAS GERAIS, 2018).

Tabela 1 - Divisão da Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul

Microrregião de Araxá	Microrregião de Frutal/Iturama	Microrregião de Uberaba
Araxá	Carneirinho	Água Comprida
Campos Altos	Comendador Gomes	Campo Florido
Ibiá	Fronteira	Conceição das Alagoas
Pedrinópolis	Frutal	Conquista
Perdizes	Itapagipe	Delta
Pratinha	Iturama	Sacramento
Santa Juliana	Limeira do Oeste	Uberaba
Tapira	Pirajuba	Veríssimo
	Planura	
	São Francisco de Sales	
	União de Minas	

Fonte: Superintendência Regional de Saúde de Uberaba – SRS

Conforme esta proposta de regionalização da saúde adotada no Estado, a Figura 1 apresenta as Regiões Ampliadas de Saúde de Minas Gerais e municípios mineiros pertencentes a Macrorregião de Saúde Triângulo Sul.

Figura 1 – Representação gráfica dos municípios e divisão por superintendência.



Fonte: Diagnóstico Situacional de Saúde Macrorregião Triângulo Sul 2017

Para tanto, o atendimento hospitalar de alta complexidade totalmente SUS desta macrorregião de saúde é realizado no Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo

Mineiro – HC UFTM. O HC da UFTM é referência para esta região de saúde, uma vez que além da realização de tratamentos especializados, urgência e emergência e internação, conta com serviços de ensino e pesquisa proporcionando resolutividade dos problemas de saúde dos pacientes referenciados. (MINAS GERAIS, 2018)

### 5.3 POPULAÇÃO

Foram analisadas todas as Autorizações de Internações Hospitalares – AIHs, faturadas pelo SUS, correspondentes as internações de idosos residentes na Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul - MG ocorridas no Hospital de Clínicas da UFTM, relativas ao período de 2008 a 2018.

### 5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

AIHs de idosos, com 60 anos ou mais, internados no Hospital de Clínicas da UFTM referenciados pela Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul – MG por ICSAP, no período de janeiro de 2008 a dezembro 2018, totalizando 8.013 casos.

### 5.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foi excluído, do estudo, o grupo de doenças relacionadas ao pré-natal e parto, em virtude da faixa etária selecionada.

### 5.6 COLETA DE DADOS

Os dados foram obtidos por meio de consulta documental no Departamento de Informática do SUS (DATASUS) através do Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS. Os dados foram coletados no período de maio a julho de 2019.

Para tanto foi utilizado o programa TABWIN, fornecido pelo DATASUS que auxilia o pesquisador ou profissionais de saúde na construção e aplicação de índices e indicadores de produção de serviços, de características epidemiológicas, dados demográficos por estado e municípios.

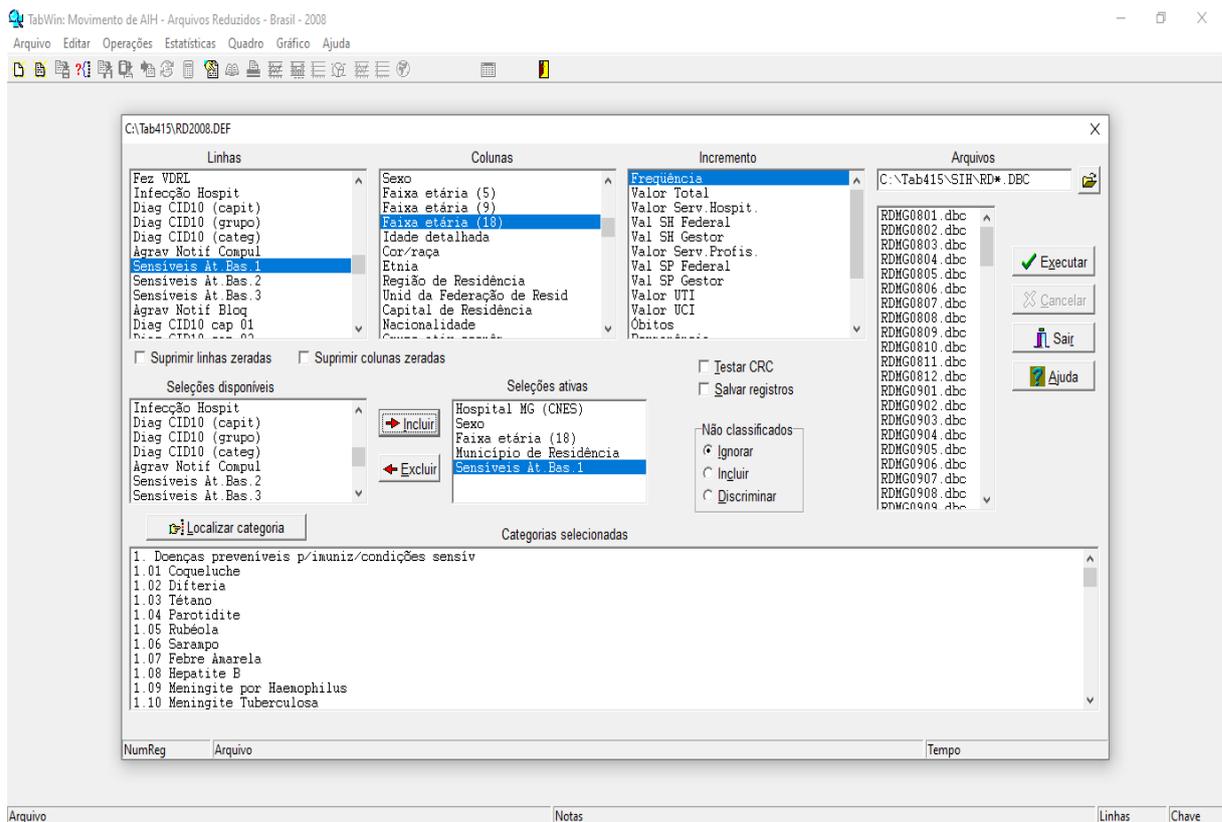
Inicialmente os dados foram baixados através do site <http://datasus.saude.gov.br/cadastros-nacionais/266-arquivos-de-definicoes-para-tabulacao>,

que fornece todas as bases de dados dos diversos sistemas de informações do SUS. Estes foram baixados mês a mês do período de janeiro de 2008 a dezembro de 2018. Posteriormente importados para o programa TABWIN e assim iniciado a coleta de dados.

Esse período foi adotado considerando como marco histórico o ano de 2008, no qual foi publicado a lista brasileira de ICSAP e instituída como ferramenta para avaliar o desempenho do sistema de saúde (GOUVEIA, 2016). Desta forma, optou-se por analisar os dados referentes aos 11 anos completos contados a partir da publicação da lista para, assim, entender como se caracterizam as hospitalares dos idosos por ICSAP na Macrorregião.

Vale ressaltar que estes arquivos baixados são de todas as AIHs do SUS no período descrito acima. Através do programa TABWIN foram utilizados filtros que ofereceram a quantidade das ICASP no Hospital das Clínicas da UFTM referenciadas pela macrorregião de saúde Triângulo Sul, conforme figura 2.

Figura 2 – Print da tela do programa TABWIN com os filtros utilizados



Fonte: TabWin Movimento de AIH – Arquivos Reduzidos – Brasil 2008

De acordo com o programa, existem três tipos de informações de dados das Condições Sensíveis a Atenção Primária. Optou-se por utilizar a do tipo 1 por se tratar das doenças relacionadas às ICSAP. A do tipo 2, além das doenças trazem procedimentos relacionados a estas causas e a do tipo 3 elencam os grupos, não estratificando as doenças de cada grupo.

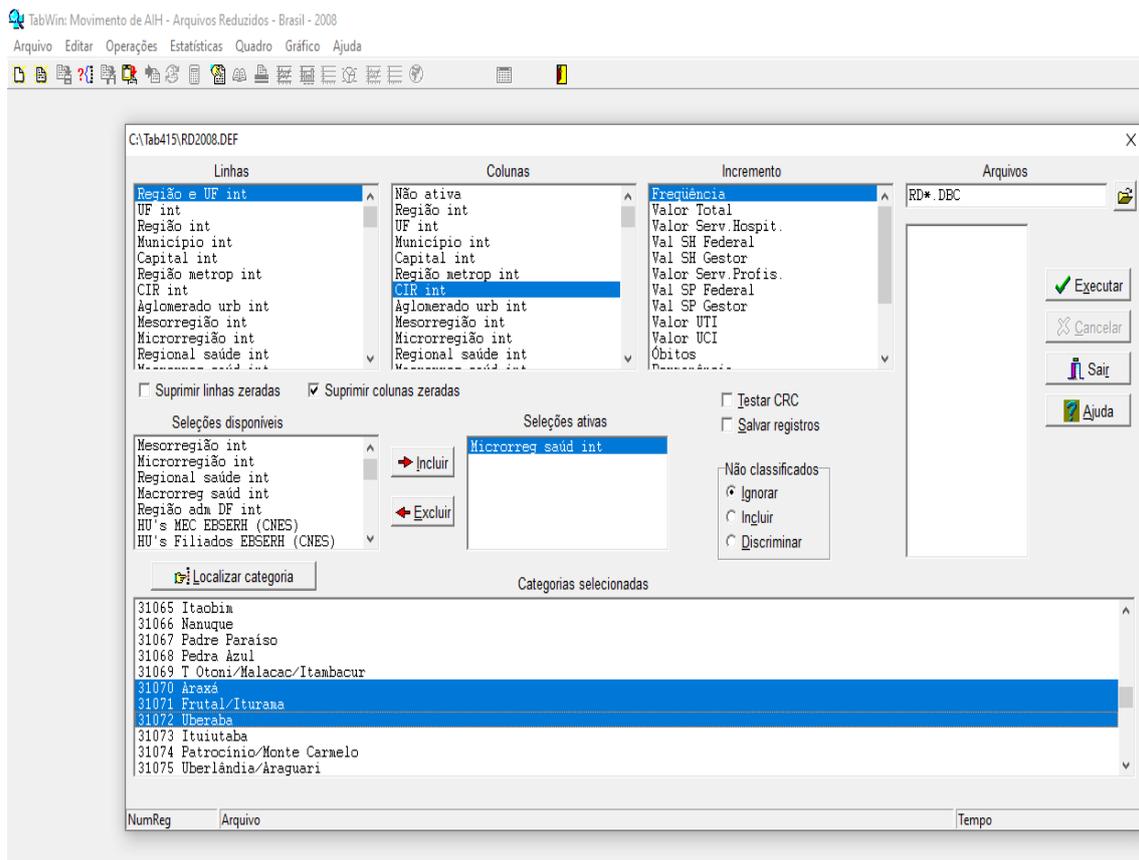
O campo faixa etária também é contemplado por três tipos, a do tipo 5 trazem as idades por grupos etários sendo eles: criança, adolescente, adulto e idoso. O tipo 9 inicia-se com faixa etária a cada 5 anos e após a infância a cada 10 anos, a do tipo 18 contempla as idades de cinco em cinco anos o que proporcionou melhor análise de dados.

As tabulações dos dados foram realizadas de maneira a contemplar cada objetivo deste trabalho, sendo gerados vários bancos e, posteriormente, agrupados conforme necessário.

O local de internação foi definido pelo número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES 2206595 que identifica o Hospital de Clínicas da UFTM.

No campo município, foram selecionados os 27 pertencentes a Macrorregião de Saúde Triângulo Sul inicialmente separados, por município e, posteriormente selecionados por Microrregião de Saúde, conforme figura 3.

Figura 3 - Print da tela do programa TABWIN com o filtro município.



Com relação à cobertura das ESFs dos municípios, estes dados foram obtidos pela Secretaria de Atenção Primária a Saúde (SAPS), através do e-Gestor Atenção Básica – Informação e Gestão da Atenção Básica, através do link:

<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>.

Dentro desta página de consulta está disponível a opção Histórico de Cobertura Saúde da Família, em que é possível obter dados além da cobertura ESF mas também da cobertura dos ACS e de saúde bucal de todos os municípios brasileiros até o ano de 2018. Na variável cobertura da ESF os dados são apresentados mensalmente e posteriormente agrupados em tabelas no programa Excel 2016 separadas por anos e municípios afim de calcular a média anual.

Os dados relacionados a quantidade de idosos de acordo com o a Macrorregião de Saúde Triângulo Sul foram obtidos a partir do DATASUS através do link <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?novapop/cnv/popbr.def>.

Este departamento oferece a estimativa populacional anualmente a partir do ano de 2000 até 2015, como o presente estudo determina o período de análise até o ano de 2018, utilizou-se o valor do ano de 2015 como referência para os anos subsequentes. Esta decisão foi estabelecida por não serem encontrados os valores estimados para os anos em questão no site, nos dados do IBGE e na referência técnica de atenção primária da Superintendência Regional de Saúde da cidade de Uberaba/MG.

As variáveis estudadas foram:

- Faixa etária: de 60| - |64 anos; 65| - |69 anos; 70| - |74 anos; 75| - |79 anos e 80 anos ou mais.
- Sexo: feminino, masculino.
- Município de origem: Araxá, Campos Atos, Ibiá, Pedrinópolis, Perdizes, Pratinha, Santa Juliana e Tapira, Carneirinho, Comendador Gomes, Fronteira, Frutal, Itapagipe, Iturama, Limeira do Oeste, Pirajuba, Planura, São Francisco de Sales, União de Minas, Água comprida, Campo Florido, Conceição das Alagoas, Conquista, Delta, Sacramento, Uberaba e Veríssimo.
- Causas de internações: todas as doenças que pertencem aos 18 grupos elencados no quadro 1.

Quadro 2 – Grupos de ICSAP e Código Internacional de Doenças utilizados para o estudo

Diagnóstico CID 10	Códigos Seleccionados
1. Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	A37; A36; A33 a A3; B26; B06; B05; A95; B16; GOO.O; A17.0; A19; A15.0 a A16.2; A15.4 A15.9; A16.3 a A16.9; A17.1 a A17.9; A18; I00 a I02; A51 a A53; B50 a B54
2. Gastroenterites infecciosas e complicações	E86; A00; 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. Pneumonia Bacteriana	J13; J14; J15.3; J15.4; J15.8; J15.9; J18.1
7. Asma	J45; 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; G46
13. Diabetes melitus	E10.0, 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 a E14.8; E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14. Epilepsias	G40; G41
15. Infecção do rim e trato urinário	N10; N11; N12; N30; N34; N39.0
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46; L01; L02; L03; L04; L08
17. Doenças inflamatórias órgãos pélvicos femininos	N70; N71; N72; N73; N75; N76
18. Úlcera gastrointestinal	K25 a K28; K 92.0; K92.1; K92.2

Fonte: Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008.

## 5.7 ANÁLISE DE DADOS

Estes dados foram organizados em planilhas eletrônicas no Excel 2010, e posteriormente exportadas ao programa Statistical Package for the Social Sciences – SPSS versão 26 para análise.

Afim de contemplar o primeiro e o segundo objetivo específico, foi realizada a análise descritiva simples, por meio de frequências absolutas, relativas e através do coeficiente de incidência .

$$\text{Coeficiente de incidência} = \frac{\text{nº casos de ICSAP no nível terciário por Microrregião de Saúde}}{\text{População idosa estimada anualmente da Microrregião de Saúde}} \quad \times 1000$$

Para o primeiro objetivo os dados utilizados foram o número de ICSAP total ano a ano estratificados por Microrregião de Saúde. Já para contemplar o segundo objetivo, os dados foram divididos por sexo, causa de ICSAP e faixa etária relacionados ao total referenciados pela totalidade da Macrorregião de Saúde Triângulo Sul.

Para atender ao terceiro objetivo inicialmente calculou-se o coeficiente de incidência:

$$\text{Coeficiente de incidência} = \frac{\text{nº casos de Internações por CSAP no HC da UFTM}}{\text{População idosa estimada anualmente de cada município}} \quad \times 1000$$

Após o cálculo da incidência, com a finalidade de analisar a tendência temporal entre os anos de 2008 a 2018, foi utilizado o modelo de regressão linear generalizado e padronizado proposto por Prais-Winsten conforme equações descritas por Freitas; et al. (2017) para determinar a variação percentual anual (APC) das taxas de incidência e de ICSAP, com os respectivos intervalos de confiança de 95 %. A APC positiva, indica que a série foi considerada crescente; quando negativa, decrescente e, quando não foi identificada uma diferença estatisticamente significativa, considerou-se a tendência estacionária (ANTUNES; CARDOSO, 2015).

Para cálculo da APC e respectivo intervalo de confiança (IC) de 95% foram realizadas as equações descritas por Freitas et al. (2017). Não foram contemplados todos os grupos de causas das ICSAP devidos aos anos em que não apresentaram internações. Para tanto os grupos que foram possíveis realizar a análise foram: 04, 06, 08, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18 e o total.

Para o quarto objetivo específico foi realizada análise estatística baseada na Correlação de Spearman com 95% de confiança para identificar possíveis associações entre a variação das ICSAP e a cobertura da ESF. Foi realizado um corte nos 11 anos estudos, sendo analisados os dados a cada cinco anos sendo eles: 2008, 2013 e 2018.

Para fins de significância estatística, foi considerado valor de  $p < 0,05$ . O coeficiente de Spearman varia entre -1 e 1, o sinal negativo significa correlação inversa entre as variáveis e foram classificadas: como fracas ( $0 < r < 0,3$ ), moderadas ( $0,3 \leq r < 0,5$ ) e fortes ( $r \geq 0,5$ ) (COHEN, 1988). A variável cobertura da ESF, definida como a proporção da população coberta em cada município, foi calculada por meio da média anual de cobertura.

## 5.8 ASPÉCTOS ÉTICOS

O presente estudo não envolveu diretamente indivíduos, utilizando dados secundários, de acesso em domínio público. Portanto, não foi possível sua identificação, o que exime o estudo de risco de constrangimento ou exposição de qualquer forma de grupos de populações específicas e/ou indivíduos sendo assegurada a confidencialidade das informações e a garantia de privacidade. Assim sendo, este estudo está isento da necessidade de consentimento livre e esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da UFTM sob protocolo nº 3.318.120.

## 6 RESULTADOS

### 6.1 OCORRÊNCIA, TOTAL E POR MICRORREGIÃO, DE ICSAP ENTRE IDOSOS NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFTM REFERENCIADAS PELA MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO TRIANGULO SUL – MG, NO PERÍODO DE 2008 A 2018

Verificou-se que no período de janeiro 2008 a dezembro de 2018 foram registrados 8.073 casos de ICSAP em idosos no Hospital das Clínicas da UFTM. A Microrregião de Saúde de Uberaba apresentou maior percentual de idosos encaminhados para o Hospital das Clínicas da UFTM 6.436 (70,72%) apresentando incidência de 36,54 para cada 1000 hab., seguidos pela Microrregião de Saúde de Frutal/Iturama 840 (10,40%) com incidência de 40,65 para cada 1000 hab. e Microrregião de Saúde de Araxá 797 (9,87%) incidência de 121,77 para cada 1000 hab., Tabela 2.

Observou que todas as Microrregiões de Saúde apresentaram acréscimo no número de ICSAP no decorrer dos anos. A Microrregião de Saúde de Araxá apresentou oscilação entre aumento e redução no percentual de ICSAP em idoso com o passar dos anos, porém ao final dos 11 anos houve acréscimo de 46 (5,64%) para 124 casos (12,64%), a taxa de incidência variou entre 2,61 a 5,68, Tabela 2.

A Microrregião de Saúde de Frutal/Iturama também oscilou, porém, de maneira geral verificou aumento das ICSAP em idosos de 65 (7,98%) para 127 casos (12,95%), a incidência esteve entre 3,00 e 6,15, Tabela 2.

Já a Microrregião de Saúde de Uberaba, apresentou redução no percentual de internações nos primeiros anos analisados, aumentando a partir do ano de 2012 com queda no ano de 2014 e acréscimo a partir de 2015. Iniciou com 704 casos (86,38%) chegando a 730 (74,41%), a taxa de incidência variou entre 74,41 a 86,38, Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição da frequência, proporção e incidência dos casos (por 1000 idosos) de ICSAP entre a população idosa referenciadas pelas Microrregiões de Saúde ao Hospital das Clínicas da UFTM – Uberaba/MG

Microrregiões de Saúde												
Microrregião Araxá					Microrregião Frutal/Iturama				Microrregião Uberaba			
Ano	Número de idosos	Número de ICSAP	%	Incidência	Número de idosos	Número de ICSAP	%	Incidência	Número de idosos	Número de ICSAP	%	Incidência
2008	16861	46	5,64	2,73	16423	65	7,98	3,96	40496	704	86,38	17,38
2009	17450	66	8,76	3,78	16960	51	6,77	3,01	41974	636	84,46	15,15
2010	18074	78	11,30	4,32	17538	66	9,57	3,76	43516	546	79,13	12,55
2011	18714	89	13,50	4,76	18129	67	10,17	3,70	45290	503	76,33	11,11
2012	19493	78	10,55	4,00	18718	102	13,80	5,45	47000	559	75,64	11,89
2013	20326	53	7,14	2,61	19330	88	11,86	4,55	48802	601	81,00	12,32
2014	21008	56	9,36	2,67	19989	60	10,03	3,00	50803	482	80,60	9,49
2015	21813	70	10,65	3,21	20666	67	10,20	3,24	52852	520	79,15	9,84
2016	21813	73	10,43	3,35	20666	68	9,71	3,29	52852	559	79,86	10,58
2017	21813	64	8,66	2,93	20666	79	10,69	3,82	52852	596	80,65	11,28
2018	21813	124	12,64	5,68	20666	127	12,95	6,15	52852	730	74,41	13,81
Total	21813	797	9,87	36,54	20666	840	10,41	40,65	52852	6436	79,72	121,77

Fonte: Elaborado pela Autora, 2019, baseado nos dados do Sistema de Informação Hospital do SUS (SIH-SUS), Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

## 6.2 DESCRIÇÃO DAS ICSAP ENTRE IDOSOS NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFTM REFERENCIADAS PELA MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO TRIÂNGULO SUL (2008-2018), POR SEXO, SEGUNDO CAUSA E FAIXA ETÁRIA

### 6.2.1 Sexo masculino por causa e faixa etária

Entre os homens idosos, na faixa etária de 60| - |69 anos, foram registradas 2.102 (26,03%) casos de ICSAP. Os três Grupos de causa que apresentaram maiores percentuais ICSAP somaram 1.652 (78,59%) das internações. Destaca-se que os maiores registros de internação foram: Grupo 10 (Angina) 964 (45,86%), Grupo 12 (Doenças cerebrovasculares) 412 (19,60%) e Grupo 11 (Insuficiência Cardíaca) 276 (13,13%), Tabela 3.

Os menores índices de ICSAP ocorreram nos: Grupo 3 (Anemia) 3 (0,14%), Grupo 7 (Asma) 3 (0,14%) e Grupo 5 (Infecções de ouvido, nariz e garganta) 2 (0,10%). Ressalta-se que o grupo 17 (Doenças inflamatórias órgãos pélvicos femininos) não apresentou internação por se tratar de uma condição de alteração especial feminina, Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição de frequência e percentual de ICSAP por causa e faixa etária de 60| - |69 anos do sexo masculino referenciadas pela Macrorregião de Saúde Triângulo Sul ao Hospital das Clínicas da UFTM – Uberaba/MG.

Masculino 60 a 69 anos																								
Grupo de Causas	2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Grupo 1	0	0,00	0	0,00	2	1,14	2	1,05	0	0,00	1	0,57	2	1,14	0	0,00	1	0,50	0	0,00	2	0,77	10	0,48
Grupo 2	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,57	1	0,66	1	0,50	1	0,47	0	0,00	4	0,19
Grupo 3	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,53	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,50	1	0,47	0	0,00	3	0,14
Grupo 4	2	1,07	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	2,27	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,39	7	0,33
Grupo 5	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,53	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,66	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,10
Grupo 6	10	5,35	10	5,24	11	6,29	5	2,63	7	3,83	6	3,41	2	1,14	5	3,31	9	4,50	13	6,05	12	4,63	90	4,28
Grupo 7	1	0,53	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,55	1	0,57	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	0,14
Grupo 8	8	4,28	9	4,71	6	3,43	4	2,11	7	3,83	0	0,00	3	1,71	4	2,65	7	3,50	2	0,93	5	1,93	55	2,62
Grupo 9	0	0,00	1	0,52	2	1,14	0	0,00	0	0,00	1	0,57	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	1,40	1	0,39	8	0,38
Grupo 10	73	39,04	81	42,41	62	35,43	87	45,79	83	45,36	81	46,02	96	54,86	69	45,70	110	55,00	90	41,86	132	50,97	964	45,86
Grupo 11	24	12,83	31	16,23	34	19,43	26	13,68	33	18,03	30	17,05	15	8,57	20	13,25	19	9,50	19	8,84	25	9,65	276	13,13
Grupo 12	40	21,39	27	14,14	31	17,71	35	18,42	36	19,67	37	21,02	30	17,14	36	23,84	33	16,50	54	25,12	53	20,46	412	19,60
Grupo 13	3	1,60	9	4,71	3	1,71	7	3,68	1	0,55	7	3,98	7	4,00	2	1,32	6	3,00	12	5,58	13	5,02	70	3,33
Grupo 14	3	1,60	4	2,09	4	2,29	5	2,63	4	2,19	3	1,70	6	3,43	4	2,65	2	1,00	2	0,93	1	0,39	38	1,81
Grupo 15	5	2,67	6	3,14	3	1,71	0	0,00	4	2,19	2	1,14	2	1,14	3	1,99	3	1,50	5	2,33	4	1,54	37	1,76
Grupo 16	3	1,60	1	0,52	2	1,14	4	2,11	0	0,00	0	0,00	2	1,14	2	1,32	2	1,00	3	1,40	0	0,00	19	0,90
Grupo 17	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Grupo 18	15	8,02	12	6,28	15	8,57	13	6,84	7	3,83	3	1,70	9	5,14	4	2,65	6	3,00	10	4,65	10	3,86	104	4,95
Total	187	100,00	191	100,00	175	100,00	190	100,00	183	100,00	176	100,00	175	100,00	151	100,00	200	100,00	215	100,00	259	100,00	2102	100,00

Fonte: Elaborado pela Autora, 2019, baseado nos dados do Sistema de Informação Hospital do SUS (SIH-SUS), Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

Na faixa etária 70| - |79 anos do sexo masculino foram registrados 1.568 (19,42%) ICSAP. Quando comparados com a faixa etária anterior, nota-se que os Grupos de causas com maior taxa de internação permanecem os mesmos, com percentuais semelhantes. O Grupo 10 (Angina) apresentou 636 casos (40,56%), o Grupo 12 (Doenças cerebrovasculares) 364 (23,21%) e o Grupo 11 (Insuficiência Cardíaca) 207 (13,20%), totalizando 1207 (76,97%) casos, Tabela 4.

Para as condições que apresentaram menor percentual de hospitalização destacaram: o Grupo 9 (Hipertensão Arterial) com 3 casos (0,19%) e os Grupos 3 (Anemia) e 7 (Asma) com valores iguais a 2 casos (0,13%), o representando 5 casos (0,45%), Tabela 4.

Os grupos 1 (Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis), 5 (Infecções de ouvido, nariz e garganta) e 17 (Doenças inflamatórias órgãos pélvicos femininos) não apresentaram internações, Tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição de frequência e percentual de ICSAP por causa e faixa etária de 70| - |79 anos do sexo masculino referenciadas pela Macrorregião de Saúde Triângulo Sul ao Hospital das Clínicas da UFTM – Uberaba/MG

Grupo de Causas	Masculino 70 a 79 anos																							
	2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Grupo 1	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Grupo 2	0	0,00	0	0,00	1	0,93	1	0,78	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,78	1	0,78	0	0,00	2	1,01	6	0,38
Grupo 3	1	0,58	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,50	2	0,13
Grupo 4	1	0,58	1	0,61	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,78	1	0,78	0	0,00	1	0,50	5	0,32
Grupo 5	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Grupo 6	6	3,51	14	8,48	5	4,67	5	3,91	7	4,83	3	2,27	3	2,26	1	0,78	7	5,47	11	8,40	13	6,53	75	4,78
Grupo 7	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	1,56	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,13
Grupo 8	5	2,92	11	6,67	8	7,48	10	7,81	7	4,83	7	5,30	4	3,01	5	3,88	3	2,34	9	6,87	2	1,01	71	4,53
Grupo 9	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,78	0	0,00	1	0,76	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,50	3	0,19
Grupo 10	62	36,26	53	32,12	42	39,25	56	43,75	66	45,52	67	50,76	53	39,85	60	46,51	54	42,19	44	33,59	79	39,70	636	40,56
Grupo 11	33	19,30	19	11,52	15	14,02	14	10,94	19	13,10	19	14,39	16	12,03	16	12,40	16	12,50	15	11,45	25	12,56	207	13,20
Grupo 12	36	21,05	38	23,03	24	22,43	25	19,53	30	20,69	25	18,94	36	27,07	32	24,81	30	23,44	34	25,95	54	27,14	364	23,21
Grupo 13	5	2,92	3	1,82	3	2,80	4	3,13	0	0,00	3	2,27	3	2,26	3	2,33	4	3,13	2	1,53	2	1,01	32	2,04
Grupo 14	3	1,75	5	3,03	0	0,00	1	0,78	3	2,07	0	0,00	1	0,75	0	0,00	1	0,78	3	2,29	4	2,01	21	1,34
Grupo 15	5	2,92	5	3,03	2	1,87	1	0,78	6	4,14	2	1,52	8	6,02	1	0,78	4	3,13	8	6,11	7	3,52	49	3,13
Grupo 16	2	1,17	1	0,61	1	0,93	3	2,34	0	0,00	1	0,76	2	1,50	0	0,00	2	1,56	1	0,76	1	0,50	14	0,89
Grupo 17	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Grupo 18	12	7,02	15	9,09	6	5,61	5	3,91	7	4,83	4	3,03	7	5,26	9	6,98	5	3,91	4	3,05	7	3,52	81	5,17
Total	171	100,00	165	100,00	107	100,00	128	100,00	145	100,00	132	100,00	133	100,00	129	100,00	128	100,00	131	100,00	199	100,00	1568	100,00

Fonte: Elaborado pela Autora, 2019, baseado nos dados do Sistema de Informação Hospital do SUS (SIH-SUS), Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

Com relação aos idosos acima de 80 anos, permaneceram as mesmas causas em relação ao obtido para as faixas etária, apresentadas anteriormente. Os maiores percentuais foram para o Grupo 10 (Angina) representando 186 casos (27,51%) seguido por Grupo 12 (Doenças cerebrovasculares) com 169 casos (25,00%) e Grupo 11 (Insuficiência Cardíaca) sendo 98 casos e (14,50%), perfazendo 453 ICSAP (67,01%), Tabela 5.

A menor proporção de internação foram para o Grupo 3 (Anemia) com 1 caso (0,15%); os Grupos 1 (Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis) e 9 (Hipertensão Arterial) apresentaram 2 casos cada um (0,30%) e o Grupo 2 (Gastroenterites infecciosas e complicações), 3 casos (0,44%), totalizando 8 ICSAP (1,19%), Tabela 5.

Os Grupos que não apresentaram internações foram: 5 (Infecções de ouvido, nariz e garganta), 7 (Asma) e 17 (Doenças inflamatórias órgãos pélvicos femininos), Tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição de frequência e percentual de ICSAP por causa e faixa etária de 80 anos e mais do sexo masculino referenciadas pela Macrorregião de Saúde Triângulo Sul ao Hospital das Clínicas da UFTM – Uberaba/MG

Grupo de Causas	Masculino 80 anos e mais																							
	2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Grupo 1	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,85	0	0,00	0	0,00	1	1,85	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,30
Grupo 2	0	0,00	0	0,00	1	1,82	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,72	0	0,00	1	1,69	0	0,00	3	0,44
Grupo 3	0	0,00	0	0,00	1	1,82	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,15
Grupo 4	3	3,70	1	1,54	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,72	0	0,00	0	0,00	0	0,00	5	0,74
Grupo 5	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Grupo 6	19	23,46	11	16,92	5	9,09	5	9,26	7	11,67	5	8,20	2	3,70	3	5,17	6	10,34	10	16,95	10	14,08	83	12,28
Grupo 7	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Grupo 8	6	7,41	4	6,15	2	3,64	6	11,11	4	6,67	3	4,92	1	1,85	4	6,90	1	1,72	0	0,00	0	0,00	31	4,59
Grupo 9	0	0,00	0	0,00	1	1,82	0	0,00	0	0,00	1	1,64	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,30
Grupo 10	8	9,88	16	24,62	13	23,64	14	25,93	18	30,00	21	34,43	24	44,44	19	32,76	21	36,21	11	18,64	21	29,58	186	27,51
Grupo 11	15	18,52	11	16,92	10	18,18	6	11,11	5	8,33	9	14,75	4	7,41	11	18,97	11	18,97	11	18,64	5	7,04	98	14,50
Grupo 12	12	14,81	13	20,00	12	21,82	12	22,22	14	23,33	20	32,79	18	33,33	15	25,86	10	17,24	20	33,90	23	32,39	169	25,00
Grupo 13	1	1,23	0	0,00	1	1,82	0	0,00	3	5,00	0	0,00	2	3,70	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,41	8	1,18
Grupo 14	2	2,47	1	1,54	1	1,82	0	0,00	1	1,67	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	3,45	0	0,00	2	2,82	9	1,33
Grupo 15	2	2,47	0	0,00	1	1,82	3	5,56	2	3,33	0	0,00	1	1,85	0	0,00	2	3,45	3	5,08	6	8,45	20	2,96
Grupo 16	0	0,00	3	4,62	0	0,00	1	1,85	2	3,33	0	0,00	0	0,00	1	1,72	1	1,72	0	0,00	0	0,00	8	1,18
Grupo 17	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Grupo 18	13	16,05	5	7,69	7	12,73	6	11,11	4	6,67	2	3,28	1	1,85	3	5,17	4	6,90	3	5,08	3	4,23	51	7,54
Total	81	100,00	65	100,00	55	100,00	54	100,00	60	100,00	61	100,00	54	100,00	58	100,00	58	100,00	59	100,00	71	100,00	676	100,00

Fonte: Elaborado pela Autora, 2019, baseado nos dados do Sistema de Informação Hospital do SUS (SIH-SUS), Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

### 6.2.2 Sexo feminino por causa e faixa etária

Para a faixa etária de 60| - |69 anos do sexo feminino as ICSAP que-prevaleceram foram as mesmas comparadas ao sexo masculino. Foram registradas 1.483 (18,36%) casos de ICSAP. Os três grupos que apresentaram maiores percentuais ICSAP somaram 1.105 (13,68%) das internações. Destaca-se que os maiores registros de internação foram: Grupo 10 (Angina) 593 (39,99%), Grupo 12 (Doenças cerebrovasculares) 299 (20,16%) e Grupo 11 (Insuficiência Cardíaca) 213 (14,36%), Tabela 6.

Já as causas de ICSAP que tiveram menor representatividade foram: Grupo 2 (Gastroenterites infecciosas e complicações) 3 (0,19%), Grupo 3 (Anemia) 1 (0,06%) e Grupo 17 (Doenças inflamatórias órgãos pélvicos femininos) 6 (0,40%), Tabela 6.

Destaca-se que o Grupo 5 (Pneumonia Bacteriana) não apresentou internação no período e faixa etária estudada, Tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição de frequência e percentual de ICSAP por causa e faixa etária de 60| - |69 anos do sexo feminino referenciadas pela Macrorregião de Saúde Triângulo Sul ao Hospital das Clínicas da UFTM – Uberaba/MG

Grupo de Causas	Feminino 60 a 69 anos																							
	2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Grupo 1	1	0,66	2	1,61	0	0,00	0	0,00	1	0,69	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,84	1	0,78	0	0,00	6	0,40
Grupo 2	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,99	0	0,00	2	1,68	0	0,00	0	0,00	3	0,20
Grupo 3	1	0,66	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,07
Grupo 4	10	6,58	7	5,65	8	5,37	7	5,93	6	4,17	6	3,82	1	0,99	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	45	3,03
Grupo 5	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Grupo 6	3	1,97	4	3,23	4	2,68	2	1,69	1	0,69	3	1,91	1	0,99	2	1,50	4	3,36	8	6,20	6	3,82	38	2,56
Grupo 7	1	0,66	0	0,00	0	0,00	1	0,85	1	0,69	1	0,64	0	0,00	1	0,75	0	0,00	0	0,00	0	0,00	5	0,34
Grupo 8	6	3,95	4	3,23	6	4,03	8	6,78	2	1,39	12	7,64	1	0,99	11	8,27	4	3,36	1	0,78	8	5,10	63	4,25
Grupo 9	6	3,95	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	1,39	1	0,64	0	0,00	0	0,00	1	0,84	1	0,78	1	0,64	12	0,81
Grupo 10	51	33,55	45	36,29	60	40,27	47	39,83	54	37,50	66	42,04	48	47,52	49	36,84	56	47,06	56	43,41	61	38,85	593	39,99
Grupo 11	27	17,76	22	17,74	24	16,11	22	18,64	25	17,36	17	10,83	12	11,88	16	12,03	16	13,45	12	9,30	20	12,74	213	14,36
Grupo 12	25	16,45	24	19,35	21	14,09	17	14,41	32	22,22	31	19,75	27	26,73	36	27,07	24	20,17	30	23,26	32	20,38	299	20,16
Grupo 13	4	2,63	3	2,42	10	6,71	5	4,24	7	4,86	10	6,37	5	4,95	4	3,01	4	3,36	7	5,43	7	4,46	66	4,45
Grupo 14	2	1,32	3	2,42	1	0,67	1	0,85	2	1,39	2	1,27	0	0,00	2	1,50	0	0,00	2	1,55	0	0,00	15	1,01
Grupo 15	2	1,32	3	2,42	4	2,68	2	1,69	2	1,39	2	1,27	2	1,98	2	1,50	2	1,68	4	3,10	8	5,10	33	2,23
Grupo 16	3	1,97	3	2,42	3	2,01	1	0,85	1	0,69	2	1,27	2	1,98	1	0,75	3	2,52	0	0,00	2	1,27	21	1,42
Grupo 17	0	0,00	0	0,00	1	0,67	0	0,00	1	0,69	1	0,64	1	0,99	1	0,75	0	0,00	0	0,00	1	0,64	6	0,40
Grupo 18	10	6,58	4	3,23	7	4,70	5	4,24	7	4,86	3	1,91	0	0,00	8	6,02	2	1,68	7	5,43	11	7,01	64	4,32
Total	152	100,00	124	100,00	149	100,00	118	100,00	144	100,00	157	100,00	101	100,00	133	100,00	119	100,00	129	100,00	157	100,00	1483	100,00

Fonte: Elaborado pela Autora, 2019, baseado nos dados do Sistema de Informação Hospital do SUS (SIH-SUS), Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

Na faixa etária 70| - |79 anos do sexo feminino foram registrados 1.144 (14,17%) ICSAP. Quando comparados com a faixa etária anterior, nota-se que os Grupos de causas com maior taxa de internação permanecem os mesmos, com percentuais semelhantes. O Grupo 10 (Angina) apresentou 515 casos (35,66%), o Grupo 12 (Doenças cerebrovasculares) 340 (23,55%) e o Grupo 11 (Insuficiência Cardíaca) 181 (12,53%), Tabela 7.

Para as condições que apresentaram menor percentual de hospitalização destacaram: os Grupos 1 (Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis), 3 (Anemia) e 5 (Infecções de ouvido, nariz e garganta) 1 (0,07%) seguido dos grupos 2 (Gastroenterites infecciosas e complicações) e 7 (Asma) 3 (0,21%) e por fim o grupo 17 (Doenças inflamatórias órgãos pélvicos femininos) 4 (0,28%), Tabela 7.

Tabela 7 - Distribuição de frequência e percentual de ICSAP por causa e faixa etária de 70| - |79 anos do sexo feminino referenciadas pela Macrorregião de Saúde Triângulo Sul ao Hospital das Clínicas da UFTM – Uberaba/MG.

Grupo de Causas	Feminino 70 a 79 anos																							
	2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Grupo 1	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,69	0	0,00	1	0,07
Grupo 2	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,69	0	0,00	1	1,16	1	0,85	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	0,21
Grupo 3	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,50	1	0,07
Grupo 4	3	2,22	0	0,00	0	0,00	3	2,80	1	0,69	0	0,00	4	4,65	8	6,84	6	4,69	29	20,00	42	21,00	96	6,65
Grupo 5	0	0,00	0	0,00	1	0,79	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,07
Grupo 6	11	8,15	9	7,56	6	4,76	4	3,74	6	4,14	6	4,41	0	0,00	4	3,42	7	5,47	9	6,21	9	4,50	71	4,92
Grupo 7	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,69	0	0,00	1	1,16	1	0,85	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	0,21
Grupo 8	8	5,93	3	2,52	7	5,56	7	6,54	8	5,52	10	7,35	5	5,81	6	5,13	2	1,56	3	2,07	8	4,00	67	4,64
Grupo 9	0	0,00	0	0,00	1	0,79	1	0,93	0	0,00	2	1,47	0	0,00	1	0,85	0	0,00	0	0,00	0	0,00	5	0,35
Grupo 10	37	27,41	47	39,50	50	39,68	55	51,40	48	33,10	53	38,97	35	40,70	37	31,62	51	39,84	47	32,41	55	27,50	515	35,66
Grupo 11	22	16,30	22	18,49	19	15,08	10	9,35	24	16,55	27	19,85	14	16,28	11	9,40	11	8,59	7	4,83	14	7,00	181	12,53
Grupo 12	33	24,44	21	17,65	27	21,43	16	14,95	41	28,28	30	22,06	19	22,09	37	31,62	31	24,22	34	23,45	51	25,50	340	23,55
Grupo 13	4	2,96	3	2,52	3	2,38	5	4,67	2	1,38	3	2,21	3	3,49	3	2,56	2	1,56	2	1,38	2	1,00	32	2,22
Grupo 14	3	2,22	2	1,68	0	0,00	0	0,00	2	1,38	0	0,00	1	1,16	1	0,85	2	1,56	1	0,69	2	1,00	14	0,97
Grupo 15	5	3,70	4	3,36	5	3,97	1	0,93	1	0,69	0	0,00	0	0,00	3	2,56	6	4,69	3	2,07	6	3,00	34	2,35
Grupo 16	2	1,48	3	2,52	3	2,38	1	0,93	4	2,76	2	1,47	0	0,00	0	0,00	2	1,56	2	1,38	2	1,00	21	1,45
Grupo 17	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	1,38	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,69	1	0,50	4	0,28
Grupo 18	7	5,19	5	4,20	4	3,17	4	3,74	4	2,76	3	2,21	3	3,49	4	3,42	8	6,25	6	4,14	7	3,50	55	3,81
Total	135	100,00	119	100,00	126	100,00	107	100,00	145	100,00	136	100,00	86	100,00	117	100,00	128	100,00	145	100,00	200	100,00	1444	100,00

Fonte: Elaborado pela Autora, 2019, baseado nos dados do Sistema de Informação Hospital do SUS (SIH-SUS), Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

Com relação as mulheres idosas acima de 80 anos, permaneceram as mesmas causas em relação ao obtido para as faixas etárias, apresentadas anteriormente. Os maiores percentuais foram para o Grupo 10 (Angina) representando 164 casos (20,50%) seguido por Grupo 12 (Doenças cerebrovasculares) com 222 casos (27,25%) e Grupo 11 (Insuficiência Cardíaca) sendo 140 casos e (17,50%), perfazendo 642 (79,75%) ICSAP, Tabela 8.

A menor proporção de internação foram os Grupos 1 (Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis), 5 (Infecções de ouvido, nariz e garganta) e 7 (Asma), todos com 1 (0,13%) para os Grupos 3 (Anemia), 9 (Hipertensão Arterial) e 17 (Doenças inflamatórias órgãos pélvicos femininos) com 2 (0,25%), totalizando 9 ICSAP (1,14%), Tabela 8.

Tabela 8 - Distribuição de frequência e percentual de ICSAP por causa e faixa etária de 80 anos e mais do sexo feminino referenciadas pela Macrorregião de Saúde Triângulo Sul ao Hospital das Clínicas da UFTM – Uberaba/MG

Grupo de Causas	Feminino 80 anos e mais																							
	2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Grupo 1	0	0,00	0	0,00	1	1,28	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,13
Grupo 2	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Grupo 3	0	0,00	0	0,00	2	2,56	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,25
Grupo 4	0	0,00	1	1,12	1	1,28	1	1,61	0	0,00	2	2,50	0	0,00	1	1,45	0	0,00	0	0,00	0	0,00	6	0,75
Grupo 5	1	1,12	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,13
Grupo 6	14	15,73	16	17,98	10	12,82	11	17,74	14	22,58	8	10,00	9	18,37	9	13,04	6	8,96	12	20,00	7	7,37	116	14,50
Grupo 7	0	0,00	1	1,12	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,13
Grupo 8	4	4,49	9	10,11	1	1,28	3	4,84	3	4,84	2	2,50	0	0,00	2	2,90	2	2,99	1	1,67	0	0,00	27	3,38
Grupo 9	1	1,12	0	0,00	0	0,00	1	1,61	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,25
Grupo 10	11	12,36	8	8,99	18	23,08	15	24,19	15	24,19	15	18,75	11	22,45	13	18,84	19	28,36	13	21,67	26	27,37	164	20,50
Grupo 11	15	16,85	25	28,09	13	16,67	9	14,52	6	9,68	13	16,25	9	18,37	11	15,94	4	5,97	14	23,33	21	22,11	140	17,50
Grupo 12	24	26,97	12	13,48	20	25,64	11	17,74	12	19,35	26	32,50	15	30,61	29	42,03	29	43,28	14	23,33	30	31,58	222	27,75
Grupo 13	4	4,49	2	2,25	0	0,00	3	4,84	1	1,61	4	5,00	1	2,04	0	0,00	1	1,49	1	1,67	2	2,11	19	2,38
Grupo 14	2	2,25	1	1,12	0	0,00	0	0,00	1	1,61	1	1,25	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,67	3	3,16	9	1,13
Grupo 15	3	3,37	9	10,11	3	3,85	1	1,61	2	3,23	1	1,25	3	6,12	3	4,35	3	4,48	1	1,67	3	3,16	32	4,00
Grupo 16	2	2,25	1	1,12	0	0,00	1	1,61	1	1,61	1	1,25	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,67	1	1,05	8	1,00
Grupo 17	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,61	1	1,25	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,25
Grupo 18	8	8,99	4	4,49	9	11,54	6	9,68	6	9,68	6	7,50	1	2,04	1	1,45	3	4,48	2	3,33	2	2,11	48	6,00
Total	89	100,00	89	100,00	78	100,00	62	100,00	62	100,00	80	100,00	49	100,00	69	100,00	67	100,00	60	100,00	95	100,00	800	100,00

Fonte: Elaborado pela Autora, 2019, baseado nos dados do Sistema de Informação Hospital do SUS (SIH-SUS), Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

Verificando as ICSAP em idosos de acordo com o sexo, destaca-se que o maior número de internações ocorreu entre os homens, perfazendo 4.346 casos (53,83%), as mulheres obtiveram o total de 3.727 casos (46,16%).

Ao analisar os sexos por faixa etária e as causas de internação por ICASP verificou que predominaram entre os idosos as ICSAP dos Grupos 10 (Angina), 11 (Insuficiência Cardíaca), 12 (Doenças cerebrovasculares). Dentre estes, destaca-se o Grupo 10 (Angina) predominando na faixa etária de 60| - |79 anos, representando 1.600 casos (43,59%) no sexo masculino e 1.108 (37,85%) no feminino, perfazendo 2.708 (33,54%) das ICSAP, Tabela 9.

Já a ICSAP que prevaleceu em menor e igualmente proporcional nos dois sexos, foi o Grupo 5 (Infecções de ouvido, nariz e garganta). Apesar de prevalente em diferentes faixas etárias, correspondeu a 2 casos (0,05%) em cada sexo. Destaca-se que não houve casos no sexo masculino do Grupo 17 (Doenças inflamatórias órgãos pélvicos femininos) por se tratar de doenças de acometimento feminino, Tabela 9.

Houve diminuição no número de ICSAP de acordo com o aumento da idade, em ambos os sexos, nos Grupos de causas predominantes de hospitalizações. Ressalta-se que para o sexo feminino, na faixa etária de 60| - |69 anos para 70| - |79, no Grupo 12 (Doenças cerebrovasculares) ocorreu aumento, porém voltou a diminuir entre os idosos com 80 anos e mais, Tabela 9.

O Grupo 6 (Pneumonia Bacteriana), apresentou aumento de hospitalização em mulheres em todas as faixas etárias. Entre as idosas com 80 anos e mais o crescimento representou quatro vezes mais em relação às demais faixas etárias, Tabela 9.

Tabela 9 - Distribuição de frequência e percentual de ICSAP por causa, faixa etária e sexo de idosos referenciadas pela Macrorregiões de Saúde Triângulo Sul ao Hospital das Clínicas da UFTM – Uberaba/MG dos anos de 2008 a 2018.

Grupo de Causas	ANOS								ANOS							
	2008 - 2018								2008 - 2018							
	MASCULINO								FEMININO							
	60 - 69 ANOS		70 - 79 ANOS		80 ANOS e mais		TOTAL		60 - 69 ANOS		70 - 79 ANOS		80 ANOS e mais		TOTAL	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Grupo 1	10	0,5	0	0,0	2	0,3	12	0,28	6	0,4	1	0,1	1	0,1	8	0,21
Grupo 2	4	0,2	6	0,4	3	0,4	13	0,30	3	0,2	3	0,2	0	0,0	6	0,16
Grupo 3	3	0,1	2	0,1	1	0,1	6	0,14	1	0,1	1	0,1	2	0,3	4	0,11
Grupo 4	7	0,3	5	0,3	5	0,7	17	0,39	45	3,0	96	6,6	6	0,8	147	3,67
Grupo 5	2	0,1	0	0,0	0	0,0	2	0,05	0	0,0	1	0,1	1	0,1	2	0,05
Grupo 6	90	4,3	75	4,8	83	12,3	248	5,71	38	2,6	71	4,9	116	14,5	225	6,18
Grupo 7	3	0,1	2	0,1	0	0,0	5	0,12	5	0,3	3	0,2	1	0,1	9	0,24
Grupo 8	55	2,6	71	4,5	31	4,6	157	3,61	63	4,2	67	4,6	27	3,4	157	3,96
Grupo 9	8	0,4	3	0,2	2	0,3	13	0,30	12	0,8	5	0,3	2	0,3	19	0,45
Grupo 10	964	45,9	636	40,6	186	27,5	1786	41,10	593	40,0	515	35,7	164	20,5	1272	34,77
Grupo 11	276	13,1	207	13,2	98	14,5	581	13,37	213	14,4	181	12,5	140	17,5	534	14,66
Grupo 12	412	19,6	364	23,2	169	25,0	945	21,74	299	20,2	340	23,5	222	27,8	861	23,01
Grupo 13	70	3,3	32	2,0	8	1,2	110	2,53	66	4,5	32	2,2	19	2,4	117	2,85
Grupo 14	38	1,8	21	1,3	9	1,3	68	1,56	15	1,0	14	1,0	9	1,1	38	1,08
Grupo 15	37	1,8	49	3,1	20	3,0	106	2,44	33	2,2	34	2,4	32	4,0	99	2,67
Grupo 16	19	0,9	14	0,9	8	1,2	41	0,94	21	1,4	21	1,5	8	1,0	50	1,24
Grupo 17	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,00	6	0,4	4	0,3	2	0,3	12	0,26
Grupo 18	104	4,9	81	5,2	51	7,5	236	5,43	64	4,3	55	3,8	48	6,0	167	4,41
<b>Total</b>	<b>2102</b>	<b>100,0</b>	<b>1568</b>	<b>100,0</b>	<b>676</b>	<b>100,0</b>	<b>4346</b>	<b>100,00</b>	<b>1541</b>	<b>100,0</b>	<b>1444</b>	<b>100,0</b>	<b>800</b>	<b>100,0</b>	<b>3727</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Elaborado pela Autora, 2019, baseado nos dados do Sistema de Informação Hospital do SUS (SIH-SUS), Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

### 6.3 TENDÊNCIA, GERAL E POR GRUPO DE CAUSAS, DAS ICASP ENTRE IDOSOS NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFTM REFERENCIADAS PELA MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO TRIÂNGULO SUL (2008-2018)

O total de ICASP identificados em idosos de 2008 a 2018 foi de 8.073 hospitalizações, com média de 733,9 anualmente. O coeficiente médio de incidência de internações neste grupo etário foi de 8,5/1.000 habitantes no período.

Analisando a incidência dos grupos de causas de ICASP verificou-se que a maior ocorrência, no decorrer dos 11 anos estudados, foi no Grupo 10 (Angina) totalizando 3.058 casos (35,17%). Enquanto que o Grupo 5 representado pelas doenças de infecções de ouvido, nariz e garganta foram as que menor incidiram, contemplando 4 casos (0,05%), Tabela 10.

Com relação a tendência geral do coeficiente de incidência, observou-se que as ICASP mantiveram-se estacionárias porém apresentando redução ao longo dos anos, apresentando APC de -1,82% (IC95% -5,83:2,35). Os Grupos de causas que apresentaram significância de acordo com o critério de ( $p < 0,05$ ) foram 3 dos 18 grupos de causas sendo eles: 8 (Doenças Pulmonares), 11 (Insuficiência Cardíaca) e 16 (Infecção da pele e tecido subcutâneo), todos com tendência decrescente. O Grupo 8 cuja as causas são doenças pulmonares exibiu decréscimo com APC de -10,66% (IC95% -13,86:-7,35), Tabela 11 e Figura 5.

Já o Grupo 11 representado pelas Insuficiências Cardíacas, apesar de destacar-se entre as três doenças que maior apresentaram incidência de internações, resultou em decréscimo com APC de -6,88% (IC95% -11,15:-2,42). O Grupo 16 das doenças de infecções da pele e tecido subcutâneo, obteve APC de -9,21% (IC95% -15,60:-2,35) com decréscimo nas internações, Tabela 11.

Tabela 10 - Distribuição da incidência por 1000 habitantes de ICSAP em idosos, segundo o grupo de causa, da Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul – 2008 e 2018.

ICSAP	2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		Total	
	n	CI	n	CI	n	CI	n	CI	n	CI	n	CI	n	CI	n	CI	n	CI	n	CI	n	CI	n	CI
Causa1	1	0,01	2	0,03	3	0,04	3	0,04	1	0,01	1	0,01	3	0,03	0	0	2	0,02	2	0,02	2	0,02	20	0,23
Causa2	0	0	0	0	2	0,03	1	0,01	1	0,01	0	0	3	0,03	4	0,04	4	0,04	2	0,02	2	0,02	19	0,21
Causa3	2	0,03	0	0	3	0,04	1	0,01	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,01	1	0,01	2	0,02	10	0,12
Causa4	19	0,26	10	0,13	9	0,11	11	0,13	7	0,08	12	0,14	5	0,05	11	0,12	7	0,07	29	0,3	44	0,46	164	1,86
Causa5	1	0,01	0	0	1	0,01	1	0,01	0	0	0	0	0	0	1	0,01	0	0	0	0	0	0	4	0,05
Causa6	63	0,85	64	0,84	41	0,52	32	0,39	42	0,49	31	0,35	17	0,19	24	0,25	39	0,41	63	0,66	57	0,6	473	5,55
Causa7	2	0,03	1	0,01	0	0	3	0,04	3	0,04	2	0,02	1	0,01	2	0,02	0	0	0	0	0	0	14	0,17
Causa8	37	0,5	40	0,52	30	0,38	38	0,46	31	0,36	34	0,38	14	0,15	32	0,34	19	0,2	16	0,17	23	0,24	314	3,71
Causa9	7	0,09	1	0,01	4	0,05	3	0,04	2	0,02	6	0,07	0	0	1	0,01	1	0,01	4	0,04	3	0,03	32	0,38
Causa10	242	3,28	250	3,27	245	3,1	274	3,34	284	3,33	303	3,43	267	2,91	247	2,59	311	3,26	261	2,74	374	3,92	3058	35,17
Causa11	136	1,84	130	1,7	115	1,45	87	1,06	112	1,31	115	1,3	70	0,76	85	0,89	77	0,81	78	0,82	110	1,15	1115	13,11
Causa12	170	2,3	135	1,77	135	1,71	116	1,41	165	1,94	169	1,91	145	1,58	185	1,94	157	1,65	186	1,95	243	2,55	1806	20,7
Causa13	21	0,28	20	0,26	20	0,25	24	0,29	14	0,16	27	0,31	21	0,23	12	0,13	17	0,18	24	0,25	27	0,28	227	2,63
Causa14	15	0,2	16	0,21	6	0,08	7	0,09	13	0,15	6	0,07	8	0,09	7	0,07	7	0,07	9	0,09	12	0,13	106	1,25
Causa15	22	0,3	27	0,35	18	0,23	8	0,1	17	0,2	7	0,08	16	0,17	12	0,13	20	0,21	24	0,25	34	0,36	205	2,37
Causa16	12	0,16	12	0,16	9	0,11	11	0,13	8	0,09	6	0,07	6	0,07	4	0,04	10	0,1	7	0,07	6	0,06	91	1,08
Causa17	0	0	0	0	1	0,01	0	0	4	0,05	2	0,02	1	0,01	1	0,01	0	0	1	0,01	2	0,02	12	0,14
Causa18	65	0,88	45	0,59	48	0,61	39	0,47	35	0,41	21	0,24	21	0,23	29	0,3	28	0,29	32	0,34	40	0,42	403	4,78
Total	815	11,05	753	9,86	690	8,72	659	8,02	739	8,67	742	8,39	598	6,51	657	6,89	700	7,34	739	7,75	981	10,29	8073	93,5

Fonte: Elaborado pela Autora, 2019

Tabela 11 – Análise de tendência, APC e  $p$ , geral e por grupo de causa das Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária da Macrorregião de Saúde Triângulo Sul, 2008 - 2018

ICSAP	APC%*	IC (95%)**	$p$ ***	TENDÊNCIA
CAUSA 4	4,23	-12,22 : 23,78	0,60	Estacionária
CAUSA 6	-4,05	-17,51 : 11,58	0,55	Estacionária
CAUSA 8	-10,66	-13,86 : -7,35	<b>&lt;0,01</b>	<b>Descendente</b>
CAUSA 10	-0,45	-2,51 : 1,63	0,61	Estacionária
CAUSA 11	-6,88	-11,15 : -2,42	<b>0,01</b>	<b>Descendente</b>
CAUSA 12	1,15	-2,46 : 4,91	0,52	Estacionária
CAUSA 13	-2,27	-8,19 : 4,02	0,41	Estacionária
CAUSA 14	-5,81	-13,79 : 2,90	0,17	Estacionária
CAUSA 15	0	-13,11 : 15,1	1,00	Estacionária
CAUSA 16	-9,21	-15,60 : -2,35	<b>0,01</b>	<b>Descendente</b>
CAUSA 18	-7,74	-16,43 : 1,85	0,10	Estacionária
TOTAL	-1,82	-5,83 : 2,35	0,37	Estacionária

Elaborada pela própria autora 2019.

\* anual percent change

\*\* Intervalo de Confiança 95%

\*\*\* $p < 0,05$

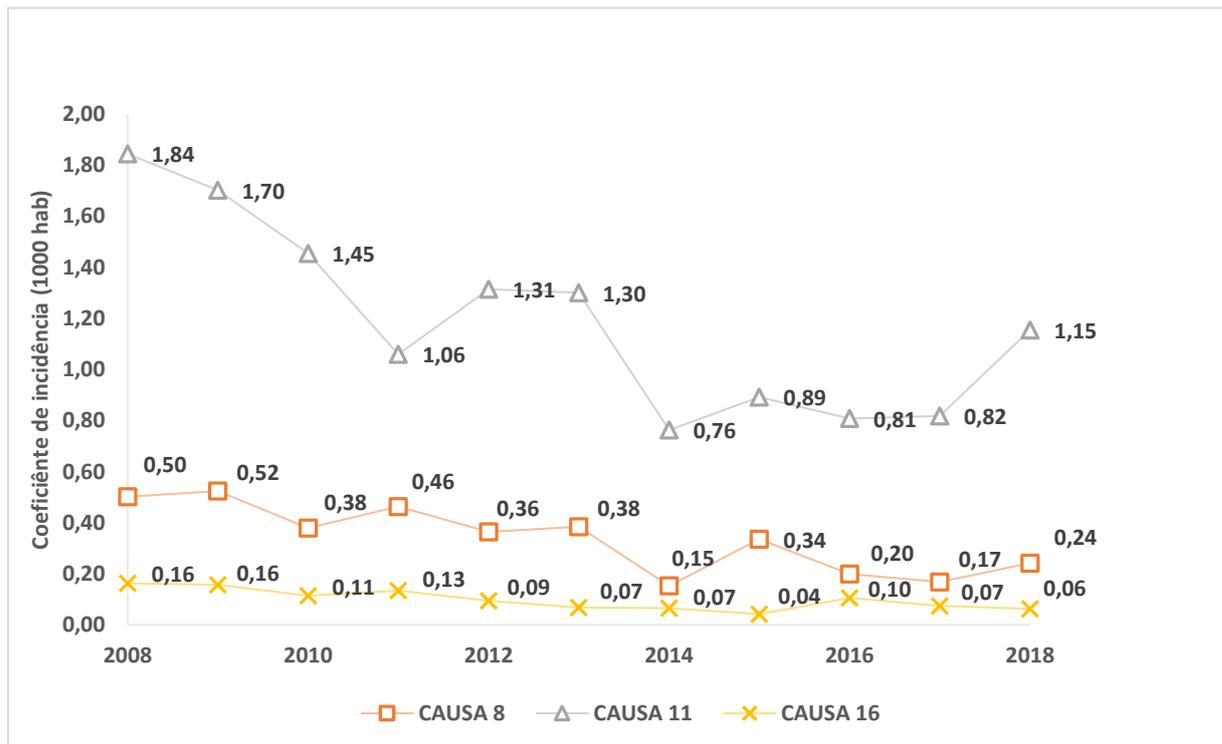


Figura 4 – Série temporal do coeficiente de incidência dos grupos de causas com significância estatística de ICSAP em idosos, 2008-2018.

#### 6.4 CORRELAÇÃO ENTRE AS ICSAP EM IDOSOS E COBERTURA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DOS MUNICÍPIOS PERTENCENTES A MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO TRIÂNGULO SUL – (2008, 2013 e 2018)

No ano de 2008, a maioria dos grupos de causas apresentaram correlação inversa, ou seja, conforme aumenta a cobertura de estratégia de saúde da família ocorre diminuição das ICSAP, contudo, as correlações não foram significativas estatisticamente. Ressalta-se que o Grupo 18 (Úlceras gastrointestinais) foi o único a obter significância estatística ( $p=0,042$ ), com correlação moderada e inversa ( $r= -0,394$ ), ou seja, conforme aumenta a cobertura da estratégia da família, reduz o número de internações pelo Grupo 18, Tabela 12.

Para o ano de 2013, a maioria dos grupos também mantiveram-se com correlação inversa sem significância estatística; a exceção se faz para o Grupo 15 (Infecção do rim e trato urinário) que obteve significância ( $p= 0,06$ ), apresentando a correlação inversa e forte ( $r= -0,516$ ), reduzindo a quantidade de internações por esta causa, conforme a ESF aumenta sua cobertura, Tabela 12.

Já o ano de 2018 três grupos de causas apresentaram diferença estatística entre as variáveis analisadas. O Grupo 1 (Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis) apresentou significância estatística ( $p= 0,048$ ) com correlação moderada e inversa ( $r= -0,383$ ), o Grupo 10 (Angina), também obteve significância estatística ( $p= 0,049$ ) mantendo a correlação moderada e inversa ( $r= -0,383$ ), e o Grupo 15 (Infecção do rim e trato urinário) observou significância estatística ( $p= 0,029$ ) e correlação moderada e inversa ( $r= -0,420$ ), todos estes apresentando redução das taxas, conforme aumento da cobertura da ESF, Tabela 12.

Tabela 12 – Análise de correlação entre cobertura de Estratégia em Saúde da Família e ICSAP nos anos de 2008, 2013 e 2018

	Total																			
	ICSAP	Causa 1	Causa 2	Causa 3	Causa 4	Causa 5	Causa 6	Causa 7	Causa 8	Causa 9	Causa 10	Causa 11	Causa 12	Causa 13	Causa 14	Causa 15	Causa 16	Causa 17	Causa 18	
<b>Cobertura2008</b>		-,240	-,228	0	-,228	-,082	,051	-,166	,027	-,039	-,337	-,280	-,062	-,204	-,181	-,147	,036	-,162	0	-,394*
		,228	,253	0	,253	,683	,802	,408	,892	,846	,086	,158	,757	,307	,365	,465	,859	,419	0	,042
		27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
<b>Cobertura2013</b>	Total																			
	ICSAP	Causa 1	Causa 2	Causa 3	Causa 4	Causa 5	Causa 6	Causa 7	Causa 8	Causa 9	Causa 10	Causa 11	Causa 12	Causa 13	Causa 14	Causa 15	Causa 16	Causa 17	Causa 18	
		-,318	-,279	0	0	-,244	0	-,232	-,279	,036	,113	-,374	-,294	-,069	-,137	-,279	-,516**	-,138	-,279	,042
	,106	,158	0	0	,220	0	,244	,158	,857	,573	,055	,136	,734	,497	,158	,006	,492	,158	,834	
	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
<b>Cobertura2018</b>	Total																			
	ICSAP	Causa 1	Causa 2	Causa 3	Causa 4	Causa 5	Causa 6	Causa 7	Causa 8	Causa 9	Causa 10	Causa 11	Causa 12	Causa 13	Causa 14	Causa 15	Causa 16	Causa 17	Causa 18	
		-,334	-,383*	-,183	-,278	-,120	0	-,340	0	-,049	-,024	-,383*	-,282	-,011	-,332	,108	-,420*	,043	-,347	-,146
	,088	,048	,362	,160	,550	0	,083	0	,809	,907	,049	,154	,957	,091	,591	,029	,832	,076	,469	
	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27

Elaborada pela própria autora 2019.

\*A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

\*\*A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

## 7 DISCUSSÃO

### 7.1 OCORRÊNCIA TOTAL E POR MICRORREGIÃO DE ICSAP ENTRE IDOSOS NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFTM REFERENCIADAS PELA MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO TRIÂNGULO SUL – MG, NO PERÍODO DE 2008 A 2018

A Microrregião de Saúde de Uberaba apresentou o maior número de ICSAP em idosos, fato este que pode ser explicado por se tratar da maior região de saúde em termos populacionais. Apesar de apresentar o maior número de ICSAP, houve redução dos números brutos comparados ao ano inicial desta análise para o ano final.

Em análise realizada no período de 2003 a 2012, nas diferentes regiões brasileiras, constatou-se que a região sudeste foi a que apresentou maiores números absolutos de ICSAP em idosos, seguida pela região nordeste (AMORIM; et al, 2017). Em 2013, a população idosa do Brasil era de 10,98%; a região Sul abrigava a maior quantidade de idosos, o equivalente a 12,78%, seguido da região Sudeste, com 12,39%. Assim, as taxas e gastos com esta população se apresentaram corroborando com o presente estudo, mostrando que existe relação entre maior número populacional e maiores as chances de internações (FERNANDES, 2015).

Estudo realizado nas regiões de saúde do Estado de Minas Gerais identificou redução das taxas de ICSAP nas diferentes faixas etárias em 22 das 28 regionais de saúde analisadas. A diferença observada entre 2000 e 2010, em cada regional, apresentou grande variabilidade, mostrando a maior queda na regional de saúde de Ituiutaba, com 10,25/mil hab, e o maior aumento na regional de Juiz de Fora, com 1,05/mil hab. Este estudo diverge da presente investigação, uma vez que a maior Microrregião de Saúde, em termos populacionais, Juiz de Fora, resultou em aumento no decorrer dos anos, enquanto que a Microrregião de Saúde de Uberaba, mesmo sendo a maior, reduziu o número de ICSAP (RODRIGUES-BASTOS; et al., 2014).

A segunda Microrregião de Saúde que apresentou maiores números de internação foi a de Frutal/MG. Houve oscilação entre aumento e redução das ICSAP em idosos, porém resultou em aumento no montante final de internações. Em seguida, a Microrregião de Saúde de Araxá, que manteve a mesma variação que a região referida anteriormente. Este dado pode ser explicado por conta da Microrregião de Saúde de Frutal atender a onze municípios, enquanto que a Microrregião de Saúde de Araxá é referência para oito cidades.

Estudo realizado na região de saúde em São José do Rio Preto-SP verificou que em todas as faixas etárias houve aumento no número de ICSAP no período entre 2008 e 2010, corroborando com a presente investigação (FERREIRA; et al., 2014).

A oscilação apresentada no presente estudo nos percentuais de ICSAP em idosos no decorrer dos anos é condizente com investigação realizada no Município Passos-MG, que analisou internações em idosos na faixa etária de 60|-|79 anos entre os anos de 2008 e 2012 (BENTO, 2015).

O aumento nas ICSAP em idosos pode ser explicado devido ao aumento da expectativa de vida dos brasileiros. Com isso ocorre o aumento da vulnerabilidade para imobilidade, incontinência, desnutrição, depressão, desenvolvimento de comorbidades, declínio cognitivo, deterioração da capacidade funcional e até mesmo a taxa de mortalidade, o que pode influenciar diretamente na quantidade de internações neste grupo etário (PREVIATO; et al., 2017).

## 7.2 DESCRIÇÃO DAS ICSAP ENTRE IDOSOS NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFTM REFERENCIADAS PELA MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO TRIÂNGULO SUL (2008-2018), POR SEXO, SEGUNDO CAUSA E FAIXA ETÁRIA

O presente estudo identificou que as ICSAP em idosos do sexo masculino foram prevalentes, perfazendo mais da metade dos casos. Entre as faixas etárias, os homens mantiveram predomínio, de 60|-|79 anos. Investigação realizada no Estado de Santa Catarina observou enquanto números brutos que os homens deste grupo etário foram menos internados (48,6%) em relação às mulheres (51,4%) entre os anos de 2008 e 2015. Porém, quando analisados a cada 10 mil habitantes esta variável se modifica, observando maiores taxas de internação masculina, corroborando com este estudo (RODRIGUES; ALVAREZ; RAUCH, 2019).

Análise realizada na cidade de Passos/MG identificou predomínio de ICSAP em homens (51,18%) enquanto que mulheres (48,84%), havendo oscilação entre aumento e queda destas internações ao longo dos anos estudados (BENTO, 2015). No Paraná prevalecem homens com maiores índices de internação em relação às mulheres entre os anos de 2000 e 2012. Ambos os estudos são semelhantes ao resultado da presente investigação (PREVIATO; et al., 2017).

O Estado do Rio de Janeiro e de Minas Gerais, analisados no ano de 2000, identificaram que a maior ocorrência de ICSAP está entre idosos do sexo masculino, perfazendo a taxa de 50 homens para cada 1000 habitantes, enquanto que para as mulheres foi de 35 (ROMERO; et al., 2014). Investigação realizada no Brasil também encontrou resultado semelhante, em que o predomínio das internações foi do sexo masculino, com 50,14% dos casos; já as mulheres representaram 49,96% (FERNANDES, 2015), ambos os estudos corroborando com o achado desta pesquisa.

Os homens são considerados o público alvo com maior dificuldade de alcance pelas estratégias primárias de atenção à saúde. A cultura de masculinidade, barreiras sociais, culturais e das próprias instituições de saúde fazem com que estes só procurem os serviços quando já estão doentes (ARRUDA; LIMA; RENOVATO, 2013). Por outro lado, estudos mostram que a utilização dos serviços de saúde por mulheres é maior quando comparados aos homens, devido às necessidades de saúde e suas prioridades serem diferentes (BIBIANO; et al., 2019). Culturalmente, os serviços primários de saúde – ESF, são vistos como meio de atendimento feminino e infantil, por serem de cunho preventivo, como a vacinação e ações voltadas a saúde da mulher (BORGES; SEIDL, 2013).

A rotina de trabalho e a visão de provedor familiar muitas vezes são empecilhos aos homens na busca pela prevenção de doenças quando comparados às mulheres. Existe ainda o fato de que estes apresentam comportamentos de saúde com maior predisposição ao risco, como exemplo o alcoolismo (CAVALCANTI; et al., 2019). Alguns homens acreditam que estar doentes ou procurar pelos serviços de saúde ferem a sua masculinidade e os remetem a uma condição feminina de fragilidade. Além disto, consideram as ações de prevenção a agravos como femininas, não se sentindo parte das estratégias oferecidas pelos setores de saúde (BIBIANO; et al., 2019).

Neste contexto, o Ministério da Saúde, em 2009, através da portaria de nº1.944, instituiu a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH). Sua proposta é atender o público masculino, em especial a faixa etária entre 20-59 anos, ampliando o acesso aos serviços de saúde e propondo estratégias para superação de barreiras entre a saúde e o homem, além da articulação entre o governo e os setores privados (TAVARES; et al., 2013). Na sua maioria a preocupação dos homens está voltada ao trabalho, deixando de prevenir agravos de saúde, o que afetará sua qualidade de vida quando idoso (CAVALCANTE; et al., 2019; MENDONÇA; ANDRADE, 2010).

O sexo feminino apresentou maior predomínio de ICSAP na faixa etária de 80 anos ou mais, fato este que pode ser explicado pela diferença entre a expectativa de vida de acordo com o gênero apresentado pela IBGE em 2018, com as mulheres apresentando probabilidade de 79,9 anos, enquanto que os homens de 72,8 (IBGE, 2019).

A evolução na qualidade de saúde prestada, inovações tecnológicas, facilidade de acesso aos serviços de saúde, melhores condições salariais e de moradia, aumento das residências com saneamento básico, podem influenciar na expectativa de vida. Ainda podem ser elencados os fatores genéticos e hormonais e o programa de atenção à saúde da mulher, implantado em 1984, e posteriormente a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher em

2004. Tais condições podem favorecer a longevidade feminina (IBGE, 2019; SILVA; et al., 2015).

Outros fatores que favorecem a expectativa de vida do sexo feminino são as visitas periódicas aos serviços de saúde, considerando que as mulheres são mais aderentes. Muitas iniciam a procura pelos atendimentos em nível primário, ainda na fase adulta, como meio de prevenção de doenças, o que contribuiu para a manutenção do bem-estar. Ainda existe culturalmente a visão de que os programas da ESF são voltados em sua maioria para o público feminino, proporcionando maior oferta de ações preventivas de saúde (MEDEIROS; MORAIS, 2015).

Mesmo que as estratégias voltadas ao público feminino sejam oferecidas em maior escala, nota-se ainda que os profissionais de saúde não estão preparados para atender essa demanda de idosas em todas as suas peculiaridades. Faz-se necessária a capacitação dos servidores com ênfase na equipe de enfermagem, por se tratar dos profissionais que estão à frente do cuidado ao indivíduo nas diferentes fases da vida e por serem na sua maioria coordenadores dos serviços públicos (MEDEIROS; MORAIS, 2015; SILVA; et al., 2015).

A presente investigação verificou que a faixa etária que apresentou maior ICSAP em ambos os sexos foi 60|-69 anos, seguida de 70|-79 anos. Na cidade de Passos/MG, a faixa etária de 65|-79anos foi a que maior apresentou frequência de internações quando comparadas às demais idades, assemelhando-se com esta pesquisa (BENTO, 2015). Já o estudo realizado em Santa Catarina, nos idosos de 60|-79, observou-se redução acentuada nas ICSAP quando comparado ao grupo etário de 80 anos ou mais (RODRIGUES; ALVAREZ; RAUCH, 2019). Investigação realizada em algumas regiões da Colômbia identificou predomínio de internações crônicas por condições sensíveis a atenção primária em idosos mais velhos, ou seja, acima de 80 anos (GONZÁLEZ-VÉLEZ; et al., 2019); ambas investigações são divergentes ao presente estudo.

Na análise realizada em Passos-MG com idosos, os três principais grupos de causas das ICSAP predominante, em ambos os sexos, foram Insuficiência Cardíaca, Doenças Cerebrovasculares e Angina (BENTO, 2015), corroborando com os resultados desta pesquisa. O mesmo foi observado em investigação realizada na região do Nordeste, tendo a Insuficiência Cardíaca e doenças Cerebrovasculares como as principais causas de ICSAP em idosos (SOARES; et al., 2019). Ainda em estudo conduzido no Estado do Paraná verificou-se que os maiores causadores de ICSAP em idosos com 60|-79 anos no ano de 2000 foram: Insuficiência Cardíaca (28,19%), Doenças Pulmonares (27,89%), Doenças cerebrovasculares (11,42%), o que também coaduna com os achados (PREVIATO; et al., 2017).

Estudo realizado no Nordeste brasileiro entre os anos de 2010 e 2015 identificou causas de ICSAP em idosos semelhantes à presente pesquisa. A insuficiência cardíaca ficou em primeiro lugar, tanto quando analisados em número total de casos quanto em taxas para cada 10 mil habitantes (SOARES; et al., 2019). Pesquisa produzida no país colombiano com população entre a faixa etária de 25|-|75 anos, verificou que as cinco principais condições sensíveis a atenção primária de maior ocorrência são: Angina, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Asma, Insuficiência Cardíaca e Diabetes, o que é semelhante ao presente estudo (GONZÁLEZ-VÉLEZ; et al., 2019).

Mundialmente as doenças cardiovasculares ocupam lugar de destaque nas morbimortalidades, uma vez que indivíduos que apresentem estas condições estão mais vulneráveis a debilidades funcionais e reações a terapia medicamentosas, o que elevam as taxas de internações (SILVA; et al., 2019).

Associadas ao envelhecimento, as doenças cardíacas podem gerar grandes perdas funcionais, uma vez que os sintomas destas condições estão relacionados na sua maioria ao esforço físico. Os idosos por sua vez apresentam redução das atividades de maior intensidade com o decorrer dos anos, o que pode dificultar o diagnóstico precoce e trazer graves complicações (ROCHA; BÓS, 2019).

As doenças cardiovasculares em 2014 foram responsáveis por 34% dos óbitos em idosos no Brasil, podendo destacar entre elas as doenças isquêmicas do coração e as cerebrovasculares. Mundialmente, estas condições são responsáveis, em toda população, por 30% dos óbitos, sendo que 75% deles acometem locais de baixa e média renda per capita. Doenças como Acidente Vascular Cerebral, Infarto e Angina podem causar incapacidade parcial ou total nas atividades de vida diária, gerando transtornos familiares e ao paciente (BACURAU; et al., 2019; FIGUEIREDO; ANTUNES; MIRANDA, 2019).

Já a Insuficiência Cardíaca é considerada a segunda causa de internações por idosos brasileiros e pode ser resultado nas estratégias de tratamento de doença crônicas como hipertensão arterial. Os avanços no tratamento de saúde proporcionam aumento da expectativa de vida, porém podem resultar em complicações futuras quando não acompanhadas adequadamente, desenvolvendo a Insuficiência Cardíaca tardia (BRITO; SOUZA; ROCHA, 2016).

Os pacientes portadores de doenças cardiovasculares podem estar sujeitos a internações repentinas, de longa permanência e de alta complexidade. Fato este gerador de estressores aos idosos que necessitam destes tratamentos, principalmente aqueles submetidos a Unidade de Terapia Intensiva. Longevos acometidos com estas condições e seus familiares necessitam de

intensificação dos cuidados e apoio psicológico, a fim de minimizar sofrimento e estresse diante da situação de saúde (SOUZA; et al., 2017).

A longevidade brasileira e o aumento de doenças crônicas não transmissíveis são reais e uma preocupação dos governantes, que através da Pesquisa Nacional de Saúde identificou que doenças cardiovasculares estão mais predominantes em idosos, representado por 11,4%. Para tanto faz-se necessário que as equipes de atenção primária à saúde estejam preparadas e capacitadas para o planejamento das ações em saúde nesta área (MASSA; DUARTE; FILHO, 2019).

Os resultados relacionados às maiores causas de ICSAP condizem com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), e para tanto em 2011 foi elaborado o Plano de Ações Estratégicas das DCNT brasileiras, que tem como objetivo elaborar medidas para a criação e desenvolvimento de políticas públicas para a prevenção, controle e fatores de risco. Em 2012 a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) propôs a organização dos serviços já disponíveis no SUS, de maneira a serem utilizados como rede de atenção as pessoas com doenças crônicas utilizando as linhas de cuidados prioritárias (BRASIL, 2011a).

É fato que o envelhecimento populacional está fazendo parte cada dia mais da nossa realidade e o número de idosos no Estado de Minas Gerais, segundo projeção, atingirá 25,49% da população em 2060 (IBGE, 2019). Com este crescimento faz-se necessário estudos que salientem a saúde do idoso, pois diante deste cenário a tendência é de que haja aumento do número de indivíduos com doenças crônicas e hospitalizações. Sabe-se que envelhecer não é sinônimo de adoecimento, porém as estatísticas brasileiras mostram que o maior índice destas morbidades tende a aparecer nesta faixa etária (DIAS; GAMA; TAVARES, 2017; BORGES; SEIDL, 2013).

Observa-se ainda, no presente estudo, pequenas peculiaridades no perfil de ICSAP nos idosos, em ambos os gêneros no que concerne às causas com menores ocorrências. O único grupo de causa que verificou-se em todas as faixas etárias e ambos sexos foi a Anemia. As condições a seguir manifestaram-se em homens e mulheres, porém em grupos etários diferentes: asma, infecção de ouvido, garganta e nariz, hipertensão arterial, doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis, gastroenterites infecciosas e complicações. As doenças inflamatórias dos órgãos pélvicos também foram identificadas dos 60|-80 anos e mais, porém com ocorrência no sexo feminino, por se tratar de uma condição especial deste gênero.

Estudo realizado em Passos/MG com idosos entre a faixa etária de 60|-79 anos foi semelhante ao presente estudo, uma vez que as ICSAP de menor ocorrência permaneceram entre os Grupos de causas de doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis, asma,

infecção de ouvido, garganta e nariz, infecção de pele e tecido subcutâneo, e em especial para as mulheres, as doenças inflamatórias dos órgãos pélvicos (BENTO, 2015).

Análise realizada no Estado do Pernambuco de 2012 a 2016 resultou em semelhança com o estudo em questão, uma vez que as menores taxas de ICSAP em idosos de 60|-79anos foram doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis, asma, infecção de ouvido, garganta e nariz, deficiências nutricionais, epilepsia e as doenças inflamatórias dos órgãos pélvicos (NASCIMENTO, 2018).

A baixa ocorrência dos grupos de doenças verificados por este estudo pode ser explicada por apresentarem programas públicos de ações estratégicas para a prevenção e o tratamento destas doenças.

A anemia, que neste estudo esteve presente em ambos os sexos e faixas etárias, configura-se como problema de saúde pública, e para tanto em 2005 foi implantado o Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF), que instituiu suplementação de forma preventiva ao público infantil, grávidas e puérperas (BRASIL, 2013b). Apesar de os idosos não pertencerem ao grupo de acesso a suplementação, outras estratégias estão disponíveis, como nutricionista nas ESF, afim de orientar a respeito dos alimentos ricos em ferro e alimentação correta, evitando estes agravos de saúde. (MACHADO; et al., 2019).

Nos idosos a anemia pode manifestar-se de três formas: por deficiência de nutrientes, por complicações de doenças de base e a diminuição da proliferação de células na medula óssea (ARRUDA; et al., 2019). Apesar de neste estudo esta doença estar entre as que menores ocasionam internações em idosos, estudo realizado no Brasil na faixa etária de 18|-e mais, destaca que as taxas de anemia no envelhecimento crescem a cada década, o que necessita de atenção especial (MACHADO; et al., 2019).

As gastroenterites infecciosas e suas complicações também apareceram neste estudo como as menores taxas de internações em idosos. Nesta faixa etária está relacionada às perdas funcionais, baixa imunidade, motilidade intestinal deficiente, desnutrição e condições sanitárias. Quadros diarreicos podem causar aumento nas taxas de internações devido a confusão mental, aumento no risco de queda e fraturas (KAMIOKA, 2018).

Outro fator condicionante das gastroenterites é o saneamento básico. O Brasil determina, por meio da Constituição Brasileira, o direito ao saneamento a todos os brasileiros, porém sabe-se que a realidade está longe de proporcionar condições dignas a toda população (PAIVA; SOUZA, 2018). Em Minas Gerais os maiores escores e índices satisfatórios de tratamento de água e esgoto estão no Triângulo Mineiro e região Oeste do Estado, o que pode justificar as baixas taxas de internações por gastroenterites (COSTA; et al., 2013).

Outro Grupo que apresentou baixas taxas de hospitalizações, neste estudo foi o de doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis, fato este que se dá pelo Programa Nacional de Imunização (PNI), que objetiva a vacinação de diversas doenças em diferentes faixas etárias (BRASIL, 2013c).

Em idosos, o Ministério da Saúde preconiza que anualmente seja administrada uma dose de vacina contra Influenza que protege contra alguns tipos de vírus da gripe. Além desta, é necessário que o esquema vacinal esteja completo e atualizado, constando na caderneta de vacinação: imunização para Hepatite B e Dupla Adulto com três doses cada, Febre amarela dose única e Pneumo 23; esta não é oferecida a todos os idosos, somente àqueles que se enquadram nos grupos alvo, como acamados e institucionalizados (BRASIL, 2019b).

A Pneumo 23, além de prevenir a Pneumonia, também combate meningite, outras doenças causadas pelo Pneumococo e otite. Neste estudo, o Grupo de causas de infecção de ouvido, garganta e nariz também permaneceu entre os que causaram menores taxas de ICSAP em idosos, podendo estar relacionadas à vacinação da Pneumo 23 e também da Influenza, uma vez que as doenças ocasionadas por este grupo estão intimamente relacionadas a processos gripais (MARTINS, 2018).

A vacinação para os idosos torna-se imprescindível, uma vez que quanto maior o avançar da idade, maiores as chances de hospitalizações e vulnerabilidade a doenças, devido ao declínio funcional do organismo natural do processo de envelhecimento. Neste sentido a imunização tornou-se uma estratégia de menor custo e de maior efetividade na prevenção de agravos de saúde (LINO; MEDEIROS; PINHEIRO, 2019).

Mesmo com toda mobilização acerca da vacinação, o Brasil ainda necessita atingir as metas, o que vem piorando com o passar dos anos. Muitos idosos apresentam resistência contra a imunização por acreditarem que estas produzem prejuízos de saúde, uma vez que em outras oportunidades apresentaram reações pós vacina em algum momento da vida, ocorrendo assim redução da imunidade, oferecendo riscos de acometimento por outras doenças (LINO; MEDEIROS; PINHEIRO, 2019; OLIVEIRA; et al, 2016).

A Asma também está entre as doenças de menor ocorrência de ICSAP em idosos na presente investigação. Considerada uma doença influenciadora na qualidade de vida, está sendo alvo de discussões há anos. Estados desenvolvem ações voltadas ao controle asmático desde a década de 1990, porém estas estratégias eram centradas no modelo curativista com atendimentos de emergência, o que fez com que em 2004 o Ministério da Saúde criasse a Linha de Conduta em Atenção Básica para a prevenção e tratamento de Rinite e Asma. Esta linha de

cuidado está vinculada a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Respiratórias (SOUZA; MARCH, 2010; AMARAL; PALMA; LEITE, 2012; BRASIL, 2004).

Nos idosos a asma pode estar associada a capacidade respiratória prejudicada, diante do aumento da rigidez torácica e redução da força muscular, fatores estes relacionados ao processo de envelhecimento, condições nutricionais e diminuição da atividade física, dificultando o processo respiratório (BATISTA, 2011). Tais complicações podem influenciar negativamente na qualidade de vida do ancião e causar incapacidade temporária ou definitiva, além da associação de outras doenças (GODINHO NETTO; et al., 2015, MORAIS-ALMEIDA; et al., 2014).

No que concerne a Hipertensão Arterial, que também aparece neste estudo entre as Causas de menor ICSAP em idosos, é considerada uma doença crônica de fácil diagnóstico e com tratamento disponível. No Brasil a prevalência desta doença aumenta de acordo com a idade, chegando a 44,4% em idosos de 60|-64 anos, 52,7% entre 65|-74 anos e de 55,5% para idosos acima de 75 anos. Entre as regiões brasileiras, quando analisadas pessoas acima de 20 anos, a região sudeste representa 28,5% dos casos de Hipertensão Arterial, enquanto que 53,2% estão no norte do país (SOUSA; et al., 2019a; ARAUJO; et al., 2016).

Para tanto, existem no Brasil vários programas que contribuem para a prevenção e tratamento da Hipertensão Arterial, iniciando pela ESF que, juntamente a equipe multiprofissional, desenvolve ações afim de minimizar a ocorrência da doença. O Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes Mellitus (HiperDia), que oferece aos usuários dos serviços de saúde o direito a consulta com maior frequência, exames diagnósticos, medicamentos, além de profissionais nas diferentes áreas de atuação (BRASIL, 2014).

Outro programa que contribui para a redução dos casos de Hipertensão Arterial e complicações em decorrência das doenças é a Academia da Saúde, que proporciona equipamentos e profissionais capacitados na orientação de atividades físicas para a manutenção do bem-estar e da saúde, implantados em vários municípios brasileiros, inclusive os analisados neste estudo (BRASIL, 2011b).

Com relação a baixa taxa de ICSAP em idosas por doenças inflamatórias dos órgãos pélvicos, estas podem estar associadas à maior procura pelos serviços de saúde para realização dos exames de rotina, como o papanicolaou. Também a política de Saúde da Mulher que oferece inúmeras ações de acompanhamento deste público que preconiza o exame preventivo, sendo realizado em mulheres entre a faixa etária de 25|-64 anos e que já tenham iniciado ou permaneçam com vida sexual ativa (LEITE; et al., 2019).

Apesar das doenças supracitadas apresentarem baixos índices de ICSAP nos idosos, torna-se imprescindível discutir que a hospitalização pode causar sérios danos à vida das pessoas e familiares, uma vez que pode propiciar o contágio de novas doenças, redução funcional, qualidade de vida prejudicada, complicações nas condições emocionais (BENTO, 2015).

A equipe da ESF pode contribuir para a redução dos índices de internações em idosos, diante da oferta de diversos profissionais nas suas diferentes áreas de atuação e por se tratar da porta de entrada destes usuários. Estes profissionais devem estar capacitados para o trabalho contínuo e humanizado da assistência, além de conseguir desenvolver habilidades que vão além do olhar coletivo. Faz-se necessário o tratamento individualizado quando necessário, o apoio familiar, a configuração do vínculo, respeito e confiança, identificando medidas não apenas preventivistas, mas também na promoção de qualidade de vida e intervencionais nos fatores de risco (SILVA, 2018).

Diante da escassez de estudos nacionais e internacionais que reportam resultados de ICSAP especificamente com idosos, conforme analisado neste estudo e por sexo e faixa etária a cada 10 anos, este objetivo foi discutido sem os devidos recortes.

### 7.3 TENDÊNCIA, GERAL E POR GRUPO DE CAUSAS DAS ICSAP ENTRE IDOSOS NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFTM REFERENCIADAS PELA MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO TRIÂNGULO SUL (2008-2018)

A proporção de internações de residentes por condições sensíveis à atenção primária está presente no indicador 19 do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), que tende a verificar o cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS. O parâmetro adotado pelo IDSUS para equivaler à média de internações sensíveis a atenção primária para residentes de municípios de referência, ou seja, para aqueles que dispõem de acesso à atenção ambulatorial e hospitalar de média a alta complexidade, foi 28,6% (BRASIL, 2017b).

Em pesquisa realizada pelo IDSUS entre os anos de 2008 e 2012 nas regiões brasileiras, identificou-se tendência de redução das ICSAP de maneira geral. Somente no Norte e Centro-Oeste foram registrados valores acima de 40%; as regiões Sudeste e Sul foram consideradas abaixo da média nacional, que ficou em torno de 35% (BRASIL, 2017c), o que corrobora com este estudo.

Estudos mais recentes identificam redução no total de ICSAP no Brasil de maneira geral ao longo dos anos, contribuindo com os resultados da presente pesquisa, que confirmou a

estabilidade e redução das taxas de ICSAP em idosos (ARAÚJO; et al., 2017; BOTELHO; PORTELA, 2017; MIRANDA; et al., 2017; PINTO; GIOVANELLA, 2018; SILVA; POWELL-JACKSON, 2017).

Semelhante a esta estabilidade, estudo conduzido no interior de São Paulo, com pessoas acima de 59 anos, no período entre 2008 e 2010 também verificou que as ICSAP permaneceram constantes (FERREIRA; et al., 2014). Investigação no Brasil identificou oscilação entre os anos estudados de 2003, 2008 e 2013. Este analisou as ICSAP e internações gerais em idosos e identificou que as internações gerais apresentaram aumento progressivo, enquanto que as ICSAP apresentaram decréscimo de 9%, corroborando com este estudo (FERNANDES, 2015).

Pesquisa realizada em Santa Catarina apresentou decréscimo de 4,6 IC95% entre os anos de 2008 e 2015 (RODRIGUES; ALVAREZ; RAUCH, 2019). O Rio Grande do Norte também apresentou redução nas taxas destas internações, com variação de 31,71 por triênio analisado, sendo eles: 2008 a 2010, 2011 a 2013 e 2014 a 2016, (SANTOS; LIMA; FONTES, 2019), ambos semelhantes ao resultado desta pesquisa.

Investigação realizada no Nordeste sobre a mesma temática resultou em redução significativa estatisticamente das ICSAP em idosos, passando de 42,08% no ano de 2008, para 34,36% em 2017, com maior redução entre os anos de 2008 a 2017 em idosos, de 7,7% (PEREIRA, 2018). No Espírito Santo, houve redução das ICSAP nas diferentes faixas etárias dos idosos, com 60|-|69 anos, que reduziu em 5,0% as taxas de ICSAP, enquanto que de 70|-|79 anos 3,81% e 80 anos e mais 2,79% (PAZÓ; et al., 2017), ambos condizentes com a presente pesquisa.

Nos municípios mineiros com mais de 100.000 habitantes foi identificado que nos anos estudados, entre 2000 e 2013, ocorreu redução nas ICSAP de 22,4% para 16,2%, considerando todos os grupos etários. Quando avaliados os extremos da idade esta proporção inverte, e chega a apresentar aumento de 10 vezes. Apesar do aumento, este grupo etário também apresentou redução com 60|-|79 anos de 51,8% e acima de 80 anos e mais de 47,5%. Quando analisadas as regiões de saúde, a região Triângulo Sul, a mesma analisada neste estudo, reduziu em 62,3% as ICSAP em todas as idades, apresentando semelhança com a presente investigação (GOUVEIA, 2016).

Achados através de investigação na cidade de Goiânia, no período de 2008 a 2013, vêm corroborar com os resultados desta pesquisa, mostrando que os extremos da idade, como crianças e idosos, apresentaram maior proporção nas ICSAP; a população acima de 60 anos apresentou taxa de 515,1 para cada 10 mil habitantes (MAGALHÃES; NETO, 2017)

No Paraná, entre os anos de 2000 e 2012, que objetivou analisar as ICSAP em idosos de 60|-74 anos, mostrou que houve queda nas taxas de 30,64%, passando de 59.593 casos no ano de 2000 para 41.334 casos em 2012 (PREVIATO; et al., 2017). Outro estudo que identificou redução destas hospitalizações foi realizado na cidade do Rio de Janeiro, apresentando redução no total de 18.445 casos entre os anos de 2000 e 2010 (MARQUES; et al., 2014). Ambos os estudos corroboram com esta análise.

Pesquisa realizada no Estado do Rio Grande do Norte também manifestou dados semelhantes ao presente estudo, com redução nas taxas de ICSAP em idosos referentes aos anos de 2008 a 2016, passando de 41,18 internações/1mil habitantes em 2008-2010 para 28,12 em 2014-2016 (SANTOS; LIMA; FONTES, 2019).

Pesquisa realizada em Passos/MG identificou taxas acima da média nacional em ICSAP nos idosos de 60|-79 anos para o período analisado, resultando em 26,83%, mostrando-se contrário aos dados do presente estudo (BENTO, 2015).

Semelhante aos resultados obtidos na presente pesquisa, estudo realizado no Estado de Minas Gerais identificou que as doenças de maiores taxas no ano de 2009 foram Insuficiência Cardíaca (12,91%), Doença cerebrovascular (6,98%), Doenças Pulmonares (5,68%), Angina (3,94%), Pneumonias Bacterianas (3,39%). Em 2014 as condições de saúde permaneceram as mesmas e ocuparam as mesmas posições por taxas de internações, somente alterando a última posição, passando a ser ocupada pelas Infecções de rim e Trato Urinário, com (3,87%), porém com aumento nas taxas para Angina (11,66%) e Doenças Cerebrovasculares (0,32%) e redução para Doenças Pulmonares (6,91%) e Insuficiência Cardíaca (17,13%) (SILVA, 2017).

Corroborando com os resultados do presente estudo, investigação brasileira por ICSAP em idosos obteve maiores taxas entre os anos de 2003 e 2013, nas seguintes cinco primeiras causas: Insuficiência Cardíaca, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Pneumonia, Doenças Isquêmicas do Coração, Hipertensão Arterial e Diabete Mellitus. Apesar de destacar-se entre as principais causas de ICSAP, houve redução no percentual de internações por Insuficiência Cardíaca, passando de 11,1% em 2003 para 6,4% em 2013; o mesmo ocorreu para Doença Pulmonar que em 2003 apresentava 2,3% passando para 2,0% em 2013 (FERNANDES, 2015).

Investigação semelhante realizada em Senador Canedo/GO identificou na população de 30|-69 anos o predomínio da Insuficiência Cardíaca, seguido de Hipertensão Arterial, doenças cerebrovasculares e angina. As taxas para estas internações apresentaram variações com redução; a Insuficiência Cardíaca apresentou decréscimo de 12,07%, corroborando com o presente estudo (SILVA; et al., 2019).

A redução nas taxas de Insuficiência Cardíaca e Doença Pulmonar podem estar relacionadas ao aumento da cobertura da ESF e também dos programas que proporcionam melhores condições de tratamento e orientação aos profissionais de saúde (MALTA; et al., 2015).

Em 2013, a Assembleia Mundial da Saúde adotou o monitoramento global com 25 indicadores e nove metas voluntárias globais para 2025. Também aprovou o Plano de Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis 2013-2020. Fazem parte das metas a redução da mortalidade por DCNT em 25%, a redução dos fatores de risco e o acesso a medicamentos, ao aconselhamento e às tecnologias para tratamento (MALTA; et al., 2017).

Além do compromisso firmado na Assembleia, programas como Academia da Saúde, Farmácia Popular, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), Melhor em Casa, Programa Nacional de Imunização são importantes estratégias na melhoria da qualidade do cuidado prestado a população, tanto no nível de prevenção, promoção da saúde, tratamento e reabilitação (MACHADO; et al., 2017).

Estudos atualizados sobre ICSAP em idosos por infecção de pele e tecido subcutâneo não foram encontrados para discussão dos resultados, porém a Agência Nacional de Vigilância Sanitária disponibilizou um manual de tratamento das principais infecções comunitárias, com profilaxia antimicrobiana. Este manual aborda tratamentos para diversas doenças infecciosas e dentre elas estão as relacionadas a pele e anexos, de maneira a orientar os profissionais médicos a profilaxia correta de acordo com a doença (ANVISA, 2008).

As lesões de pele constituem-se um sério problema epidemiológico que merece atenção exclusiva por parte dos profissionais de saúde por meio de cuidados multidisciplinares, possibilitando redução dos agravos e possíveis desencadeadores desse processo, melhoria na qualidade de vida dessa população, além de demonstrar resolutividade dos serviços de saúde, principalmente, na atenção primária (MALHEIRO; et al., 2017).

Estes resultados que apresentam redução no número de ICSAP em vários municípios e estados brasileiros podem estar relacionados à capacidade de resolutividade que a AP vem desempenhando ao decorrer dos anos, podendo estar associado também ao aumento da cobertura das ESF e nos atendimentos realizados pelas RAS (PEREIRA, 2018; MENDONÇA; ALBUQUERQUE, 2014).

**7.4 CORRELAÇÃO ENTRE AS ICSAP EM IDOSOS E COBERTURA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DOS MUNICÍPIOS PERTENCENTES A MACRORREGIÃO DE SAÚDE DO TRIÂNGULO SUL – (2008, 2013 e 2018)**

Analisando a cobertura da ESF com as ICSAP o presente estudo evidenciou que a medida em que aumenta a cobertura, reduzem as ICSAP nos Grupos de causas de úlceras gastrointestinais, infecção do rim e trato urinário, doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis e angina.

Estudo realizado nos diferentes estados brasileiros com idosos identificou que entre os anos de 2003 e 2008 há relação negativa entre a cobertura da ESF, mostrando que quanto maior a cobertura da ESF, menores os índices de ICSAP, mostrando semelhança com o presente estudo (FERNANDES, 2015).

Estudo de Minas Gerais corroborou com esta investigação, identificando relação significativa com tendência negativa, ou seja, ocorrendo redução das ICSAP conforme aumenta a cobertura da ESF entre os anos de 2009 e 2014, porém considerando os diversos grupos etários (SILVA, 2017). Investigação conduzida no Estado do Paraná com pessoas na faixa etária de 35-74 anos também identificou forte correlação negativa entre a cobertura de ESF e as ICSAP, reduzindo as internações conforme aumenta o número de cobertura das ESF (LENTSCK; LATORRE; MATHIAS, 2015). Análise realizada em 2017 no mesmo Estado com idosos indicou que a taxa de ICSAP decresce em 1,274 para cada unidade do percentual de cobertura da ESF (PREVIATO; et al., 2017).

No que concerne às doenças com significância estatística elucidadas por este estudo, sendo elas: úlceras gastrointestinais, infecção do rim e trato urinário, doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis e angina, o enfermeiro, enquanto profissional da Estratégia de Saúde da Família, pode contribuir de maneira a planejar, programar e realizar as ações que envolvam a pessoa idosa em sua área de abrangência; identificar e acompanhar o idoso ativo e fragilizado, conhecer os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos tanto do idoso, quanto de seus familiares. Realizar atividades de educação permanente e ações educativas relacionadas às comorbidades de maior incidência na comunidade (SILVA, 2018).

Pode ainda atuar na intensificação da classificação de risco populacional, realizando levantamento da população idosa e de suas condições de saúde, afim de identificar medidas para a melhoria da qualidade de vida. Intensificar junto a equipe da ESF, ações de monitoramento da Caderneta do Idoso, avaliando esquema vacinal e possíveis vulnerabilidades (SOUSA; et al., 2019b).

A atenção primária de saúde compreende uma estratégia primordial para a redução das ICSAP, uma vez que em níveis de cobertura ideal e com estratégias de saúde condizentes com o diagnóstico de saúde da região de abrangência tendem a proporcionar efetividade em suas atividades (SILVA, 2017; BENTO, 2015).

Não apenas a cobertura da ESF deve ser discutida quanto à influência nas ICSAP, mas deve-se levar em consideração as diferenças sociais, facilidade de acesso aos serviços prestados, fatores culturais em relação a porta de entrada escolhida pelo usuário, rotatividade de profissionais nos serviços de saúde e a quebra de vínculo, fatores socioeconômicos (RODRIGUES; ALVAREZ; RAUCH, 2019; PINTO; GIOVANELLA, 2018; PREVIATO; et al, 2017; CASTRO, 2015).

Desta forma, a atenção primária torna-se imprescindível nos cuidados aos idosos, uma vez que proporciona uma das principais portas de entrada. O atendimento deve ser multiprofissional, afim de atender a maior parte das necessidades e serem traçadas estratégias de melhoria da qualidade de vida destes idosos. O enfermeiro por ocupar local de destaque neste nível de atenção, necessitando trabalhar nas diversas vertentes para oferecer serviço de qualidade e de maneira a prevenir as ICSAP (DIAS; GAMA; TAVARES, 2017; NUNES; et al., 2017).

Faz-se necessário ressaltar que os dados coletados a partir do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil e da Secretaria de Atenção Primária a Saúde através do e-Gestor podem não reportar dados atualizados, tornando-se uma limitação do estudo.

## 8 CONCLUSÃO

Na presente investigação, a Microrregião de Saúde de Uberaba apresentou o maior número de ICSAP em idosos no decorrer dos onze anos analisados. A incidência destas internações oscilou entre aumento e redução no passar dos anos, porém quando analisadas do ano de 2008 para o ano de 2018 ocorreu aumento em todas as Microrregiões.

A ocorrência de ICSAP entre idosos não diverge muito em termos de sexo, mas neste estudo, foram maiores no sexo masculino. Ocorreu predomínio das ICSAP entre idosos de 60|-|69 anos em ambos os sexos. Os grupos de causa que apresentaram maiores proporções de ICSAP, em ambos os sexos, e diferentes faixas etárias foram: Grupo 10 (Angina), Grupo 11 (Insuficiência Cardíaca), Grupo 12 (Doenças cerebrovasculares).

A tendência geral do coeficiente de incidência das ICSAP manteve-se estacionária e apresentou decréscimo nas taxas de 1,82%. O Grupo 8 (doenças pulmonares), Grupo 11 (Insuficiência cardíaca) e o Grupo 16 (Infecções da pele e tecido subcutâneo) apresentaram redução das taxas de ICSAP, sendo estatisticamente significativas.

Analisando a correlação entre as ICSAP e a cobertura da ESF, verificou-se que à medida que aumenta a cobertura da ESF, reduzem-se as internações para: úlceras gastrointestinais, infecção do rim e trato urinário, doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis e angina.

A escassez de estudos nacionais e internacionais atuais representando idosos não permitiu maiores comparações na discussão destes resultados, além de estudos que estratifiquem as faixas etárias de acordo com o sexo, podendo proporcionar maior visibilidade das condições de acordo com o gênero e a idade. Diante do exposto este trabalho vem contribuir para a ampliação do conhecimento sobre esta temática.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, E. M.; ROSADO, E.; CUNHA, T. Pelvic Inflammatory Disease: What the Radiologist Needs to Know? **Acta Radiológica Portuguesa**, v. 27, n. 106, p. 41-49, 2015.
- ALBUQUERQUE, M. I. N. de. **Uma revisão sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil**. Recife: UNA-SUS UFPE, 2015. 33 p.
- ALCALDE, P. R.; KIRSZTAJN, G. M. Gastos do Sistema Único de Saúde brasileiro com doença renal crônica. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 122-29, 2018.
- ALFRADIQUE, M. E. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-49, 2009.
- AMORIM, D. N. P.; CHIARELLO, M. D.; VIANNA, L. G.; MORAES, C. F.; VILAÇA, K. H. C. Internações por condições sensíveis à atenção primária de idosos no Brasil, 2003 a 2012. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 11, n. 2, p. 576-83, 2017.
- AMORIM NETO, P. D. de.; RODRIGUES, A. E. M. Sistematização da sistência de enfermagem em paciente submetido à anexectomia por doença inflamatória pélvica secundária à clamídia. **Rev IBGM Cient.** Recife, v. 6, n.6, p. 63-4, 2017.
- ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Tratamento das principais infecções comunitárias e relacionadas a assistência a saúde e a profilaxia antimicrobiana em cirurgia**. Brasília, 2008. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/servicos/controle/rede\\_rm/cursos/atm\\_racional/modulo3/biblio\\_biblio.htm](http://www.anvisa.gov.br/servicos/controle/rede_rm/cursos/atm_racional/modulo3/biblio_biblio.htm). Acesso em: 18 maio 2019.
- ANTUNES, J. L. F.; CARDOSO, M. R. A. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 24, n. 3, p. 565-76, 2015
- ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHAN-HAMANN, E. The benefits and challenges of the Family Health Strategy in Brazilian Primary Health care: a literature review. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499-1509, 2016.
- ARAUJO, M. L. A. **A desidratação no idoso**. 2013. 63 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2013.
- ARRUDA, G. O. de; LIMA, S. C. da S.; RENOVATO, R. D. Uso de medicamentos por homens idosos com polifarmácia: representações e práticas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 6, p. 1337-44, 2013.
- ARRUDA, A. B. de L.; MONTEIRO, S. G. ARRUDA, A. A. de L.; GONDIM, Y. M.; LIMA, A. I. H. Caracterização da anemia em idosos. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 2, n. 5, p. 4769-76, 2019.

AMARAL, L. M. do.; PALMA, P. V.; LEITE, I. C. G. Evolução das políticas públicas e programas de controle da asma no Brasil sob a perspectiva dos consensos. **J Bras Pneumol.**, Brasília, v. 38, n. 4, p. 518-25, 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CÉRVICO-FACIAL (ABORL-CCF). Guideline Infecções das Vias Aéreas Superiores – IVAS. **Wolters Kluwer Health**, 2017.

ASSUNÇÃO, R. G.; PEREIRA, W. A.; ABREU, A. G. Pneumonia bacteriana: aspectos epidemiológicos, fisiopatologia e avanços no diagnóstico. **Rev. Investig. Bioméd.**, São Luís, v. 10, n. , p. 83-92, 2018.

ARAÚJO, W. R. M. *et al.* Structure and work process in primary care and hospitalizations for sensitive conditions. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v. 51, p. 75, 2017.

ASSIS, T. M. R. de; BACELLAR, A.; COSTA, G.; NASCIMENTO, O. J. M. Mortality predictors of epilepsy and epileptic seizures among hospitalized elderly. **Rev Arq Neuropsiquiatr**, Lima, PE, v. 73, n. 6, p. 510-15, 2015.

BACURAL, A. G. de M.; FERRAZ, R. de O.; DONALISIO, M. R.; FRANCISCO, P. M. S. B. Mortalidade por doenças cerebrovasculares em idosos e a vacinação contra a influenza: Estado de São Paulo, Brasil, 1980-2012. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, 2019.

BAUMGARTEN, M. C. dos S.; SILVA, V. G. da.; MASTALIR, F. P.; KLAUS, F.; AZEVEDO, P. A. d'. Infecção urinária na gestação: uma revisão da literatura. **UNOPAR Cient., Ciênc. biol. Saúde**, Londrina, v.13, p. 333-42, 2011. N. Esp.

BARATA, R. B. Cem anos de endemias e epidemias. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 333-45, 2000.

BARBOSA, R. S. Do estatuto do trabalhador rural à Carta de 1988: contribuição à análise da constituição da previdência social dos trabalhadores rurais no Brasil. **Unimontes Científica**, Montes Claros, v.7, n.2, p. 63-71, 2005.

BARON, C. M. P. A produção da habitação e os conjuntos habitacionais dos institutos de aposentadorias e pensões – IAPS. **Tópos**, Presidente Prudente, v.5, n.2, p. 102-27, 2011.

BATICH, M. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. **São Paulo em perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 33-40, 2004.

BATISTA, V. de A. B. **Asma no Idoso: Diagnóstico, Classificação e Tratamento**. 2011. 93 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2011.

BERTUCCI-MARTINS, L. M. Memória que educa. Epidemias do final do século XIX e início do XX. **Educar**, Curitiba, n. 25, p. 75-89, 2005.

BELTRAME, J. F. *et al.* International standardization of diagnostic criteria for vasospastic angina. **European Heart Journal**, London, GB, v. 38, p. 2565–68, 2017.

BENTO, P. F. **Internações dos idosos por Condições Sensíveis à Atenção Primária em um município mineiro**. 2015. 141 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

BIBIANO, A. M. B.; MOREIRA, R. da S.; TENÓRIO, M. M. G. de O.; SILVA, V. de L. Fatores associados à utilização dos serviços de saúde por homens idosos: uma revisão sistemática da literatura. **Ciênc. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2263-78, 2019.

BORGES, L. M.; SEIDL, E. M. F. Efeitos de intervenção psicoeducativa sobre a utilização de serviços de saúde por homens idosos. **Interface comun. saúde educ**, Botucatu, v.17, n.47, p.777-88, 2013.

BOTELHO, J. F.; PORTELA, M. C. Risco de interpretação falaciosa das internações por condições sensíveis à atenção primária em contextos locais, Itaboraí, Rio de Janeiro, Brasil, 2006-2011. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, 2017.

BOUSQUAT, A. *et al.* Primary health care and the coordination of care in health regions: managers “andusers” perspective. **Ciênc. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1141-54, 2017.

BRASIL. [Constituição (1998)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: 1988. 292 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Asma e Rinite – Linha de conduta em Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ASMA\\_RINITE.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ASMA_RINITE.pdf). Acesso em: 08 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221\\_17\\_04\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html). Acesso em: 23 nov. 2017.

BRASIL, V. P.; COSTA, J. S. D. da. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina – estudo ecológico de 2001 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 25, n. 1, p. 75-84, 2016.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde - Ministério da Saúde. **Cronologia Histórica da Saúde Pública**. 2017a. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br:8080/web/guest/cronologia-historica-da-saude-publica>. Acesso em: 08 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica – Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_35.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_35.pdf). Acesso em: 08 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao\\_redes\\_atencao\\_saude\\_sas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf). Acesso em: 11 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fichas detalhadas dos indicadores**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em: <http://idsus.saude.gov.br/detalhadas.html>. Acesso em: 05 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf). Acesso em: 05 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf). Acesso em: 05 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS A Saúde do Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_saude\\_brasil\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_saude_brasil_3ed.pdf). Acesso em: 05 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto Promoção da Saúde. Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Mega Países e Declaração do México**. Ed. Port./Ing. Brasília: Ministério da Saúde, p. 01, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Imunizações – 30 anos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro\\_30\\_anos\\_pni.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_30_anos_pni.pdf). Acesso em: 05 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 40 DAI/SGEP/MS, de 24 de Julho de 2013**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/junho/03/4.d%20-%20Nota%20T%C3%A9cnica%20n%C2%BA%2040.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Suplementação de Ferro – Manual de condutas gerais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_suplementacao\\_ferro\\_condutas\\_gerais.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_suplementacao_ferro_condutas_gerais.pdf). Acesso em: 05 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Imunizações – 40 anos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa\\_nacional\\_imunizacoes\\_pni40.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_nacional_imunizacoes_pni40.pdf). Acesso em: 05 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informação e Gestão da Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019a. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtm>. Acesso em: 05 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Calendário nacional de vacinação – 2019**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019b. Disponível em:

<https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Vacina%C3%A7%C3%A3o/Calendario%20Nacional%20de%20Vacina%C3%A7%C3%A3o%20-202019%20-20POP.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2019.

BRAZ, V. L.; DUARTE, Y. A. de O.; CORONA, L. P. A associação entre anemia e alguns aspectos da funcionalidade em idosos. **Ciênc. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 3257-64, 2019.

BRITO, D. M. de.; SOUSA, J. R. B.; ROCHA, J. V. S. **Insuficiência cardíaca no idoso: uma revisão integrativa acerca da prevalência no seu perfil fisiopatológico**. 2016. 51 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Unidade Acadêmica de Ciências da Vida) Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2016.

BRUSCKY, I. S.; LEITE, R. A. A.; CORREIA, C. da C.; FERREIRA, M. L. B. Caracterização da epilepsia com início após os 60 anos de idade. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.19, n. 2, p.343-47, 2016.

BUFFON, P. L. D.; SGNAOLIN, V.; ENGROFF, P.; VIEGAS, K.; CARLI, G. A. de. Prevalência e caracterização da anemia em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p.373-84, 2015.

CAMARGO, F. A. **A importância das internações por condições sensíveis a atenção ambulatorial como indicador do acesso e qualidade da atenção primária**. 2010. 40 f. Trabalho de conclusão de curso (Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Governador Valadares, 2010.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estud. av.**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 5-26, 2013.

CAVALCANTE, M. V. de A.; OLIVEIRA, L. P. B. A. de.; MEDEIROS, A. C. Q. de.; TAVORA, R. C. de O. Hábitos de vida de homens idosos hipertensos. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 40, 2019.

CASTRO, A. L. B. de.; ANDRADE, C. L. T. de.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. de. Condições socioeconômicas, oferta de médicos e internações por condições sensíveis à atenção primária em grandes municípios do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 11, p.2353-66, 2015.

CEZAR, F. G. o processo de elaboração da CLT: histórico da consolidação das leis trabalhistas brasileiras em 1943. **Rev Processus de Estudos de Gestão, Jurídicos e Financeiros**, Brasília, DF, v. 3, n. 7, p. 13-20, 2008.

CEZAR, L. A.; *et al.* Diretriz de Doença Coronária Estável. **Arq. bras. cardiol.**, São Paulo, v. 103, n. 2, 2014. Supl. 2

COHEN, J. **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. United States of America: LEA, 2 ed., 1988. 567 p.

COSTA, J. S. D. da.; *et al.* Tendência das internações por condição sensível à atenção primária e fatores associados em Porto Alegre, RS, Brasil. **Ciênc. Saúde Colet**, v. 21, n. 4, p. 1289-96, 2016.

CRESCENCIO, C. L. Revolta da vacina: higiene e saúde como instrumentos políticos. **Biblos**, Rio Grande, v. 22, n. 2, p.57-73, 2008.

CRUZ, C.; CRUZ, L.; REIS, R. INÁCIO, F.; VERÍSSIMO, M. Doença alérgica respiratória no idoso. **Rev Port Imunoalergol**, Porto, PT, v. 26, n. 3, p. 189-205, 2018.

DAITX, R. B.; BREHM, T. E.; SANTOS, J. N. de.; SILVEIRA, C. G. da.; DONHERT, M. B.; SANTOS, L. J. Treinamento muscular inspiratório com threshold™ em pacientes internados com pneumonia bacteriana. **Revista de Divulgação Científica da ULBRA Torres**, Torres, v. 1, 2017.

DIAS, H. S.; LIMA, J. D. de.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciênc. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p.1613-24, 2013.

DIAS, F. A.; GAMA, Z. A. da S.; TAVARES, D. M. dos S. Atenção primária à saúde do idoso: modelo conceitual de enfermagem. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 22, n. 3, p. 2017.

DOMINGUES, C. M. A. S.; FANTINATO, F. F. S. T.; DUARTE, E.; GARCIA, L. P. Vacina Brasil e estratégias de formação e desenvolvimento em imunizações. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 28, n. 2, 2019.

DOREA, G. da S.; MANOCHIO-PINA, M. G.; SANTOS, D. dos. Aspectos nutricionais de idosos praticantes de atividade física. **Demetra**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 347-60, 2015.

ELOIA, S. C.; OLIVEIRA, E. N.; ELOIA, S. M. C.; LOPES, R. E. Atenção da enfermagem à saúde do idoso: uma revisão integrativa. **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam.**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, p. 1687-94, 2014.

FEITOSA, J. A. da S.; ROCHA, C. H. R. da.; COSTA, F. S. Sífilis congênita. **Rev Med Saude Brasilia**, Brasília, DF, v. 5, n. 2, p. 286-97, 2016.

FERNANDES, S. F. **Hospitalizações de idosos por condições sensíveis à atenção primária no Brasil**. 2015. 101 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

FERNANDES, P. A. M. **A Enfermagem de Reabilitação na Promoção da Reeducação Funcional Respiratória, no Idoso com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, em Contexto Domiciliário**. 2019. 201 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, 2019.

FERREIRA, J. B. B.; BORGES, M. J. G.; SANTOS, L. L. dos. FORSTER, A. C. Hospital admission sdueto ambulatory care-sensitive conditions in a health region of São Paulo State, Brazil, 2008-2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, DF, v. 23, n. 1, p. 45-56, 2014.

FIGUEIREDO, E. de A.; ANTUNES, D. C.; MIRANDA, M. G. de. Políticas públicas de educação em saúde para a prevenção de comorbidades e doenças cardiovasculares. **Rev da SJRJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 45, p. 161-173, 2019.

FIGUEIREDO, E. N. **A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS**. São Paulo: UNA-SUS – UNIFESP, 2012.

FLEURY, S. **Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. 252 p.

FONSECA, P. C. D. ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA DA ANPEC, 38., 2010, Salvador. **Anais eletrônicos [...]**. Salvador, 2010. Tema: A Revolução de 1930 e a Economia Brasileira. Disponível em: <https://en.anpec.org.br/previous-editions.php?r=encontro-2010>. Acesso em: 10 mai 2018.

FRANCISCO, P. M. S. B.; SEGRI, N. J.; BORIM, F. S. A.; MALTA, D. C. Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais. **Ciênc. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3829-40, 2018.

FREITAS, B. H. B. M. de.; CORTELA, D. da C. B.; FERREIRA, S. M. B. Tendência da hanseníase em menores de 15 anos em Mato Grosso (Brasil), 2001-2013. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v. 51, n. 26, 2017.

GASPAR, R. B.; SILVA, M. M. da.; ZEPEDA, K. G. M.; SILVA, I. R. O enfermeiro na defesa da autonomia do idoso na terminalidade da vida. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, DF, v. 72, n. 6, p.1717-24, 2019.

GIL, C. R. R.; LUIZ, I. C.; GIL, M. C. R. **Gestão Pública em Saúde: contexto de implantação e aspectos organizacionais da gestão do sus**. São Luiz: UNA-SUS UFMA, 2016. 60 p.

GODINHO NETTO, A. C. M.; REIS, T. G. dos.; MATHEUS, C. F.; FREITAS, T. A. de.; AARESTRUP, F. M. Prevalência da síndrome de sobreposição de asma e doença pulmonar obstrutiva crônica (ACOS) em idosos. **Braz J Allergy Immunol.**, São Paulo, v. 3, n. 2, p.56-60, 2015.

GOMES, L. O. N.; GRANCIERO, L. B. O perfil alimentar e nutricional de idosos frequentadores de um centro de convivência para idosos em Brasília. **Rev. Cient. Sena Aires**, Valparaíso de Goiás, v. 6, n. 1, p. 3-9, 2017.

GONÇALVES, L. H. T. A complexidade do cuidado na prática cotidiana da enfermagem Gerontogeriatrica. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 507-18, 2010.

GONZÁLEZ-VÉLEZ, A. E.; MEJÍA, C. C. C.; PADILLA, E. L.; MARÍN, S. Y. M.; BOBADILLA, P. A. R.; SÁNCHEZ, J. P. R.; RUGET, M. A. I. Ambulatory care sensitive conditions hospitalization for emergencies rates in Colombia. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v. 53, n. 36, 2019.

GOUVEIA, L. P. G. P. **Internações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios mineiros com população superior a 100.000 habitantes, 2000 a 2013**. 2016. 86 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde e Nutrição – Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, 2016.

GUEDES, M. J. N.; SANTOS, J. R. S.; SOARES, L. de M. M.; PEREIRA, E. F.; DALTRO, M. C. de L.; MUNGUBA, T. A. Avaliação na funcionalidade de uma idosa praticante do método pilates. **Inter Scientia**, João Pessoa, v. 5, n 1, p. 27-46, 2017.

GUERRA JUNIOR, G. E. S.; GUERRA, K. D. de O. S.; CRISÓSTOMO, C. M.; VELOSO, D. A.; D'ANGELIS, C. E. M. Infecções do trato urinário: frequência e etiologia em pacientes não hospitalizados. **Rev Unimontes Científica**, Montes Claros, v. 20, n.1, p. 112-26, 2018.

HATISUKA, M. F. de B.; ARRUDA, G. O. de.; FERNANDES, C. A. M.; MARCON, S. S. Análise da tendência das taxas de internações por pneumonia bacteriana em crianças e adolescentes. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 294-300, 2015.

HOCHAMAN, G. Vacinação, varíola e uma cultura da imunização no Brasil. **Ciênc. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 375-86, 2011.

HOELLER, A. A.; CARVALHO, C. R. de.; SANTOS, H. R. dos.; IMTHON, A. K.; WALZ, R. Epilepsia na senescência: panorama de prognósticos mal compreendidos. **Vittalle**, Rio Grande, v. 28, p. 65-74, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Sistema de informações de agravos de notificação**. Rio de Janeiro: IBGE, [201-]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/panorama>. Acesso em: 26 set. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2018**: Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/3097/tcmb\\_2018.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/3097/tcmb_2018.pdf). Acesso em: 15 dez 2019.

KAMIOKA, G. A. **Norovírus: principal causa de gastroenterite epidêmica no Município de São Paulo**. 2018. 94 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

KNUUTI, K. *et al.* The Task Force for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). **European Heart Journal**, London, GB, p. 1-71, 2019.

LEITE, B. O.; NUNES, C. R. O.; OLIVEIRA, V. V. de.; BARBOSA, R. A. A.; SOUZA, M. S.; TELES, M. A. B. A Percepção das Mulheres Idosas Sobre o Exame de Prevenção de Câncer do Colo de Útero. **J. res.: fundam. care. online.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 5, p. 1347-52, 2019.

LENTSCK, M. H.; LATORRE, M. do R. D. de O. MATHIAS, T. A. de F. Tendência das internações por doenças cardiovasculares sensíveis à atenção primária. **Rev bras epidemiol**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 372-84, 2015.

LENTSCK, M. H.; PITILIN, E. de B.; BLUM, D. A.; BARATIERI, T. Condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Gest. Saúde**, Brasília, DF, v. 7, p. 1074-88, jul. 2016.

LIMA, A. C. M. G. de.; NICHATA, L. Y. I.; BONFIM, D. Perfil dos atendimentos por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde em uma Unidade de Pronto Atendimento. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 53, 2019.

LINO, G. G.; MEDEIROS, L. B.; PINHEIRO, J. S. Motivos que levam os idosos à recusa das vacinas: uma revisão integrativa. **Rev. Saber Científico**, Porto Velho, v. 8, n. 1, p. 134 – 145, jan./jun. 2019

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. de. F. Health policies in Brazil in times of contradiction: paths and pitfalls in the construction of a universal system. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, e00129616, 2017. Suppl. 2.

MACHADO, I. E.; MALTA, D. C.; BACAL, N. S.; ROSENFELD, L. G. M. Prevalência de anemia em adultos e idosos brasileiros. **Rev bras epidemiol**, São Paulo, v. 22, e190008, 2019. Supl.2.

MACHADO, W. D.; GOMES, D. F.; FREITAS, C. A. S. L.; BRITO, M. da C. C.; MOREIRA, A. C. A. Idosos com doenças crônicas não transmissíveis: um estudo em grupos de convivência. **ReonFacema**, Caxias, MA, v. 3, n. 2, p. 444-51, 2017.

MAGALHÃES, A. L. A.; MORAIS NETO, O. L. de. Desigualdades urbanas de taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária na região central do Brasil. **Ciênc. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 2049-62, 2017.

MALTA, D. C.; STOPA, S. R.; SZWARCOWALD, C. L.; GOMES, N. L.; SILVA JUNIOR, J. B.; REIS, A. A. C. dos. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil – Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev bras epidemiol**, São Paulo, v. 18, p. 3-16, 2015. Suppl 2.

MALHEIRO, L. F.; MAGANO, R.; FERREIRA, A.; SARMENTO, A.; SANTOS, L. Infecções da pele e de tecidos moles na unidade de terapia intensiva: estudo retrospectivo em um centro terciário. **Rev Bras Ter Intensiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 195-205, 2017.

MARQUES, A. P.; MONTILA, D. E. R.; ALMEIDA, W. da S. de. Internação de idosos por condições sensíveis à atenção primária à saúde. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 817-26, 2014.

MARTINS, A. F. B. **Vacinação anti-pneumocócica no idoso**. 2018. 71 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) – Faculdade De Medicina Da Universidade De Coimbra, Portugal, 2018.

MASSA, K. H. C.; DUARTE, Y. A. O.; FILHO, A. D. P. C. Análise da prevalência de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos, 2000-2010. **Ciênc. Saúde Colet**, v. 24, n. 1, p. 105-14, 2019.

MATOS, J. de C. **Avaliação da prevalência de sintomas de asma e rinite autorreferidos em moradores adultos e idosos de diferentes áreas do município de Santos, SP**. 2018. 156 f. Tese (Programa de Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Católica de Santos, Santos, 2018.

- MEDEIROS, S.G.; MORAIS, F. R. R. Organização dos serviços na atenção à saúde da idosa: percepção de usuárias. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 19, n. 52, p. 109-19, 2015.
- MELO, P. de O. C.; ROZENDO, C. A.; SOBRAL, J. P. C. P. A formação do enfermeiro para atuar com a pessoa idosa na estratégia de saúde da família. **Rev. Enferm. UFPE online**, Recife, v. 11, n.10, p. 3985-8, Oct. 2017.
- MENDES, E. V. (org.). **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p.
- MENDES, J. J.; SILVA, M. J.; MIGUEL, L. S.; GONÇALVES, M. A.; OLIVEIRA, M. J.; OLIVEIRA, C. da L.; GOUVEIA, J. Diretrizes da Sociedade Portuguesa de cuidados intensivos para profilaxia da úlcera de estresse na unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 5-14, 2019.
- MENDONÇA, S. de S.; ALBUQUERQUE, E. C. de. Perfil das internações por condições sensíveis à atenção primária em Pernambuco, 2008 a 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 463-74, 2014.
- MENDONÇA, V. S.; ANDRADE, A. N. de. A Política Nacional de Saúde do Homem: necessidade ou ilusão? **Rev. psicol. polít.**, São Paulo, v. 10, n. 20, p. 215-26, 2010.
- MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **Hist. ciênc. saúde-Manguinhos (Online)**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.77-92, 2014.
- MESQUITA, E. T.; JORGE, A. J. L.; JUNIOR, C. V. de S.; CASSINO, J. P. P. Biologia de Sistemas Aplicada à Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Normal. **Arq Bras Cardiol.**, São Paulo, v. 102, n. 5, p. 510-517, 2014.
- MCHUGH, D.; GIL, J. Senescence and aging: causes, consequences, and therapeutic avenues. **The Journal of Cell Biology**, New York, v. 217, n. 1, p. 65-77, Jan 2018.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Minas Gerais. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br>. Acesso em: 23 set. 2018.
- MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. da C. G.; SILVA, A. L. A. da.; SANTOS NETO, P. M. dos. Ampliação das equipes de saúde da família e o programa mais médicos nos municípios brasileiros. **Trab. educ. saúde [online]**, Rio de Janeiro, v.15, n. 1, p.131-45, 2017.
- MORAIS-ALMEIDA, M.; PITÉ, H.; PEREIRA, M. A.; NUNES, C.; FONSECA, J. Asma e rinite no idoso – Estudo epidemiológico nacional. **Rev Port Imunoalergologia**, Porto, PT, v. 22, n. 1, p. 33-42, 2014.
- MORAES JUNIOR, R. F. de.; BORGES, M. M. G.; COSTA, A. N.; BEGOT, E. B.; SOUZA, A. C. A. M. de S.; PONTES, C. D. N.; HOLANDA, L. S. de. Perfil nutricional de idosos internados nas enfermarias de clínica médica de um hospital da Amazônia. **REAS/EJCH**, Campinas, v. 11, n. 4, 2019.

MOREIRA, J. de O.; FREITAS, A. C. P.; VIEIRA, R. F. Algumas considerações sobre velhice bem-sucedida na perspectiva de professores universitários brasileiros. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v. 5 n. 1, p. 21-31, jan./jun. 2014.

MORETTI, P. G. de S.; FEDOSSE, E. Family Health Support Center: Impact on Ambulatory Care Sensitive Conditions. **Fisioter Pesqui.**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 241-47, 2016.

NASCIMENTO, J. S.; TAVARES, D. M. dos S. Prevalência e fatores associados a quedas em idosos. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 25, n. 2, :e0360015, 2016

NASCIMENTO, V. F. dos. **Análise do comportamento epidemiológico das internações de idosos por condições sensíveis a atenção primária à saúde em Pernambuco no período de 2012 a 2016**. 2018. 35 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Pernambuco, Vitória De Santo Antão, 2018.

NEVES, M. M. F.; GUIMARÃES, L. H. de C. T. Qualidade de Vida e Grau de independência Funcional em Pacientes com Acidente Vascular Cerebral. **Rev Neurocienc**, São Paulo, v. 24, p. 1-17, 2016.

NOGUEIRA, I. S.; ACIOLI, S.; CARREIRA, L. BALDISSERA, V. D. A. Atenção ao idoso: práticas de educação permanente do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 53, e03512, 2019.

NUNES, B. P.; *et al.* Hospitalização em idosos: associação com multimorbidade, atenção básica e plano de saúde. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 43, 2017.

OLIVEIRA, M. S. N. de.; ALMEIDA, G. B. S.; CHAGAS, D. de N. P.; SALAZAR, P. R.; FERREIRA, L. V. Autocuidado de idosos diagnosticados com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria, v. 7, n. 3, p. 490-503, 2017.

OLIVEIRA, A. D. de.; REINERS, A. A. O.; MENDES, P. A.; AZEVEDO, R. C. S.; GASPAR, A. C. M. Vacinação contra influenza: conhecimentos, atitudes e práticas de idosos. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria, v. 6, n. 4, p. 462-70, 2016.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no brasil: conceitos e aplicações**. Brasília (DF); 2008.

OLIVEIRA, E. L. **Sentidos de sexualidade entre idosos: discutindo Participação, Emancipação e Gênero no fazer da Psicologia**. Manaus: UFAM, 2014. 63 p.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciênc. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-28, 2018.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p. 15-35, jan.-mar. 2014.

PAIVA, R. F. da P. de S.; SOUZA, M. F. da P. de. Associação entre condições socioeconômicas, sanitárias e de atenção básica e a morbidade hospitalar por doenças de

veiculação hídrica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, e00017316, 2018.

PARIS, C. R.; BARBOSA, P. M. K.; FRANCISCO, A. M.; MARIN, M. J. S.; MIELO, M. Conhecimento de indicadores hospitalares por enfermeiros de unidades de internação. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 18, n. 70, p 127-40, jan.-mar. 2018.

PAZÓ, R. G.; FRAUCHES, D. de O.; MOLINA, M. D. C. B.; CADE, N. V. Panorama das internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil, 2000 a 2014. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p.1-12, 2017.

PEREIRA, F. J. R. P.; SILVA, C. C.; LIMA NETO, E. de A. Condições Sensíveis à Atenção Primária: uma revisão descritiva dos resultados da produção acadêmica brasileira. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 331-342, out. 2014. N. Esp.

PEREIRA, M. S.; PIRES, R. W.; JACINTO, S. M.; SANTOS, F. A. M.; LUZ, E. de A.; BRUM, R. M. R. Gastroenterite eosinofílica em um idoso: relato de caso. **Acta Biomed. Bras**, Nova Iguaçu, v. 9, n. 1, p. 164-68, 2018.

PILTCHER, O.; TMASHIRO, E. I Campanha sobre uso de antibióticos em infecções de vias aéreas superiores.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciênc. Saúde Colet**, v. 23, n. 6, p. 1903-13, 2018.

PIRES, C. A.; SANTOS, M. A. L. dos.; OLIVEIRA, B. F. de.; SOUZA, C. R. de.; BELARMINO, L. N. M.; MARTINS, M. F. Infecções bacterianas primárias da pele: perfil dos casos atendidos em um serviço de dermatologia na Região Amazônica, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saude**, Ananindeua, PA, v. 6, n. 2, p. 45-50, 2015.

PREVIATO, G. F.; NOGUEIRA, I. S.; ACORSI, C. R. L. BALDISSERA, V. D. A.; MATHIAS, T. A. de F. Diminuição de internações por condições sensíveis à Atenção Primária em idosos no estado do Paraná. **Espaç. saúde (Online)**, Londrina, v. 18, n. 2, p. 15-24, 2017.

POLIT, D. F; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

QUEIROZ, M. A. C.; LOURENÇO, R. M. E.; COELHO, M. de M. F.; MIRANDA, K. C. L.; BARBOSA, R. G. B.; BEZERRA, S. T. F. Representações sociais da sexualidade entre idosos. **Rev. bras. enferm. (Online)**, Brasília, DF, v. 68, n. 4. p. 662-667, 2015.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE - RIPSA . **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <http://www.ripsa.org.br/vhl/indicadores-e-dados-basicos-para-a-saude-no-brasil-idb/>. Acesso em: 12 out 2019.

RIO DE JANEIRO (Cidade). Secretaria Especial de Comunicação Social. **1904 Revolta da Vacina**: A maior batalha do Rio. Cadernos da Comunicação Série Memória, Rio de Janeiro,

2006. 120 p.

ROCHA, J. de P.; BÓS, A. J. G. Diferenças na relação de sintomas cardiorrespiratórios e seu diagnóstico nas dificuldades funcionais de longevos e idosos. **Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, v. 45, n. 1, p. 1-12, 2019.

RODRIGUES, M. M.; ALVAREZ, A. M.; RAUCH, K. C. Tendência das internações e da mortalidade de idosos por condições sensíveis à atenção primária. **Rev bras epidemiol**, São Paulo, v. 22, e190010, 2019.

RODRIGUES-BASTOS, R. M.; CAMPOS, E. M. S.; RIBEIRO, L. C.; BASTOS-FILHO, M. G.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M. T. Internações por condições sensíveis à atenção primária, Minas Gerais, 2000 e 2010. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 958-67, 2014.

ROMANELLI, R. M. de C.; LIMA, S. S. S.; VIOTTI, L.V.; CLEMENTE, W. T.; AGUIAR, R. A. L. P. de.; SILVA FILHO, A. L. Abordagem atual da doença inflamatória pélvica. **Rev Med Minas Gerais (Online)**, Belo Horizonte, v. 23, n. 3, p. 347-55, 2013.

ROMERO, D.; MARQUES, A.; RODRIGUES, J. M.; ALMEIDA, W.; ARIZALETA, C. M. A Atenção Primária evita agravos de saúde dos idosos no Brasil? Utilidade do Indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) na análise de tendência e condições de vida da população idosa de Rio de Janeiro e Minas Gerais. *In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS*, 19., 2014, São Pedro, SP. **Anais do XIX Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, Belo Horizonte, 2014. Disponível em: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/2069/2026>. Acesso em: 20 out. 2017.

SAAD JUNIOR, R.; LOPEZ, J. M. A.; DORGAN NETO, V.; BOTTER, M.; RIVABEN, J. H.; MARTINS, C. B. Pneumostomia: uma proposta operatória para o tratamento do enfisema pulmonar difuso grave. **Rev Col Bras Cir**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 3, e20192231, 2019.

SALES, O. P.; VIEIRA, A. F. B.; MARTINS, A. M.; GARCIA, L. G.; FERREIRA, R. K. A. O sistema único de saúde: desafios, avanços e debates em 30 anos de história. **Revista Humanidades e Inovação**, Palmas, v.6, n.17, p. 54-65, 2019.

SANTOS, A. C. S. dos.; SANTO, F. H. do E.; PESTANA, L.; DAHER, D. V.; SANTANA, R. Insuficiência cardíaca: estratégias usadas por idosos na busca por qualidade de vida. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 857-63. 2011.

SANTOS, B. V. dos.; LIMA, D. da S.; FONTES, C. J. F. Hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions in the state of Rondônia, Brazil: descriptive study for the period 2012-2016. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 28, n. 1, :e2017497, 2019.

SANTOS, C. J.; MELO, W. Estudo de Saúde Comparada: Os Modelos de Atenção Primária em Saúde no Brasil, Canadá e Cuba. **Gerais (Univ. Fed. Juiz Fora)**, Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p. 79-98, 2018.

SANTOS, M. S. dos.; FERREIRA, A. B. Avaliação da Adesão ao Tratamento da hipertensão arterial em pessoas Idosas. **Rev. Kairós**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 395-410, 2018.

SANTOS, M. I. P. de O.; PORTELLA, M. R.; SCORTEGAGNA, H. de M.; SANTOS, P. C. S. dos. Letramento funcional em saúde na perspectiva da Enfermagem Gerontológica: revisão integrativa da literatura. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 651-64, 2015.

SANTOS, S. L. F. dos.; PESSOA, C. V.; BARROS, K. B. N. T. Prevalência de doenças gástricas não-infecciosas em idosos. **Rev Enferm Atenção Saúde [Online]**, Uberaba, v. 7, n. 2, p. 32-43, 2018.

SHIAN, C. W.; LIMA, S. G. de.; MARKMAN FILHO, B. Angina Pré-Infarto na Evolução Intra-Hospitalar de Pacientes Idosos com Infarto Agudo do Miocárdio. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 89, n. 6, p. 370-76, 2007.

SILVA, D. M. da. **O cotidiano de trabalho de profissionais da estratégia saúde da família na atenção à saúde do idoso**. 2018. 130 f. Tese (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

SILVA, E. N.; POWELL-JACKSON, T. Does expanding primary healthcare improve hospital efficiency? Evidence from a panel analysis of avoidable hospitalisations in 5506 municipalities in Brazil, 2000–2014. **BMJ Glob Health**, London, v. 2, n. 2, 2017.

SILVA, K. M.; VICENTE, F. R.; SANTOS, S. M. A. dos.; Consulta de enfermagem ao idoso na atenção primária à saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 681-87, 2014.

SILVA, L. F. **Internações por condições sensíveis à atenção primária em Minas Gerais: análise de prevalência e de gastos nas macrorregiões de saúde**. 2017. 147 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2017.

SILVA, L. C. S. da.; CUNHA, L. P.; CARVALHO, S. M.; TOCANTINS, F. R. Necessidades de saúde da mulher idosa no contexto da atenção básica: revisão integrativa. **Enferm. glob.**, Murcia, n. 40, p. 389-401, 2015.

SILVA, M. V. M. da.; *et al.* Tendências das internações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária à saúde no município de Senador Canedo, Goiás, 2001-2016. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 28, n. 1, :e2018110, 2019.

SILVEIRA, A. C.; MACHADO, C. V.; MATTA, G. C. A Atenção Primária em Saúde na agenda da organização PAN-AMERICANA de saúde nos anos 2000. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13 n. 1, p. 31-44, jan./abr., 2015.

SIQUEIRA, M. S.; ROSA, R. dos S.; BORDIN, R.; NUGEM, R. de C. Internações por doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado na rede pública de saúde da região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2010-2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 26, n. 4, p. 795-806, out.-dez. 2017.

SOARES, A. M. de M.; MENDES, T. C. de O.; LIMA, K. C.; MENEZES, M. M. de.;

Causes for hospitalization of elderly individuals due to primary care sensitive conditions and its associated contextual factors. **Rev assoc med bras**, São Paulo, v. 65, n. 8, p. 1086-92, 2019.

SOARES, M. de S. Médicos e mezinheiros na Corte Imperial: uma herança colonial. **Hist. ciênc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 407-38, 2001.

SOUSA, A. F. L. de. *et al.* Óbitos em idosos com infecção adquirida em Unidades de Terapia Intensiva. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v.70, n. 4, p. 766-72. jul.-ago., 2017.

SOUSA, A. L. L.; BATISTA, S. R.; SOUSA, A. C.; PACHECO, J. A. S.; VITORINO, P. V. de O. V.; PAGOTTO, V. Prevalência, Tratamento e Controle da Hipertensão Arterial em Idosos de uma Capital Brasileira. **Arq Bras Cardiol.**, São Paulo, v. 112, n. 3, p. 271-78, 2019a.

SOUSA, E. A. de.; FERNANDES, E. T. P.; RODRIGUES, S. M.; DIAS, C. A.; FRAUCHES, M. B. Avaliação da atenção primária à saúde: qualidade da coordenação do serviço na perspectiva do idoso. **REAS/EJCH**, Campinas, v. 11, n. 9, e846, 2019b.

SOUSA, T. A. de.; ABREU, A. R. de.; SOUZA, J. P. de.; SANTOS, J. C. dos.; TERRA JÚNIOR, A. T. Tratamentos homeopáticos para bronquite e a perspectiva farmacêutica. **Rev Cient. FAEMA**, Ariquemes, RO, v. 9, n. 1, p. 413-22, 2018.

SOUZA, A. M. V. de.; MARCH, M. de F. P. Política Sanitária para Asma no Brasil. **Rev. bras. pediatr.**, Rio de Janeiro, v.11, n. 1, p. 10-18, 2010.

SOUZA, I. D. T. de. **Mortalidade por doenças respiratórias no brasil e suas regiões: série histórica 2000 – 2013**. 2016. 23 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Fisioterapia Cardiorrespiratória) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.

SOUZA, M. P.; ARAÚJO, S. M.; DOURADO, M. ; GAMA, G. G. G. Perfil epidemiológico de idosos com insuficiência cardíaca na unidade de terapia intensiva. **Rev. Enferm. Contemp.**, Salvador, v. 6, n. 1, p. 42-48, 2017.

SOUZA, R. R. de. Políticas e práticas de Saúde e equidade. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 41(Esp), p. 765-70, 2007.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

POLIT, D. F; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

TAVARES, D. M. dos S.; DIAS, F. A.; SANTOS, N. M. de F.; HAAS, V. J.; MIRANZI, S. de C. S. Fatores associados com a qualidade de vida de homens idosos. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 678-85, 2013.

TORRES FILHO, H. M. Gastroenterites infecciosas. **J. bras. med.**, Rio de Janeiro, v. 101, n. 2, p. 25-29, 2013.

XAVIER, S. de O.; FERRETTI-REBUSTINI, R. E. de L. Características clínicas da Insuficiência Cardíaca associadas à dependência funcional admissional em idosos hospitalizados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, e3137, 2019.

WASUM, F. D.; JANTSCH, L. B.; SILVA, E. de.; RUBERT, R.; SILVA, J. da. Prevalência de internações hospitalares por diarreia e gastroenterite em menores de um ano. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 99-105, 2019.

ZEPKA, A. P. dos S.; CAETANO, T. L. A urgência no atendimento ao idoso: estudo de caso. **Revista Univap**, São José dos Campos-SP, v. 21, n. 37, p. 80-88, 2015.

## ANEXO



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Internações de idosos por condições sensíveis à atenção primária da saúde da Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul no Hospital de Clínicas da UFTM: período de 2008 a 2018

**Pesquisador:** Darlene Mara dos Santos Tavares

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 12878819.4.0000.5154

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Triângulo Mineiro

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.318.120

**Apresentação do Projeto:**

Segundo os pesquisadores:

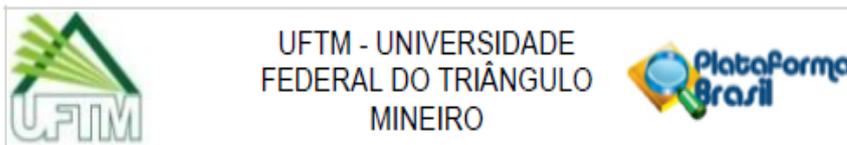
"O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado no intuito de fornecer aos brasileiros serviços de saúde em todos os níveis de atenção, de maneira a respeitar os princípios instituídos na legislação, dentre eles, universalidade e equidade. Para tanto, umas das estratégias a fim de alcançar tais princípios e fornecer meios de atendimento à população o mais próximo de suas residências, foi o Programa de Saúde da Família (PSF), denominado posteriormente de Estratégia de Saúde da Família (ESF) (LENTSCK; et al, 2016).

A ESF é uma ação de atenção do nível primário de atendimento brasileiro que visa assistência de maneira integral ao usuário e em redes de serviços disponíveis em cada município e região de saúde (MAGALHÃES; NETO, 2017).

A ESF deve promover através do vínculo profissional/usuário; promoção de saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação quando necessário, na tentativa de evitar altos índices de internações. Devem prestar cuidados de baixa complexidade por meio de políticas preexistentes. Este modelo de serviço está dentro da perspectiva da Atenção Primária a Saúde (APS) (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

O modelo de APS instituído no Brasil prevê que a porta de entrada da população que busca atendimento de saúde seja a ESF que tem como finalidade promover a qualidade de vida da

**Endereço:** Rua Conde Prados, 191  
**Bairro:** Nossa Sra. Abadia **CEP:** 38.025-260  
**UF:** MG **Município:** UBERABA  
**Telefone:** (34)3700-6803 **E-mail:** cep@uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 3.318.120

população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, além de constituir a chamada Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BOUSQUAT; et al., 2017).

As RAS são constituídas por serviços organizados de diferentes tipos tecnológicos apoiados em recursos técnicos de logística e gestão. Estes serviços vêm com o propósito de efetividade e resolutividade das questões de saúde da APS evitando que sejam necessários atendimento de nível terciário como a internação (BOUSQUAT; et al., 2017).

Como meio de identificar informações essenciais sobre diferentes enfermidades que poderá acometer individualmente ou coletivamente grupos de pessoas, em para proporcionar meios de verificação do funcionamento dos serviços; os indicadores de saúde são utilizados. Estes poderão avaliar desde os casos mais simples até os de maior complexidade sendo utilizados como ferramentas de gerenciamento das unidades tanto do nível primário, secundário e terciário de saúde (PARIS; et al, 2018).

Diante da preocupação do Ministério da Saúde (MS) com a crescente taxa de internação, foi criada a Lista de Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (ICSAP) no ano de 2008 afim de identificar, reestruturar e diagnosticar falhas da atenção primária de saúde no atendimento ao usuário das redes de atenção acerca das doenças que poderiam ser evitadas ou minimizadas utilizando-a como indicador de saúde (ALCALDE; KIRSZTAJN, 2018).

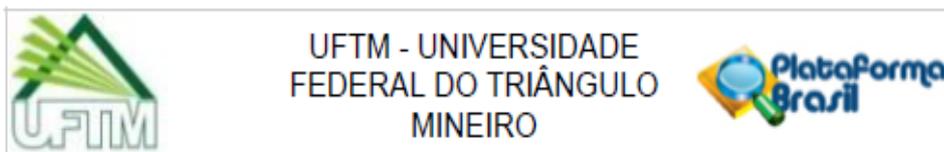
Esta lista tem o propósito de ajudar no diagnóstico de deficiências nos serviços de saúde prestados pela APS, além das políticas e estratégias de prevenção oferecidas à população. As doenças elencadas na lista de ICSAP são divididas em grandes grupos, totalizando dezenove (LENTSCK; et al., 2018).

As doenças que mais causam internações advêm das infecções do trato gastrointestinal e renal, insuficiência renal, infarto agudo do miocárdio, angina e diabetes melitus. Por se tratar de doenças que acometem especialmente idosos se faz necessário verificar principais causas de internações afim de propor medidas preventivas (MAGALHÃES; NETO, 2017).

O crescente aumento da população idosa brasileira preocupa gestores e governantes, sendo necessárias medidas de reestruturação dos serviços para atendimento desta demanda. Minas Gerais é considerado o quarto estado com maior número de idosos, a identificação das ICSAP mais prevalentes desta faixa etária faz-se importante para que medidas de prevenção de agravos e promoção da saúde sejam planejadas para minimizar riscos de saúde e internações (SILVEIRA; MACHADO; MATTA, 2015).

Toma-se como questão norteadora: como se caracterizam as Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (ICASP) na população idosa pertencente à Macrorregião de Saúde Triângulo Sul

Endereço: Rua Conde Prados, 191  
 Bairro: Nossa Sra. Abadia CEP: 38.025-260  
 UF: MG Município: UBERABA  
 Telefone: (34)3700-6803 E-mail: cep@uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 3.318.120

de Minas Gerais? Após a criação da lista de ICSAP em 2008 as taxas de internações em idosos têm reduzido?"

**Objetivo da Pesquisa:**

Segundo os pesquisadores:

"OBJETIVO GERAL

Analisar as internações de idosos por condições sensíveis a atenção primária de saúde no Hospital de Clínicas da UFTM referenciadas pela Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul – MG, período de 2008 a 2018.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar a ocorrência, total e por microrregião, de ICSAP entre idosos no Hospital de Clínicas da UFTM referenciadas pela Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul – MG, no período de 2008 a 2018;
2. Descrever as ICSAP entre idosos no Hospital de Clínicas da UFTM referenciadas pela Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul – MG, no período de 2008 a 2018 segundo causa; sexo e faixa etária;
3. Verificar a tendência, geral e por grupo de causas, das ICSAP entre idosos no Hospital de Clínicas da UFTM referenciadas pela Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul – MG, no período de 2008 a 2018;
4. Correlacionar as ICSAP à cobertura da Estratégia Saúde da Família dos municípios pertencentes à Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul – MG, no período de 2008 a 2018."

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo os pesquisadores:

"Tal pesquisa dispõe de risco mínimo para o participante, uma vez que serão utilizados dados secundários de acesso público sem variáveis de identificação pessoal como nome e endereço. Trata-se de uma pesquisa de importância social, uma vez que o resultado obtido poderá subsidiar ações para a melhoria do atendimento de saúde ao usuário idoso através da atenção primária de saúde afim de reduzir os índices de internações por condições sensíveis a atenção primária."

<b>Endereço:</b> Rua Conde Prados, 191	
<b>Bairro:</b> Nossa Sra. Abadia	<b>CEP:</b> 38.025-260
<b>UF:</b> MG	<b>Município:</b> UBERABA
<b>Telefone:</b> (34)3700-6803	<b>E-mail:</b> cep@uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 3.318.120

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo ecológico, cuja unidade de análise será os 27 municípios que compõem a Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul – MG. Os dados de ICSAP serão coletados por meio de consulta documental na base de dados do DATASUS no SIH-SUS referente ao período de 2008 a 2018

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos de apresentação obrigatória adequados. Pesquisadores solicitam dispensa de TCLE e apresentam justificativa pertinente.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 e norma operacional 001/2013, o colegiado do CEP-UFTM manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O CEP-UFTM informa que de acordo com as orientações da CONEP, o pesquisador deve notificar na página da Plataforma Brasil, o início do projeto. A partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestrais), assim como também é obrigatória, a apresentação do relatório final, quando do término do estudo.

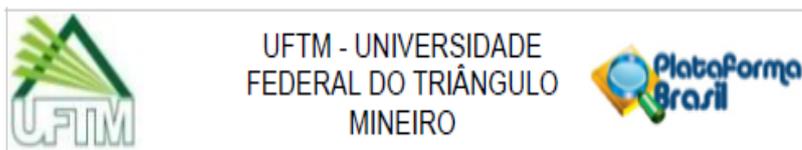
**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado na reunião de Colegiado do CEP-UFTM em 10/05/2019.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_1333888.pdf	30/04/2019 11:18:34		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	FormularioCEP.docx	30/04/2019 11:18:09	Darlene Mara dos Santos Tavares	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	JustificativaTCLE.pdf	25/04/2019 15:55:14	Darlene Mara dos Santos Tavares	Aceito
Declaração de	Oficio2.pdf	25/04/2019	Darlene Mara dos	Aceito

Endereço: Rua Conde Prados, 191  
 Bairro: Nossa Sra. Abadia CEP: 38.025-260  
 UF: MG Município: UBERABA  
 Telefone: (34)3700-6803 E-mail: cep@uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 3.318.120

Instituição e Infraestrutura	Oficio2.pdf	15:35:31	Santos Tavares	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Oficio1.pdf	25/04/2019 15:35:22	Darlene Mara dos Santos Tavares	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	25/04/2019 15:32:25	Darlene Mara dos Santos Tavares	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

UBERABA, 10 de Maio de 2019

Assinado por:

Alessandra Cavalcanti de Albuquerque e Souza  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Conde Prados, 191  
 Bairro: Nossa Sra. Abadla CEP: 38.025-260  
 UF: MG Município: UBERABA  
 Telefone: (34)3700-6803 E-mail: cep@uftm.edu.br