

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI
Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente

Nayla Alves Costa

**INTERNAÇÕES POR DOENÇAS CARDIOVASCULARES COM ÊNFASE NO
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

Diamantina

2020

Nayla Alves Costa

**INTERNAÇÕES POR DOENÇAS CARDIOVASCULARES COM ÊNFASE NO
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Renata Aline de Andrade

Colaboradora: Profa. Dra. Magnania Cristiane

Pereira Costa

Diamantina

2020

Elaborado com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

C837i

Costa, Nayla Alves

Internações por doenças cardiovasculares com ênfase no acidente vascular cerebral / Nayla Alves Costa, 2020.

66 p.: il.

Orientadora: Renata Aline de Andrade

Colaboradora: Magnania Cristiane Pereira

Dissertação (Mestrado– Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente) - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, 2020.

I. Estudos epidemiológicos. 2. Doenças não transmissíveis. 3. Sistemas de saúde. I. Andrade, Renata Aline de. II. Pereira, Magnania Cristiane. III. Título. IV. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

CDD 610.6981

Ficha Catalográfica – Sistema de Bibliotecas/UFVJM

Bibliotecária: Viviane Pedrosa – CRB6/2641

Nayla Alves Costa

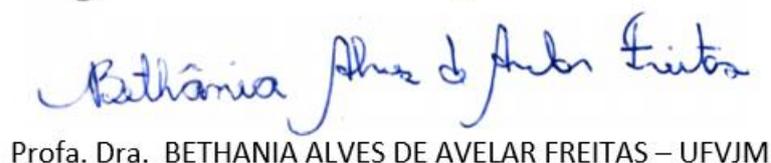
**INTERNAÇÕES POR DOENÇAS CARDIOVASCULARES COM ÊNFASE NO
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Renata Aline de Andrade
Colaboradora: Profa. Dra. Magnania Cristiane Pereira Costa

Data da aprovação: 14/04/2020


Profa. Dra. ANA CATARINA PEREZ DIAS – UFVJM


Profa. Dra. BETHANIA ALVES DE AVELAR FREITAS – UFVJM


Profa. Dra. MARIA LETICIA COSTA REIS – UFVJM


Profa. Dra. RENATA ALINE DE ANDRADE – UFVJM


Profa. Dra. ROSANE LUZIA DE SOUZA MORAIS – UFVJM

DIAMANTINA

2020



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI
DIAMANTINA – MINAS GERAIS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO



ATESTADO DE DEFESA POR VIDEOCONFERÊNCIA

Atesto para os devidos fins que no dia 14 de abril de 2020, às 14h, em Diamantina, foi realizada a defesa da dissertação da discente Nayla Alves Costa com o trabalho intitulado “*Internações por doenças cardiovasculares com ênfase no Acidente Vascular Cerebral*”, no Programa de Pós-graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente.

Na qualidade de presidente da banca, eu Prof.^a Dr.^a Renata Aline de Andrade, atesto que os professores Prof.^a Dr.^a Ana Catarina Perez Dias, Prof.^a Dr.^a Bethânia Alves de Avelar Freitas, Prof.^a Dr.^a Maria Leticia Costa Reis e Prof.^a Dr.^a Rosane Luzia de Souza Moraes, docentes da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, participaram da banca através de videoconferência.

Por ser verdade, dou fé e assino o presente atestado.

Diamantina, 14 de abril de 2020.

Prof.^a Dr.^a Renata Aline de Andrade
Presidente da Banca

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Profa. Dra. Renata Aline de Andrade, por me acolher no Programa de Mestrado, pela parceria, amizade, ensinamentos acadêmicos e pessoais.

Aos professores do Programa de Mestrado em Saúde, Sociedade e Ambiente, por todo conhecimento adquirido e esforço em prol do crescimento acadêmico da instituição.

Aos colegas do Mestrado, pela troca de saberes.

À Santa Casa de Misericórdia de Diamantina, pela receptividade e auxílio durante a coleta de dados.

Às professoras da banca examinadora: Profa. Dra. Bethânia Alves de Avelar Freitas, Profa. Dra. Ana Catariana Peres Dias e Profa. Dra. Rosane Luzia de Souza Moraes, pela disposição e valiosas contribuições.

Aos colegas e a Coordenação do Departamento de Medicina, pela compreensão e ajuda nesse período de estudos.

Às minhas amigas e colegas de trabalho, Cristiane Costa e Alessandra Fagundes, pelo carinho, disposição, paciência e dedicação comigo e com esse projeto. Não tenho palavras para agradecer tudo que me ensinaram. Vocês deixaram o meu caminho muito mais ameno. Espero poder retribuir tudo que fizeram por mim. Muito obrigada!

RESUMO

As doenças crônicas não transmissíveis, em particular as doenças cardiovasculares, têm gerado perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e lazer, além dos impactos econômicos e elevado número de mortes precoces. O estudo das internações hospitalares auxilia no monitoramento da qualidade e da efetividade das ações desenvolvidas na Atenção Primária e contribui para a elaboração de estratégias de organização dos serviços de saúde. Nesse sentido, objetivou-se analisar o perfil das internações por doenças cardiovasculares, e em especial, mensurar as internações por Acidente Vascular Cerebral (AVC), sua mortalidade e o custo hospitalar. Para tanto, realizou-se dois estudos por meio de uma pesquisa quantitativa, descritiva, exploratória, transversal, a partir da análise de prontuários de pacientes internados com doenças cardiovasculares em um hospital de referência do Vale do Jequitinhonha. Para a coleta de dados, foi elaborado um instrumento composto por questões abertas e fechadas. Para a análise estatística, foi utilizado o teste de qui-quadrado de Pearson, teste exato de Fisher ou generalização do teste exato de Fisher quando necessário, com o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). A partir de seus resultados, foi identificada a necessidade de intervenções relacionadas à prevenção e tratamento das doenças cardiovasculares, além da melhoria dos registros como ponto fundamental para manter a qualidade, segurança e continuidade da assistência ao paciente. E um segundo trabalho do tipo ecológico, retrospectivo, com análise de série temporal, com base em dados secundários obtidos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), em três esferas administrativas (Diamantina, Minas Gerais e Brasil), dos últimos dez anos. Os resultados evidenciaram a importância da análise de dados secundários e públicos para o AVC. Identificou-se que o número de internações se manteve na média durante os dez anos; a mortalidade vem diminuindo, em Diamantina e Minas Gerais se mantendo abaixo do percentual do Brasil. No entanto, os custos com a doença vêm aumentando devido as novas terapias empregadas. Diante do impacto social, econômico e previdenciário do AVC, faz-se necessário o envolvimento de gestores de saúde, de forma a conhecer bem o perfil de sua população para diminuir os custos com internações, mortalidade e desequilíbrio financeiro dos hospitais, almejando, assim, a melhoria da situação de saúde do país.

Palavras-chave: Estudos epidemiológicos. Doenças não transmissíveis. Sistemas de Saúde.

ABSTRACT

Chronic non-communicable diseases, in particular cardiovascular diseases, have resulted in a loss of quality of life with a high degree of limitation in work and leisure activities, in addition to economic impacts and a high number of early deaths. The study of hospital admissions helps to monitor the quality and effectiveness of the actions developed in Primary Care and contributes to the development of strategies for organizing health services. In this sense, the objective was to analyze the profile of hospitalizations for cardiovascular diseases, and in particular, to measure hospitalizations for stroke, their mortality and hospital cost. To achieve the objective, two studies were carried out: a quantitative, descriptive, exploratory, cross-sectional study based on the analysis of medical records of patients hospitalized with cardiovascular diseases in a reference hospital in Vale do Jequitinhonha. For data collection, an instrument composed of open and closed questions was developed. For statistical analysis, Pearson's chi-square test, Fisher's exact test or generalization of Fisher's exact test was used when necessary, with a significance level of 5% ($p < 0,05$). From its results, the need for interventions related to the prevention and treatment of cardiovascular diseases was identified, in addition to the improvement of records as a fundamental point to maintain the quality, safety and continuity of patient care. And a retrospective study was also carried out based on secondary data obtained from the Informatics Department of the Unified Health System, in three administrative spheres (Diamantina, Minas Gerais and Brazil), of the last ten years. The results showed the importance of analyzing secondary and public data for stroke. It was identified that the number of hospitalizations remained on average during the ten years; mortality has been decreasing, with Diamantina and Minas Gerais remaining below the percentage of Brazil. However, the costs of the disease have been increasing due to the new therapies employed. In view of the social, economic and social impact of the stroke, it is important to involve health managers in knowing the profile of their population to reduce the costs of hospitalizations, mortality and financial imbalance in hospitals, aiming at improving the health situation of the country.

Keywords: Epidemiological studies. Noncommunicable diseases. Health Systems.

LISTA DE FIGURAS

CAPÍTULO 2 – DOENÇAS CARDIOVASCULARES DIAGNOSTICADAS EM PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL DO VALE DO JEQUITINHONHA-MG29

Figura 1 – Principais doenças cardiovasculares diagnosticadas na alta hospitalar. Minas Gerais, Brasil, 2016 (n=1.252)34

CAPÍTULO 3 – ANÁLISE DAS INTERNAÇÕES, MORTALIDADE E CUSTO MÉDIO POR AVC NAS TRÊS ESFERAS ADMINISTRATIVA: ESTUDO DE SÉRIE TEMPORAL.....45

Figura 1 – Percentual de internações por Acidente Vascular Cerebral em relação ao total de internações no Brasil, Minas Gerais e Diamantina durante o período de 2009 a 2018 51

Figura 2 – Percentual de mortalidade em pacientes internados por Acidente Vascular Cerebral no Brasil, Minas Gerais e Diamantina durante o período de 2009 a 201852

Figura 3 – Valor médio da AIH por Acidente Vascular Cerebral no Brasil, Minas Gerais e Diamantina durante o período de 2009 a 2018 53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil de pacientes internados com doenças cardiovasculares, segundo o óbito e prontuários. Minas Gerais, Brasil, 2016 (n=1.252).....	35
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AB – Atenção Básica
- AIH – Autorização de Internação Hospitalar
- APS – Atenção Primária à Saúde
- AVC – Acidente Vascular Cerebral
- CTI – Centro de Terapia Intensiva
- CID – Classificação internacional de doenças
- CFM – Conselho Federal de Medicina
- DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
- DCNT – Doenças Crônicas não Transmissíveis
- DCV – Doenças Cardiovasculares
- ESF – Estratégia de Saúde da Família
- FA – Fibrilação Atrial
- IAM – Infarto Agudo do Miocárdio
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva
- ICSAP – Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária
- IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- OPME – Órteses/Próteses e Materiais Especiais
- PEC – Prontuário Eletrônico do Cidadão
- PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
- PPGSaSA – Pós Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente
- SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e
OPME do SUS
- SPSS – Statistical Package for Social Science
- SUS – Sistema Único de Saúde
- UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 – REFERÊNCIAL TEÓRICO	22
1 INTRODUÇÃO	22
2 OBJETIVOS	26
2.1 Objetivo Geral	26
2.2 Objetivos Específicos	26
REFERÊNCIAS	27
CAPÍTULO 2 – DOENÇAS CARDIOVASCULARES DIAGNOSTICADAS EM PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL DO VALE DO JEQUITINHONHA-MG.	29
RESUMO	29
ABSTRACT	30
1 INTRODUÇÃO	31
2 METODOLOGIA	33
3 RESULTADOS	34
4 DISCUSSÃO	37
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	42
CAPÍTULO 3 – ANÁLISE DAS INTERNAÇÕES, MORTALIDADE E CUSTO MÉDIO POR AVC NAS TRÊS ESFERAS ADMINISTRATIVA: ESTUDO DE SÉRIE TEMPORAL	45
RESUMO	45
ABSTRACT	46
1 INTRODUÇÃO	47
2 METODOLOGIA	49
3 RESULTADOS	51
4 DISCUSSÃO	54
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS	60
APÊNDICE A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	66
APÊNDICE B – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS	68
APÊNDICE C – NORMAS PARA A PUBLICAÇÃO NA REVISTA INTELLECTUS	70
APÊNDICE D – CONFIRMAÇÃO DE RECEBIMENTO PELA REVISTA	75

CAPÍTULO 1 – REFERÊNCIAL TEÓRICO

1 INTRODUÇÃO

O interesse em estudar as internações hospitalares aumentou na última década como uma forma de monitorar a qualidade e a efetividade das ações desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde (APS), principalmente por terem sido estabelecidos indicadores de pactuação pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) têm um impacto direto na perda da qualidade de vida, trazendo limitações físicas e influenciando nas atividades de trabalho e de lazer, além de gastos expressivos com a saúde pública. Para as próximas décadas, existem projeções de crescimento mundial das DCNT como câncer, doenças respiratórias e em particular, as doenças cardiovasculares (DCV) as quais, atualmente, são as causas mais comuns de morbidade e mortalidade em todo o mundo. (ARRUDA *et al.*, 2015; VILLELA; GOMES; MELENDEZ, 2014).

Aproximadamente 38 milhões de mortes são ocasionadas pelas DCNT anualmente. E 82% das mortes precoces estão relacionadas ao fato de essas doenças ocorrem em países de baixa e média renda. As DCV são responsáveis pela maior parte delas, correspondendo a 37% (LENTSCK; LATORRE; MATHIAS, 2015).

Algumas das doenças cardiovasculares estão presentes na Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (ICSAP). Essas são doenças potencialmente evitáveis; e, por isso, utilizadas na avaliação indireta dos serviços básicos de saúde (BRASIL, 2008).

Altas taxas de ICSAP estão associadas a deficiências na cobertura dos serviços e/ou à baixa resolutividade da atenção primária. Esse excesso de hospitalizações representa um sinal de alerta, que pode acionar mecanismos de análise para a sua ocorrência (ANSARI; LADITKA; LADITKA, 2006; NEDEL, *et al.*, 2008). Trata-se, portanto, de um indicador valioso para monitoramento e tomada de estratégias (STARFIELD; SHI; MACINKO 2005).

Nas últimas décadas, uma série de medidas compostas por ações de prevenção, tratamento e reabilitação para os indivíduos acometidos por DCV estão sendo priorizadas em algumas políticas e programas implementados pelo Ministério da Saúde, a fim de reduzir a morbimortalidade. Essas ações priorizam principalmente a redução do número de internações, de atendimentos de urgências, gastos com tratamentos, complicações e

aposentadorias precoces, proporcionando a melhoria da qualidade de vida dos portadores dessas enfermidades (VILLELA; GOMES; MELENDEZ, 2014).

Por conseguinte, a solidificação da Atenção Básica (AB), que é a principal porta de entrada do SUS, tem sido o objetivo, mas também o maior desafio. Ela é responsável pelo acolhimento, escuta e resolução da maior parte das necessidades de saúde da população, garantindo a integralidade na atenção à saúde (FIGUEIREDO, 2012). Para a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a atenção primária inclui ações no campo individual e coletivo compreendendo a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Presta assistência contínua e integral a uma população definida de maneira organizada e interligada com os demais níveis de atenção (MENDES, 2009).

Um sistema que foi criado na tentativa de organizar os serviços de necessidade do usuário foi o de referência e contrarreferência. Isso significa que o indivíduo avaliado na atenção primária, quando necessário, é referenciado para uma unidade de maior complexidade, para receber uma avaliação mais especializada. Quando finalizado o atendimento neste local, ele deve ser *contra-referenciado*, ou seja, encaminhado para a unidade de origem, para a continuidade do atendimento (FRATINI; SAUPE; MASSAROLI, 2008). Dessa forma, há uma comunicação entre os serviços que detém o conhecimento pregresso do estado de saúde e tratamentos prévios do paciente, dos procedimentos realizados e as possíveis condutas a serem seguidas, otimizando o funcionamento do sistema de saúde (BRITO, BEZERRA; TANAKA, 2012).

Outra estratégia para organização dos serviços de saúde foi a criação do SUS eletrônico (e-SUS) que tem como objetivo concretizar um novo modelo de gestão de informação, para apoiar os municípios e os serviços de saúde na gestão efetiva da AB e na qualificação do cuidado dos usuários. Dentro do sistema e-SUS AB está inserido um software chamado Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) que tem como principal objetivo apoiar o processo de informatização das UBS. (BRASIL, 2018).

Nesse contexto, os sistemas que apresentam uma maior integração são considerados os mais efetivos, com melhor potencial de promover um cuidado coordenado, diminuindo as internações hospitalares, apresentando usuários mais satisfeitos e com menor necessidade de serviços especializados (BRITO, BEZERRA; TANAKA, 2012).

Porém, vale mencionar que a transição epidemiológica e demográfica em curso exige uma maior demanda por serviços e produtos de saúde, criando uma tendência de sobrecarga para o sistema (REIS; BARBOSA; PIMENTEL, 2016). Por isso, torna-se ainda

mais relevante o fortalecimento da atenção primária no contexto dessa transição, buscando evitar a agudização das condições crônicas, por meio do monitoramento de pacientes e atuação preventiva (REIS; BARBOSA; PIMENTEL, 2016).

A intenção é manter o foco na atenção primária, assim os pacientes procuram primeiro a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que realiza a triagem e o encaminhamento aos demais níveis de complexidade, se necessário, tirando o peso das “portas de entrada”. Desse modo, minimiza-se a busca pelos ambulatórios hospitalares e emergências, que geram mais gastos, pois solicitam mais exames e procedimentos, e não necessariamente será mais resolutivo para o paciente (PIMENTEL et al., 2012).

No entanto, o Brasil ainda segue com um modelo centrado principalmente nos grandes hospitais: aproximadamente 67% dos gastos com saúde são destinados ao atendimento de alta e média complexidade, enquanto a média dos países desenvolvidos é de 55% (BNDES; MCTIC, 2017). Por isso, desde 1994, o Ministério da Saúde tem se esforçado para disseminar a Estratégia de Saúde da Família, uma reorientação do modelo assistencial centrado na atenção primária. A ESF passa a ser responsável pela manutenção da saúde da população a partir das ações de promoção, prevenção e tratamento (PIMENTEL *et al.*, 2012).

No que se refere aos gastos, o financiamento é um problema presente em toda a história do Sistema Único de Saúde (SUS). Os investimentos em saúde no Brasil sempre foram insuficientes para garantir os princípios do SUS, como o acesso universal, com a integralidade da assistência e a efetividade da saúde pública (MENDES, 2013).

As hospitalizações demandam gastos elevados ao sistema de saúde e as internações, por causas que poderiam ter sido evitadas na atenção primária, estão onerando desnecessariamente o sistema (ARRIETA, 2015). Esses gastos crescentes são também devidos a modernização e uso indiscriminado da tecnologia médico-hospitalar. Tudo isso pode contribuir para a escassez de insumos, exigindo mais eficiência na gestão e alocação adequada dos recursos financeiros disponíveis (STARFIELD, 2002).

O interesse pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente (PPGSaSA) advém não só da visão interdisciplinar oferecida pelo Programa, mas também da vontade de continuar o meu processo de formação e capacitação, realizando investigações dos problemas de saúde, bem como a implantação de intervenções. Nesse sentido, reconheço que a natureza multidimensional do ser humano precisa de abordagens profissionais interdisciplinares para gerar formas mais integrativas e complementares de aproximar-se da realidade, o que é condizente, inclusive, com os princípios da

universalidade, equidade e integralidade da atenção que orientam o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

A escolha pela temática “Doenças cardiovasculares diagnosticadas em pacientes internados em um hospital do Vale do Jequitinhonha-MG” integra a um projeto de pesquisa iniciado em 2017, intitulado “O perfil clínico e epidemiológico das internações hospitalares: uma contribuição para o diagnóstico de saúde da comunidade”. Outro fator preponderante à escolha desse tema está relacionado à minha experiência como docente preceptora nas clínicas da Instituição pesquisada, quando pude expandir meus conhecimentos acerca do tema principal e identificar possíveis caminhos que contribuirão para a melhoria do serviço.

Sou graduada em Medicina pela Faculdade de Medicina de Barbacena – FAMED/ FUNJOB, 2006 a 2012. Durante a graduação, estive vinculada ao Programa de Iniciação Científica por dois anos (2009 a 2010), planejando e executando o trabalho “Estudo Psicossocial de Gestantes Adolescentes”. Esse foi apresentado posteriormente no XXXIII Congresso Interamericano de Psicologia em Medellín, Colômbia, em 2011. Não obstante a essas informações, participei ativamente de ligas e jornadas, fazendo parte inclusive das comissões organizadoras. Após a graduação, especializei em dermatologia e medicina estética pelo Centro de Medicina Especializada, Pesquisa e Ensino (CEMEPE); em Preceptoria de Residência Médica no SUS pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa (IEP) e em Dor pelo Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein (IIEPAE).

Esse trabalho foi organizado em dois artigos. O primeiro trata-se da caracterização do perfil das internações por doenças cardiovasculares em uma Instituição Hospitalar do Vale do Jequitinhonha; e o segundo estima as internações por Acidente Vascular Cerebral (AVC), sua mortalidade e o custo hospitalar em três esferas administrativas. O primeiro artigo (Doenças cardiovasculares diagnosticadas em pacientes internados em um hospital do Vale do Jequitinhonha-MG) foi submetido à Revista Acadêmica Digital Intellectus, cujas normas e confirmação de recebimento pela revista estão nos Apêndices C e D, respectivamente.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Avaliar aspectos relacionados às doenças cardiovasculares em um Hospital do Vale do Jequitinhonha.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes internados com doenças cardiovasculares.
- Verificar se há associação entre a ocorrência de óbito do portador de DCV e variáveis sociodemográficas e clínicas.
- Avaliar a tendência histórica das internações por AVC, a mortalidade hospitalar e seus custos.

REFERÊNCIAS

- 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). **Cadernos de Saúde Pública**. v. 25, n.6, p.1337-1349, 2009.
- ANSARI, Z.; LADITKA, J.N.; LADITKA, S.B. Access to health care and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. **Medical Care Research and Review**. v.63, p.719-41, 2006.
- ARRIETA, A.; GARCIA, P.A. Cost sharing and hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. **Social Science & Medicine**. v.124, p.115-120, 2015.
- ARRUDA, G.O.; SANTOS, A.L.; TESTON, E.F.; CECILIO, H.P.M.; RADOVANOVIC, C.A.T.; MARCON, S.S. Associação entre autopercepção de saúde e características sociodemográficas com doenças cardiovasculares em indivíduos adultos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v.49, n.1, 61-8, 2015.
- BNDES – BANCO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL; MCTIC – MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA, INOVAÇÕES E COMUNICAÇÃO. **Aprofundamento de verticais** – saúde. Rio de Janeiro, Brasília, 2017. Disponível em: .Acesso em: 12 dez 2019.
- BRASIL. Decreto nº 4.327, de 8 de agosto de 2002. Aprova critérios para concessão do certificado de filantropia para os hospitais. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 9 ago 2002. Seção 1. p. 21-22.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 221, 17 abril 2008. Publica em forma do anexo a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2008.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Pacto pela Saúde. Brasília, DF, 2006.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. e-SUS Atenção Básica: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- BRITO, S.K.; BEZERRA, A.F.B.; TANAKA, O.Y. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. **Comunicação Saúde Educação**. v.16, n.40, p.249-59, 2012.
- CAMPOS, A.Z.; THEME, F.M.M. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. **Cadernos de Saúde Pública**. v.28, n.5, p.845-5, 2012. ;28(5):845-5. [citado em 2019 out. 31]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000500004>. Acesso em: fev. 2020.

DATASUS. Produção Hospitalar (SIH/SUS). [S.l.]: **Pátria Amada Brasil Governo Federal**, 2020. Disponível em:<<http://datasus.saude.gov.br/aceso-a-informacao/producao-hospitalar-sih-sus/>>. Acesso em: fev. 2020.

ELIAS, E.; MAGAJEWSKI, F.A. Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v.11, n.4, p. 633-647, 2008.

FIGUEIREDO, E.N.A. Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS. Especialização em Saúde da Família: UNA-SUS, UNIFESP, 2012. Disponível em:<http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2019.

FRATINI, J.R.G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e contra Referência: contribuição para a integralidade em saúde. **Ciência Cuidado e Saúde**. 2008;7(1):65-72.

LENTSCK, M.H.; LATORRE, M.R.D.O.; MATHIAS, T.A.F. Tendência das internações por doenças cardiovasculares sensíveis à atenção primária. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v.18, n.2, p.372-84, 2015.

MENDES, A. A longa batalha pelo financiamento do SUS. **Saúde e Sociedade**. v.22, n.4, p.987-93, 2013.

MENDES, E.V. Agora mais que nunca: uma revisão bibliográfica sobre atenção primária à saúde. In: **OFICINAS de planejamento da Atenção Primária à Saúde nos estados: cadernos de apresentação**. Brasília, DF: CONASS, 2009. Disponível em: <www.conass.org.br/biblioteca/ccount/click.php?id=52>. Acesso em: 27 out. 2019.

NEDEL, F.B.; FACCHINI, L.A.; MARTIN-MATEO, M.; VIEIRA, L.A.S.; THUMÉ, E. Family Health Program and ambulatory care-sensitive conditions in Southern Brazil. **Revista de Saúde Pública**. v.42, p.1034-40, 2008.

PIMENTEL, V. P. et al. Saúde como desenvolvimento: perspectivas para atuação do BNDES complexo industrial da saúde. In: SOUSA, F. L. (org). **BNDES 60 anos: perspectivas setoriais**. Rio de Janeiro: Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social p. 300-332, 2012.

REIS, C.; BARBOSA, L.; PIMENTEL, V. P. **O desafio do envelhecimento populacional na perspectiva sistêmica da saúde**. BNDES Setorial, Rio de Janeiro, n. 46, p. 87-124, set. 2016.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002.

STARFIELD, B.L.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **The Milbank quarterly**. v.83, n.3, p.457-502, 2005.

VILLELA, L.C.M.; GOMES, F.E.; MELENDEZ, J.G.V. Mortality trend due to cardiovascular, ischemic heart diseases, and cerebrovascular disease. **Revista de Enfermagem UFPE**. v.8, n.9, p. 3134-3141, 2014.

CAPÍTULO 2 – DOENÇAS CARDIOVASCULARES DIAGNOSTICADAS EM PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL DO VALE DO JEQUITINHONHA-MG.

RESUMO

As doenças cardiovasculares são as causas mais comuns de morbidade e a principal causa de mortalidade, com projeções de crescimento em todo o mundo. A análise do perfil das internações hospitalares pode auxiliar na gestão de políticas públicas. O objetivo do trabalho foi caracterizar o perfil das internações por doenças cardiovasculares, em uma Instituição do Vale do Jequitinhonha. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, exploratório, transversal, a partir da análise de prontuários de pacientes internados com doenças cardiovasculares em hospital de referência do Vale do Jequitinhonha, de janeiro a dezembro de 2016. Para a coleta de dados, foi elaborado um instrumento composto por questões discursivas e objetivas. Para a análise estatística foi utilizado o teste de qui-quadrado de Pearson, teste exato de Fisher ou generalização do teste exato de Fisher na associação das variáveis, com o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). A análise dos 1.252 prontuários possibilitou identificar o acidente vascular cerebral como a doença cardiovascular mais frequente, com 86,8% de pacientes do Sistema Único de Saúde, 69,8% com 60 anos ou mais, 51,7% do sexo feminino, 81,6% da etnia parda e preta, 40,9% com a situação conjugal casados, 75,2% com quatro ou mais dias de internação e 12,2% dos pacientes foram a óbito. Entre os registros, 72,8% apresentavam fatores de risco, 67,3% utilizavam medicamento de uso contínuo. E quanto à unidade de internação, 68,4% ficaram na enfermaria. Estudos relacionados à prevalência das DCV na região do Vale do Jequitinhonha são importantes para o direcionamento de ações em saúde pública regional. Foram identificados registros incompletos ou ausentes nos prontuários. E o estudo apontou a necessidade de intervenções efetivas relacionadas à prevenção e tratamento das doenças cardiovasculares, além da melhoria dos registros como ponto fundamental para manter a qualidade, segurança e continuidade da assistência ao paciente, como também alimentação de dados epidemiológicos.

Palavras-Chave: Estudos epidemiológicos, Doenças não transmissíveis, Continuidade da assistência ao paciente.

CARDIOVASCULAR DISEASES DIAGNOSED IN PATIENTS HOSPITALIZED IN A HOSPITAL IN VALE DO JEQUITINHONHA-MG.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are the most common causes of morbidity and the main cause of mortality, with growth projections worldwide. The analysis of the profile of hospital admissions can assist in the management of public policies. The objective of the work was to characterize the profile of hospitalizations for cardiovascular diseases, in an institution of Vale do Jequitinhonha. This is a quantitative, descriptive, exploratory, cross-sectional study, based on the analysis of medical records of patients hospitalized with cardiovascular diseases in a reference hospital in Vale do Jequitinhonha, from January to December, 2016. For data collection, it was elaborated an instrument composed of discursive and objective questions. Pearson's chi-square test, Fisher's exact test or generalization of Fisher's exact test in the association of variables was used for statistical analysis, with a significance level of 5% ($p < 0.05$). The analysis of the 1.252 medical records made it possible to identify stroke as the most frequent cardiovascular disease, with 86,8% of patients in the Sistema Único de Saúde, 69,8% aged 60 or over, 51,7% female, 81,6% of mixed race and black, 40,9% with married marital status, 75,2% with four or more days of hospitalization and 12,2% of patients died. Among the records, 72,8% had risk factors, 67,3% used drugs in continuous use. As for the hospitalization unit, 68,4% stayed in the ward. Studies related to the prevalence of CVD in the Vale do Jequitinhonha are important for directing actions in regional public health. Incomplete or missing records were identified in the medical records. And the study pointed out the need for effective interventions related to the prevention and treatment of cardiovascular diseases, in addition to improving the records as a fundamental point to maintain the quality, safety and continuity of patient care, as well as feeding epidemiological data.

Keywords: Epidemiological studies, Noncommunicable diseases, Continuity of patient care.

1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) são um grupo de doenças do coração e dos vasos sanguíneos, classificadas como doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), em que as principais complicações apresentam: cardiopatia isquêmica, acidentes vasculares cerebrais, insuficiência renal crônica e insuficiência cardíaca (OPS, 2011). A maioria dessas patologias está classificada no grupo de doenças do aparelho circulatório, de acordo com a classificação internacional de doenças (CID -10), publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (BRASIL, 2008). Para as próximas décadas, existem projeções de crescimento mundial das DCNT, em particular as DCV, que são as causas mais comuns de morbidade e a principal causa de mortalidade em todo o mundo (ARRUDA *et al.*, 2015).

As maiores dificuldades em relação a essas enfermidades estão relacionadas à perda da qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos e elevado número de mortes precoces (ARRUDA *et al.*, 2015). Logo, medidas de promoção de saúde são essenciais para que ocorra a redução das mortes precoces e dos dispêndios. Nesse sentido, é importante o monitoramento pós-alta, com o propósito da melhoria da qualidade de vida, diminuindo a possibilidade de reinternações. Logo, ações como a análise do perfil das internações hospitalares podem auxiliar no direcionamento das ações na melhoria do sistema de saúde (MOZAFFARIAN *et al.*, 2016).

As altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) podem representar as dificuldades de acesso da população ao sistema de saúde ou de sua atuação, indicando deficiências ou baixa resolutividade da atenção primária, e é considerado um indicador importante para a avaliação das ações dos serviços de saúde (REHEN; EGRY, 2011).

Em face do aumento do número de internações hospitalares e a sistematização no gerenciamento das informações na área de saúde, cabe ressaltar a importância das informações registradas no prontuário do paciente. Este foi definido através da Resolução nº 1638/2002 do Conselho Federal de Medicina (CFM), como documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002).

Neste contexto, as implicações institucionais e ético-legais que permeiam as não conformidades apresentadas nos prontuários, por registros ausentes ou incompletos, contribuem para a desestruturação do processo de cuidado em saúde. Por esse motivo, dificulta a comunicação eficaz entre os profissionais, a continuidade e integralidade das ações assistenciais (BORGES; AZEVEDO; AMORIM, 2017).

Dessa forma, intervenções simples podem gerar resultados positivos, como sistemas de referência e contra referência, onde o indivíduo que foi avaliado na atenção primária, quando necessário, é referenciado a uma unidade de maior complexidade, para receber uma avaliação mais especializada. E, quando finalizado o atendimento nesse local, tal indivíduo deve ser "contra referenciado", ou seja, encaminhado para a unidade de origem dando continuidade ao atendimento, com a intenção de organizar os serviços de saúde (CONASS, 2007).

O objetivo desse estudo foi caracterizar o perfil das internações por doenças cardiovasculares de uma Instituição do Vale do Jequitinhonha. A partir desses resultados será possível identificar as doenças mais frequentes, as características dos pacientes que internam com essas enfermidades e a qualidade dos registros em prontuário.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, descritivo, exploratório, a partir da análise de prontuários de pacientes com DCV, internados em hospital de referência do Vale do Jequitinhonha, de janeiro a dezembro de 2016. Foi analisado um total de 3.535 prontuários e destes, 1.252 tiveram como diagnóstico DCV, sendo selecionados para esse estudo. Portanto, todos os prontuários com diagnóstico de DCV foram utilizados como diagnóstico de inclusão. E os de exclusão denominam, todos os prontuários de pacientes internados no mesmo período com outros diagnósticos e menores de 13 anos, pois a Instituição não realiza atendimentos em crianças. De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069, de 1990, considera-se criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos.

Para a coleta de dados dos prontuários, foi elaborado um instrumento contemplando (i) aspectos demográficos e de temporalidade relacionada ao atendimento: número do formulário; número do prontuário; modalidade de internação (Sistema Único de Saúde: sim ou não); iniciais do nome do paciente (posteriormente transformado em código de identificação no banco de dados); data de nascimento; idade; sexo; estado civil; etnia; endereço; zona pertencente (rural ou urbana); data da internação; data de saída e número em dias do período de internação. Foram contempladas também (ii) informações referentes à anamnese: fatores de risco (tabagismo, hipertensão arterial sistêmica, diabetes melitus, dislipidemia, obesidade, sedentarismo, consumo de bebidas) e medicamento em uso de rotina e (iii) questões referentes à internação: diagnóstico; e condições de alta (óbito: sim ou não). Avaliou-se também a qualidade de preenchimento dos prontuários.

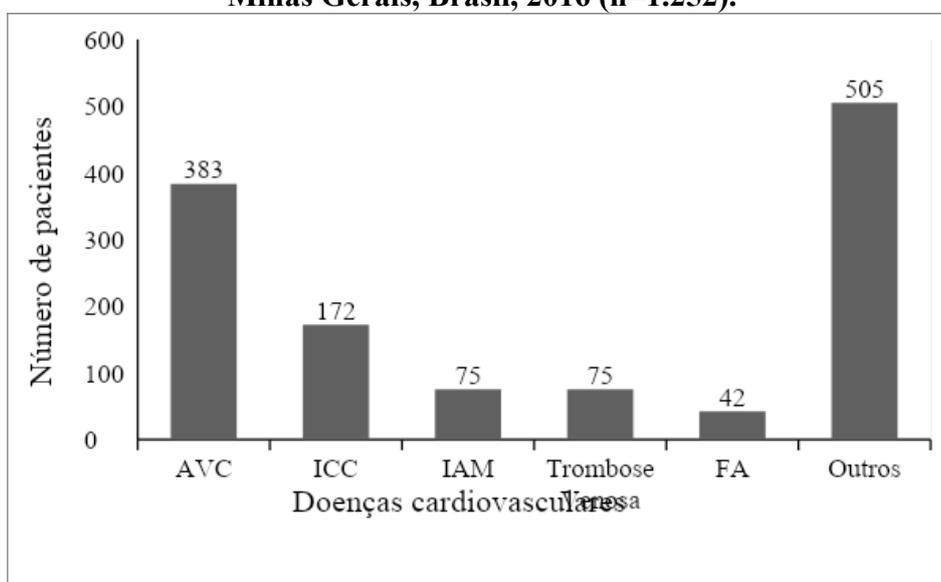
Os dados foram digitados no programa EpiData versão 3.1 e analisados no programa SPSS versão 21.0 (*Statistical Package for Social Science*) com posterior tabulação das frequências absolutas e relativas das variáveis. Para associação das variáveis foi utilizado o teste de qui-quadrado de Pearson, teste exato de Fisher ou generalização do teste exato de Fisher quando necessário, com o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

O estudo seguiu os preceitos éticos das diretrizes estabelecidas pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri e está registrado sob o protocolo nº 2.613.223/2017.

3 RESULTADOS

Na análise dos 3.535 prontuários, foram identificados 1.252 (35,4%) que tiveram como diagnóstico DCV. Dentre as mais frequentes, 383 (30,83%) foram por Acidente Vascular Cerebral (AVC); 172(13,84%) Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), 75 (6,03%) Infarto Agudo do Miocárdio (IAM); 75 (6,03%) trombose venosa e 42 (3,38%) fibrilação atrial (FA). Doenças menos frequentes foram agrupadas como “outros diagnósticos”, em um total de 505 casos (Figura 1). São exemplos das doenças agrupadas em “outros diagnósticos”: angina, pós-operatório de angioplastia, choque cardiogênico, miocardite, bloqueio atrioventricular, implante de marcapasso, aneurisma de aorta, arritmia, etc. Essas, quando somadas individualmente, não foram superiores as outras já descritas como as mais frequentes.

Figura 1- Principais doenças cardiovasculares diagnosticadas na alta hospitalar. Minas Gerais, Brasil, 2016 (n=1.252).



Fonte: Elaborado pela Autora com base na análise de dados dos Prontuários da Instituição pesquisada (2020).

Entre os 1.252 prontuários analisados, 1.087 (86,8%) correspondiam aos pacientes do SUS. Em relação à idade, 874 casos (69,8%) foram de pacientes com 60 anos ou mais; 647 (51,7%) do sexo feminino; 1.022 (81,6%) da etnia parda e preta; 512 (40,9%) com o estado civil casados, 56 (4,5%) não informados e 941 (75,2%) com quatro ou mais dias de internação. Entre os registros, 911 (72,8%) apresentavam fatores de risco, 29 (2,3%) relataram ausência e 312 (24,9%) prontuários não tiveram esse dado registrado. Quanto aos medicamentos de uso contínuo, foram encontrados 842 (67,3%) que faziam uso, 293

(23,4%) não utilizavam e 117 (9,3%) não foram informados. Referente à unidade de internação, 856 (68,4%) estavam na enfermaria e 396 (31,6%) no Centro de Terapia Intensiva (CTI) (Tabela 1).

Entre a população estudada, 153 (12,2%) pacientes foram a óbito. Em relação a esses pacientes, 136 (88,8%) foram da modalidade de internação SUS; 118 (77,12%) com 60 anos ou mais; 81 (52,92%) pertencentes ao sexo masculino; 128 (83,6%) da etnia parda e preta; 61 (39,8%) casados; 91 (59,4%) com quatro ou mais dias de internação; 111 (72,5%) com registro de presença de fatores de risco (Tabela 1).

A prevalência de óbito foi estatisticamente significativa entre os pacientes com quatro ou mais dias de internação, com 91 (59,7%) casos, também em pacientes que utilizavam medicamento de uso contínuo, 86 (56,2%) casos, e aqueles internados no CTI com 97 (63,3%) casos (Tabela1).

Tabela 1. Perfil de pacientes internados com doenças cardiovasculares, segundo o óbito e prontuários. Minas Gerais, Brasil, 2016 (n=1.252).

(continua)

	Óbito						Valor de P
	Total (n= 1.252)		Não n=1.099)		Sim (n=153)		
		%		%		%	
Modalidade da internação SUS							0,52
Sim	1.087	86,8	951	87,5	136	12,5	
Não	165	13,2	148	89,7	17	10,3	
Idade (anos)							0,07
13 a 19	3	0,2	3	100,0	0	0,0	
20 a 29	25	2,0	24	96,0	1	4,0	
30 a 39	43	3,4	42	97,7	1	2,3	
40 a 49	111	8,9	103	92,8	8	7,2	
50 a 59	196	15,7	171	87,2	25	12,8	
60 ou mais	874	69,8	756	86,5	118	13,5	
Sexo							0,22
Masculino	605	48,3	524	86,6	81	13,4	
Feminino	647	51,7	575	88,9	72	11,1	
Etnia							0,57
Branca	230	18,4	205	89,1	25	10,9	
Parda/Preta	1.022	81,6	894	87,5	128	12,5	
Situação conjugal							0,83
Casado	512	40,9	451	88,1	61	11,9	
Solteiro	363	29,0	315	86,8	48	13,2	
Desquitado/separado/divorciado	47	3,8	40	85,1	7	14,9	

Tabela 1. Perfil de pacientes internados com doenças cardiovasculares, segundo o óbito e prontuários. Vale do Jequitinhonha. Minas Gerais, Brasil, 2016 (n=1.252).

					(conclusão)	
Viúvo	193	15,4	169	87,6	24	12,4
União estável	81	6,5	72	88,9	9	11,1
Não informado	56	4,5	52	92,9	4	7,1
Dias de internação¹						0,00[#]
Até 24 horas	70	5,6	59	84,3	11	15,7
2 a 3 dias	208	16,6	182	87,5	26	12,5
≥ 4 dias	941	75,2	850	90,3	91	9,7
Óbitos < 24 horas	32	2,6	7	21,9	25	78,1
Fatores de risco						0,98
Não	29	2,3	26	89,7	3	10,3
Sim	911	72,8	800	87,8	111	12,2
Não informado	312	24,9	273	87,5	39	12,5
Medicamentos em uso contínuo						0,00[#]
Não	117	9,3	106	90,6	11	9,4
Sim	842	67,3	756	89,8	86	10,2
Não informado	293	23,4	237	80,9	56	19,1
Unidade de Internação						0,00[#]
Enfermaria/ apartamento	856	68,4	800	93,5	56	6,5
Centro de Terapia Intensiva	396	31,6	299	75,5	97	24,5

Fonte: Elaborado pela Autora com base na análise de dados dos Prontuários da Instituição pesquisada (2020).

¹ Teste exato de Fisher – prontuário não possuía o dado registrado.
nível de significância de 5% (p < 0,05).

4 DISCUSSÃO

A pesquisa foi realizada em um hospital geral de natureza filantrópica e privada, localizada em uma cidade de pequeno e médio porte, no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. Esta Instituição hospitalar é uma das principais casas de saúde da região, e se consolida como referência da Macrorregião do Jequitinhonha, em média e alta complexidade, atendendo a sede e a mais de 30 municípios. Atualmente, disponibiliza 100 leitos para internação, sendo 20 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e desenvolve atividades de ensino, pesquisa e extensão nas áreas de graduação e pós-graduação de uma Universidade Federal localizada na mesma cidade. A Instituição realiza em média 440 internações por mês, sendo 86% através do SUS e 14% por meio de convênios e particulares (MINAS GERAIS, 2019).

Dentre os pacientes internados no hospital no ano de 2016, foi verificado um total de 1.252 (35,4%) com diagnóstico de DCV. Uma pesquisa realizada em 2011 mostrou que essas doenças são responsáveis pela maior parte das internações hospitalares. (SCHMIDT *et al.*, 2011).

De acordo com os resultados desse estudo, o diagnóstico de DCV de maior prevalência foi o AVC, 383 (33,2%). Acredita-se que esse dado possa ser justificado pelo fato de que o município do estudo ser é referência para a Macrorregião Jequitinhonha, de acordo com a Portaria nº 372, de 27 de julho de 2011, que habilitou a Instituição como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia (MINAS GERAIS, 2011).

Em relação à modalidade de internação, o SUS foi a mais frequente (88,8%). Tal resultado era esperado, pois um hospital filantrópico deve ofertar e efetivar a prestação de 60% ou mais de internações ao SUS (BRASIL, 2002). Além disso, o fato de o Vale do Jequitinhonha apresentar um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) mais baixo (IBGE, 2017), contribui para o número de atendimentos pelo SUS.

Em relação à faixa etária, houve uma frequência maior de internações de pacientes com 60 anos ou mais (77,1%). A idade está relacionada às elevadas taxas de prevalência das doenças cardiovasculares, sendo inclusive um fator de risco principalmente para doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca e o acidente vascular cerebral. Isso devido principalmente ao maior período de exposição aos fatores de risco. Portanto, o aumento da expectativa de vida se reflete também no aumento do número dessas doenças (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Nesse estudo, houve um maior número de pacientes pertencentes ao sexo feminino (51,7%). Diferentemente, a literatura informa que as DCV são mais frequentes no sexo masculino, pois os homens estão mais sujeitos a fatores de risco como, o tabagismo, o consumo de álcool, os riscos ocupacionais e a menor utilização dos serviços de saúde, em comparação com as mulheres. Além disso, homens e mulheres buscam atendimento à saúde com objetivos diferentes. As mulheres utilizam os serviços de saúde como medida preventiva, tendo a possibilidade de acompanhar a evolução da doença. Já os homens utilizam mais os serviços em casos de emergências e são mais hospitalizados (KANSO *et al.*, 2013). Acredita-se que este último dado possa explicar o fato de haver um maior número de pacientes pertencentes ao sexo masculino (52,92%) dentre os que configuram a óbito.

A etnia que representou a maior parte dos internados se refere à pardo-preta (83,6%). Um estudo mostrou que as maiores prevalências de doenças crônicas foram observadas nas pessoas negras quando comparadas às brancas, mas que existem poucas pesquisas sobre os fatores de risco das DCV na perspectiva de raça/cor (BARROS *et al.*, 2006).

Interessante observar que a literatura aponta que ter um cônjuge seria um fator positivo na qualidade de vida quando comparado aos que vivem sozinhos, pois teriam maior auxílio no cuidado das doenças (LUTTIK *et al.*, 2006). Entretanto, no presente estudo, o fato de ter família ou residir com outra pessoa não foi um fator que influenciou para a não hospitalização. Nesse contexto, o tempo médio de internação observado foi de quatro ou mais dias (59,4%) e está em acordo com dados do Ministério da Saúde, que revelam uma média nacional da duração das internações gerais de 6,9 dias (BRASIL, 2010).

As DCV são as principais causas de morte em homens e mulheres nas cinco regiões do Brasil. As regiões Sudeste e Sul têm os maiores índices de mortalidade, quando comparadas com as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (SOUZA *et al.*, 2006). Essas doenças são ainda responsáveis por um total de 20% de todas as mortes na população brasileira acima de trinta anos de idade (MANSUR; FAVARATO, 2011).

As desigualdades regionais na implementação e expansão da atenção primária a saúde implicam diferenças no perfil de internações e diferenças nas prevalências dos fatores de risco das DCV e podem interferir nas taxas de internação hospitalar (BOING *et al.*, 2012). Diversos estudos estão sendo realizados no Brasil e adotando as ICSAP para avaliação do acesso e efetividade da atenção primária. (BASTOS; MENZIES; HONE;

DEGHANI; TRAJMAN, 2017; ALMEIDA; KASSAB; GORGENS; REIS; CAMPOS; LUCAS; COSTA, 2019; TUESTA; SANTO; ITURRI, 2018).

Houve registro da presença de fatores de risco em 72,8% dos prontuários. Tais fatores pesquisados para esse trabalho foram, o tabagismo, hipertensão arterial sistêmica, diabetes melitus, dislipidemia, obesidade, sedentarismo e o consumo de bebidas alcoólicas. Sendo assim, a análise dos prontuários é importante nas doenças cardiovasculares porque é a partir de seu controle que se faz a quebra da cadeia fator de risco-doença. Os fatores de risco avaliados implicam em questões comportamentais, pois necessitam de estratégias de prevenção incisivas e persuasivas para a aderência da população assistida (BONOTTO; SASSI; SUSIN, 2016).

No entanto, não foi possível identificar os mais associados as DCV, pois em muitos prontuários, a descrição dos fatores de risco estava incompleta. Além disso, a ausência do registro dos fatores de risco em 24,9% dos prontuários também dificultou sua análise e associação com as doenças cardiovasculares, apontando a fragilidade desse registro por parte dos profissionais de saúde (CAMPOS; THEME, 2012).

Os pacientes que utilizavam medicamento de uso contínuo foram mais frequentes (56,2%). Entretanto, 36,6% dos prontuários não continham essa informação, apontando, novamente a vulnerabilidade dos prontuários em relação a um dado importante. Dessa maneira, não foi possível analisar a adequabilidade e regularidade do emprego de cada medicamento de acordo com o tipo de DCV. Nesse contexto, infere-se que a ausência dessa informação foi devido ao fato do próprio paciente ou acompanhante desconhecer o nome dos medicamentos, ou não serem questionados sobre o assunto no momento da internação hospitalar.

Dos pacientes com DCV internados na Instituição pesquisada, 63,3% estiveram no Centro de Terapia Intensiva (CTI). Logo, acredita-se que eles chegaram ao pronto atendimento com quadro de maior gravidade, o que supõe que o acompanhamento dos mesmos, pelos outros níveis de atenção e/ou adesão ao tratamento prescrito, não esteja sendo efetivos.

A pesquisa apontou limitações importantes nos registros em prontuário, com informações ausentes, e que são consideradas como indicadores indiretos da qualidade de informação. Sem o correto preenchimento do prontuário, não ocorre o repasse correto dos recursos e o médico além de não receber, está sujeito a penalidades judiciais. Desta maneira, o paciente também é prejudicado pela ausência de informações, quando necessita

da cópia do prontuário, para fins de continuidade do tratamento e solicitação de benefícios (SOUZA; TONINI; PINHEIRO, 2014).

Nesse contexto, os registros devem ser redigidos de forma correta e na sua totalidade, contendo informações claras e seguras que demonstrem o cuidado prestado (BORGES; AZEVEDO; AMORIM, 2017). Sendo assim, estas informações, contribuem na melhoria da assistência, além de prover uma integração na rede de cuidado. Dessa forma, conhecer o perfil das internações pode auxiliar a gestão e o monitoramento da política local, para a aplicação de estratégias que possam auxiliar na prevenção dos fatores de risco envolvidos com o aumento das DCNT.

Outra questão importante que se observou na avaliação dos prontuários foi a inexistência de um sistema de referência e contra referência, sendo que este é elemento fundamental para a integração das redes de saúde. De acordo com as informações colhidas no setor de qualidade da Instituição em estudo, foi verificado que ainda não houve a implantação do protocolo de contra referência.

O objetivo da contra referência, na alta hospitalar, tem sido o de garantir a continuidade do tratamento e evitar as reinternações. (PEREIRA; TESSARINI; PINTO; OLIVEIRA, 2007). Logo, a não execução desse sistema caracteriza o SUS como ainda segmentado e desarticulado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos prontuários possibilitou identificar que as DCV são a principal causa de internação na Instituição da pesquisa. Dentre elas, o AVC foi o mais frequente, sendo a maioria dos pacientes provenientes do SUS, com 60 anos ou mais, do sexo feminino, etnia pardo/preta, casados, com quatro ou mais dias de internação. Grande parte apresentava fatores de risco, utilizavam medicamentos em uso contínuo e ficaram na enfermaria. A prevalência de óbito foi estatisticamente significativa entre os pacientes com quatro ou mais dias de internação, que também utilizavam medicamento de uso contínuo e que estavam internados no CTI. Estudos relacionados à prevalência das DCV na região do Vale do Jequitinhonha são importantes para o direcionamento de ações em saúde pública regional.

Identificou-se também limitações nos registros em prontuário, que estavam ausentes ou incompletos, e que são importantes por serem indicadores indiretos da qualidade de informação. O estudo aponta a necessidade de intervenções efetivas relacionadas ao cuidado, à prevenção e tratamento das DCV. Além, da necessidade de capacitações e padronizações dos registros quanto a completude dos prontuários nos serviços de saúde como ponto fundamental, para manter a qualidade da informação, favorecendo a continuidade da assistência efetiva e segura ao paciente como, por exemplo, alimentação de dados epidemiológicos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L.; KASSAB, G.; GORGENS, P.; REIS, M.; CAMPOS, F.; LUCAS, T.; COSTA, M. As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária de um município do interior de Minas Gerais, Brasil. **Revista Enfermagem Atual InDerme**. v. 90, n. 28, 22 dez. 2019.

ANDRÉ, C., CURIONI, C.C., BRAGA, C.C., VERAS, R. **Progressive decline in stroke mortality in Brazil from 1980 to 1982, 1990 to 1992, and 2000 to 2002**. *Stroke*. v.37, n.11, p.2784-9, 2006.

ARRUDA, G.O.; SANTOS, A.L.; TESTON, E.F.; CECILIO, H.P.M.; RADOVANOVIC, C.A.T.; MARCON, S.S. Associação entre autopercepção de saúde e características sociodemográficas com doenças cardiovasculares em indivíduos adultos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v.49, n.1, 61-8, 2015.

BARROS, M.B.A.; CESAR, C.L.G.; CARANDINA, L.; TORRE, G.D. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 11, n.4, p. 911-926, 2006.

BASTOS, M.L.; MENZIES, D.; HONE, T.; DEGHANI, K.; TRAJMAN, A. The impact of the Brazilian family health strategy on selected primary care sensitive conditions: A systematic review. **Public Library of Science**. v.12, n.8, p. 1-14, 2017.

BOING, A. F. et al. Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, 2012. Disponível em: Acesso em 01 mar. 2020.

BONOTTO, G.M.; SASSI, R.M.; SUSIN, L.R.O. Conhecimento dos fatores de risco modificáveis para doença cardiovascular entre mulheres e seus fatores associados: um estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.21, n.1, p. 293-302, 2016.

BORGES, F.F.D.; AZEVEDO, C.T.; AMORIM, T.V. et al. **Importância das anotações de enfermagem segundo a equipe de enfermagem**: implicações profissionais e institucionais. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*. v.7, 2017. [citado em 2019 nov. 24]. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.1147>>. Acesso em: fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, **Diário Oficial da União**, 12 dez. 2012

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Datasus. CID 10; 2008. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>>. Acesso: 31 de outubro de 2018.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 3.192, DE 24 de dezembro de 2008. Concede reajuste em procedimentos da Tabela do Sistema Único de Saúde – SUS, 2008. Brasília, DF 2008.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Brasília, DF, 2010.

CAMPOS, A.Z.; THEME, F.M.M. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. **Cadernos de Saúde Pública**. v.28, n.5, p.845-5, 2012. ;28(5):845-5. [citado em 2019 out. 31]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000500004>. Acesso em: fev. 2020.

CONASS. **Para entender a gestão do SUS**. Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS). Atenção Primária e Promoção da Saúde. Coleção Progestores. Brasília, DF, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Resolução nº 1638 de 09 de agosto de 2002. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, p.184-5, 10 julho 2002.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Mapa da população**. 2017. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 27 de junho de 2018.

KANSO, S.; ROMERO, D.E.; LEITE, I.C.; MARQUES, A. A evitabilidade de óbitos entre idosos em São Paulo, Brasil: análise das principais causas de morte. **Caderno de Saúde Pública**. v.29, n.4, p.735-748, 2013.

LUTTIK, M.L.; JAARSMA, T.; VEEGER, N.; VAN VELDHUISEN, D.J. Marital status, quality of life, and clinical outcome in patients with heart failure. **Heart Lung**. v.35, n.1, p.3-8, 2006.

MANSUR, A.P.; FAVARATO, D. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na Região Metropolitana de São Paulo: atualização 2011. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. v. 99, n.2, p.755-761, 2012.

MINAS GERAIS. **Deliberação nº 3.013, de 23 de outubro de 2019**. Aprova o Ajuste do Plano Diretor de Regionalização PDR/SUS-MG e dá outras providências. Minas Gerais, Belo Horizonte, 23 out. 2019.

MINAS GERAIS. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 372, de 27 de julho de 2011. Minas Gerais, 2011.

MINAS GERAIS. **Portaria nº 372**, de 27 de julho de 2011. Minas Gerais, Belo Horizonte, 27 de jul. 2011.

MOZAFFARIAN, D.; BENJAMIN, E.J.; GO, A.S.; ARNETT, D.K.; BLAHA, M.J.; CUSHMAN, M. *et al.* Executive summary: heart disease and stroke statistics-2016 update: a report from the American Heart Association. **Circulation**. v. 133, n.4, p. 447-54, 2016.

PEREIRA, A.P.S.; TESSARINI, M.M.; PINTO, M.H.; OLIVEIRA, V.D.C. Alta hospitalar: visão de um Grupo de enfermeiras. **Revista de Enfermagem da UERJ**. v.15, n.1, p.40-5, 2007.

REHEM, T.C.M.S.B.; EGRY, E.Y. Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 16, n.12, p. 4755-66, 2011.

SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B.B.; AZEVEDO E SILVA, G.; MENEZES, A.M.; MONTEIRO, C.A.; BARRETO, S.M. *et al.* Chronic non communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**. v.377, n.9781, p.1949-1961, 2011.

SOUZA, E.C.; TONINI, L.; PINHEIRO, D. Avaliação da qualidade do preenchimento dos prontuários em um hospital de Goiânia, segundo os parâmetros da acreditação hospitalar. **Revista Acreditação**. v.4, n.7, p. 67-87, 2014.

SOUZA, M.F.M.; ALENCAR, A.P.; MALTA, D.C.; MOURA, L.; MANSUR, A.P. Serial temporal analysis of ischemic heart disease and stroke death risk in five regions of Brazil from 1981 to 2001. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**.v. 87, n.6, p. 735-470, 2006.

TUESTA, A.A.; SANTO, L.M.P.; ITURRI, J.A. Processos e desafios da interação entre pesquisa e política na perspectiva dos pesquisadores. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.23, n.1, p. 7-15, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO **methods for life expectancy and healthy life expectancy**. Geneva: World health organization; 2014.

CAPÍTULO 3 – ANÁLISE DAS INTERNAÇÕES, MORTALIDADE E CUSTO MÉDIO POR AVC NAS TRÊS ESFERAS ADMINISTRATIVA: ESTUDO DE SÉRIE TEMPORAL

RESUMO

Dentre as Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT's), o Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a segunda principal causa de óbito no Brasil e pouca informação está disponível sobre o custo da internação. O objetivo desse trabalho foi realizar um levantamento das taxas de internação, mortalidade e custo por internação dos pacientes com AVC no Brasil, Minas Gerais e Diamantina. Trata-se de um estudo retrospectivo realizado com base em dados secundários obtidos nas bases do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), em três esferas administrativas, de 2009 a 2018, evidenciando uma diminuição no percentual de mortalidade por acidente vascular cerebral nas três esferas. A taxa de mortalidade por AVC em 2009 foi 16,88%; 16,40% e 13,88% no Brasil, Minas Gerais e Diamantina e em 2018 foi 15,92%, 13,43% e 12,68, respectivamente. O percentual de internações manteve-se na média nos dez anos. E os custos relacionados ao valor médio da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) por AVC tiveram um aumento nas três esferas, atingindo em 2018 o valor médio de R\$ 1.372,36, R\$ 1.489,66 e R\$ 1.162,70 no Brasil, Minas Gerais e Diamantina, respectivamente. O envolvimento de gestores de saúde no conhecimento do perfil de sua população é essencial para a diminuição dos custos com internações, mortalidade e desequilíbrio financeiro dos hospitais, almejando melhoria da situação de saúde do país.

Palavras chaves: Acidente Vascular Cerebral. Indicadores de morbimortalidade. Hospitalização. Custos e Análise de Custo.

ANALYSIS OF HOSPITALIZATIONS, MORTALITY AND AVERAGE COST FOR STROKES IN THE THREE ADMINISTRATIVE SPHERES: TEMPORAL SERIES STUDY

ABSTRACT

Among Chronic Non-Communicable Diseases (CNCDs), stroke is the second leading cause of death in Brazil and little information is available on the cost of hospitalization. The objective of the work was to carry out a survey of hospitalization rates, mortality and cost per hospitalization of stroke patients in Brazil, Minas Gerais and Diamantina. This is a retrospective study based on secondary data obtained from the databases of the Informatics Department of the Unified Health System, in three administrative spheres, over the past ten years. There was a decrease in the percentage of stroke deaths in the three spheres. The stroke mortality rate in 2009 was 16,88%; 16,40% and 13,88% in Brazil, Minas Gerais and Diamantina and in 2018 it was 15,92%, 13,43% and 12,68, respectively. The percentage of hospitalizations remained on average over the ten years. And the costs related to the average value of the Hospitalization Authorization per stroke had an increase in the three spheres, reaching in 2018 the average value of R \$ 1,372.36, R \$ 1,489.66 and R \$ 1,162.70 in Brazil, Minas Gerais and Diamantina, respectively. The involvement of health managers in knowing the profile of their population is essential for reducing the costs of hospitalizations, mortality and financial imbalance in hospitals, aiming at improving the country's health situation.

Key words: Stroke. Morbidity and mortality indicators. Hospitalization. Costs and Cost Analysis.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), entre as quais acidente vascular cerebral (AVC), infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas, constituem um problema de saúde pública de grande relevância, pois e corresponde em torno de 70% da mortalidade dos grupos mais susceptíveis, como a população de baixa escolaridade e renda (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Diante do impacto social, econômico e previdenciário das DCNTs, o Ministério da Saúde, juntamente com a Organização Mundial de Saúde (OMS) vem se empenhando em criar estratégias para minimizar os impactos causados por essas doenças.

Assim sendo, em 2011 foi articulado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNTs no Brasil 2011-2022, que visa deter o crescimento desse grupo de enfermidades focando na mortalidade, morbidade e nos fatores de risco (BRASIL, 2011a). Nesse contexto, estima-se que até o ano 2030, o AVC e as doenças isquêmicas do coração serão as principais causas de óbito no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

O AVC é conceituado como uma doença cerebrovascular por afetar o cérebro e os vasos sanguíneos, e ocorre quando uma artéria fica obstruída, sendo denominado de AVC isquêmico, ou pela ruptura da mesma - AVC hemorrágico. (GIRALDO, 2018). Os critérios de diagnóstico são principalmente baseados nos sintomas que ocorrem subitamente e podem incluir fraqueza muscular, paralisia, sensibilidade anormal ou perda de sensibilidade em um lado do corpo, dificuldade para falar, confusão, problemas com a visão, tontura, perda de equilíbrio e coordenação, cefaleia, e ainda podem ser utilizados os exames de imagem e de sangue (BRASIL, 2012a).

A maioria dos pacientes sobrevive a um episódio de AVC, mas permanece com debilidades que impedem o trabalho, retirando sua contribuição social e econômica, e transferindo seus gastos de vida para o setor público (VAN EEDEN; VAN HEUGTEN; EVERS, 2012). Sendo assim, torna-se um assunto de relevância em saúde pública, devido a fatores condicionantes modificáveis e pela mudança no perfil epidemiológico no país (REIS; CHAOUBAH; MÁRMORA; LIEBEL, 2018; SCHMIDT *et al.*, 2019).

Vale mencionar que em 2012 foram publicadas duas portarias: a Portaria nº 664, que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas a partir da utilização da trombólise no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo (BRASIL, 2012b). A Portaria

nº. 665, dispõe sobre critérios para habilitação de estabelecimentos hospitalares que desejam implantar o Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC) (BRASIL, 2012c). Ambas, fomentam e divulgam a importância do atendimento emergencial à vítima de isquemia cerebral em fase aguda (BRASIL, 2011a).

Acresce que em 2020 foi liberada, para consulta pública, a Linha de Cuidado do Adulto com AVC, sendo esta a primeira linha de cuidado elaborada pelo Ministério da Saúde de um total de vinte e duas previstas para serem criadas nos próximos dois anos, objetivando as doenças mais prevalentes na população e que mais fazem vítimas fatais (BRASIL, 2012a). Portanto, nesse trabalho, intenta-se mensurar as internações por AVC, sua mortalidade e o custo hospitalar nas três esferas administrativas, Diamantina, Minas Gerais e Brasil, nos últimos dez anos. Assim, propõe-se verificar a tendência destes indicadores nessa série temporal.

2 METODOLOGIA

Estudo do tipo ecológico, retrospectivo com análise de série temporal realizado a partir da análise dos indicadores de taxa de mortalidade, percentual de internações e valor médio da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), das hospitalizações por AVC realizadas no Brasil, Minas Gerais (MG) e na cidade de Diamantina (MG), compreendidos entre os anos de 2009 e 2018. A utilização de dados para as variáveis estudadas a partir de 2009 foi intencional, com o objetivo de comparar o período de 10 anos, possibilitando uma melhor discussão e comparação dos dados.

O estudo foi realizado em um hospital de referência regional para alta complexidade em neurologia/neurocirurgia. Constitui-se na maior Instituição vinculada ao SUS na macrorregião Jequitinhonha, MG, com abrangência populacional de cerca de 410 mil habitantes oriundas de 31 municípios (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

Os dados foram obtidos através da base de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Para a análise dos dados no DATASUS, foi utilizada a referência ao AVC isquêmico ou hemorrágico, sem o uso de trombolíticos, utilizando o código 03.03.04.014-9, disponível no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses/Próteses e Materiais Especiais (OPME) do SUS (SIGTAP).

As variáveis selecionadas no banco de dados foram: internações por AVC, óbitos e valor médio da internação. As variáveis pesquisadas no DATASUS foram exportadas para a Microsoft Excel® 2003, no qual foram calculados os indicadores, assim como estimadas as tendências.

Para o percentual de internações, utilizou-se no numerador o total de internações hospitalares por AVC, e no denominador o número de pacientes internados, multiplicados por cem. Já a taxa de mortalidade por AVC foi calculada empregando-se no numerador o total de óbitos hospitalares por AVC, e no denominador o número de pacientes internados por AVC, multiplicados por 100. Para o cálculo do valor médio da AIH, foi utilizado o valor absoluto, fornecido pelo próprio DATASUS.

Os resultados foram apresentados em gráficos de acordo com as três esferas administrativas, para ilustrar a taxa de mortalidade, percentual de internações e valor médio de AIH por internação. Por se tratar de um banco de domínio público, não foi necessário submeter o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa, entretanto foram respeitados todos os

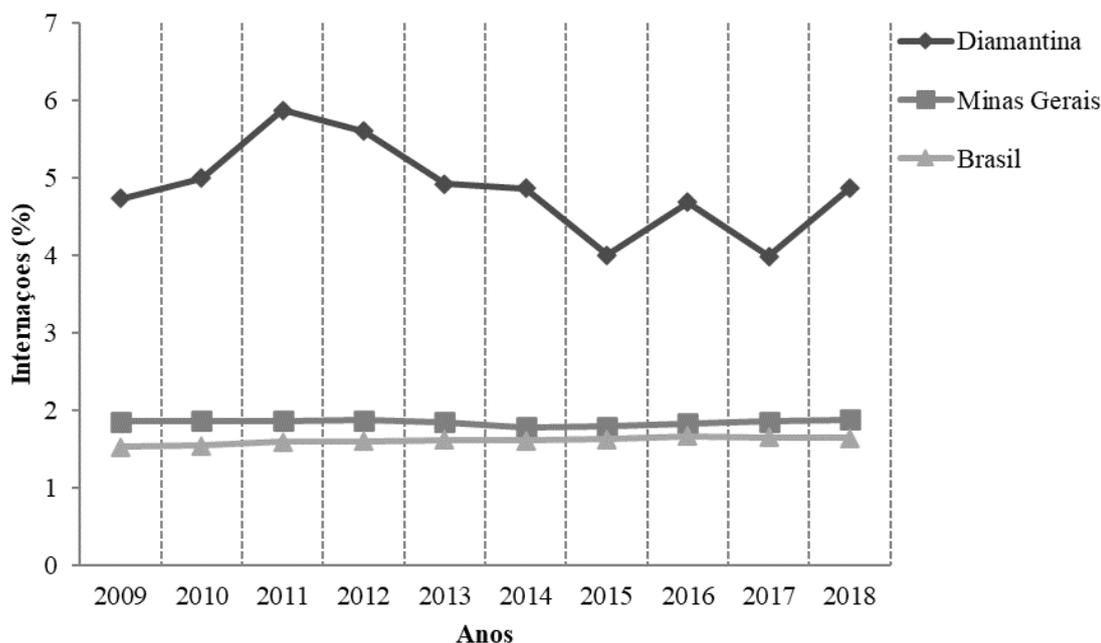
preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, que aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em Ciências Humanas e Sociais que envolvam a utilização de dados.

3 RESULTADOS

No período de 2009 a 2018 foram registrados no DATASUS um total de 1.820.140 mil, 216.936 mil e 3.401 mil internações por AVC no Brasil, Minas Gerais e Diamantina, respectivamente. A figura 1 mostra o número de internações por AVC em relação ao total de internações, resultando no percentual de internações no Brasil, Minas Gerais e Diamantina, durante o período de 2009 a 2018. A proporção de internações se manteve mais alta em Diamantina, em comparação feita a Minas Gerais e ao Brasil, em todos os anos.

Quanto à tendência, esta foi decrescente em Diamantina e Minas Gerais, com uma variação de 2,88% e 1,06% respectivamente, e crescente no Brasil, com variação de 7,31%. A figura 1, a seguir, ilustra bem essa informação.

Figura 1. Percentual de internações por Acidente Vascular Cerebral em relação ao total de internações no Brasil, Minas Gerais e Diamantina durante o período de 2009 a 2018.



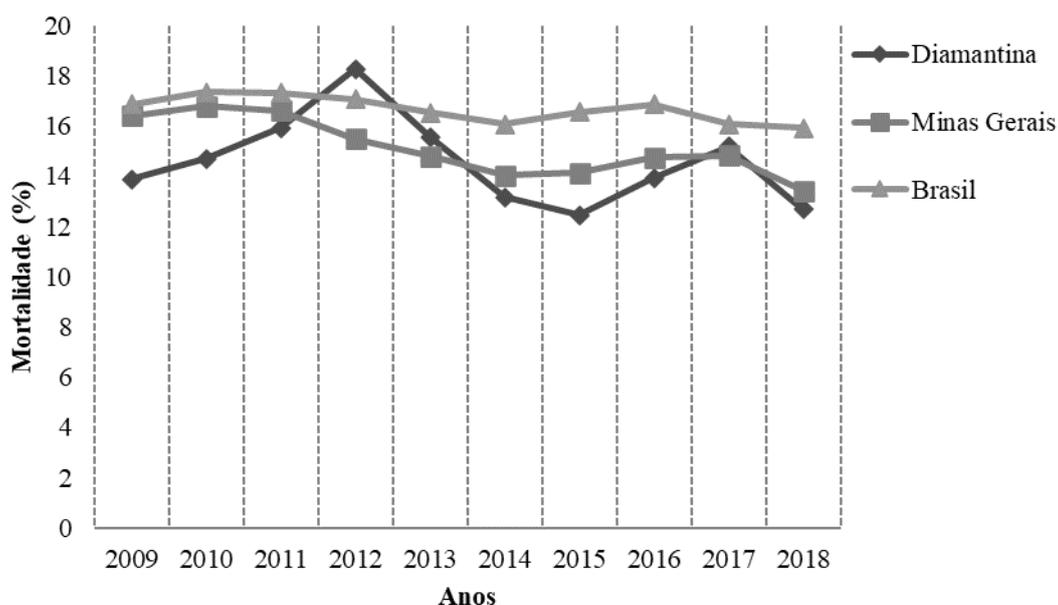
Fonte: Elaborado pela autora com base na análise de dados do DATASUS (2020).

A figura 2 apresenta o percentual de mortalidade em pacientes internados por AVC no Brasil, Minas Gerais e Diamantina. Evidenciou-se uma diminuição no percentual de mortalidade por AVC no âmbito das três esferas. Comparando-se os anos de 2009 e 2018, por exemplo, a taxa de mortalidade por AVC foi de 16,88%; 16,40% e 13,88% no

Brasil, Minas Gerais e Diamantina em 2009, e em 2018 foi de 15,92%, 13,43% e 12,68, respectivamente. Foi possível observar também que a mortalidade em Diamantina e Minas Gerais se manteve abaixo do percentual do Brasil em quase todos os anos. A exceção ocorre em 2012, quando Diamantina apresentou taxas de mortalidade por AVC maiores do que em Minas Gerais e Brasil.

Quanto à tendência, essa se manteve decrescente nas três esferas administrativas, com uma variação de 8,64%, 18,10% e 5,68% em Diamantina, Minas Gerais e Brasil, respectivamente. A figura 2, a seguir, exemplifica tal informação.

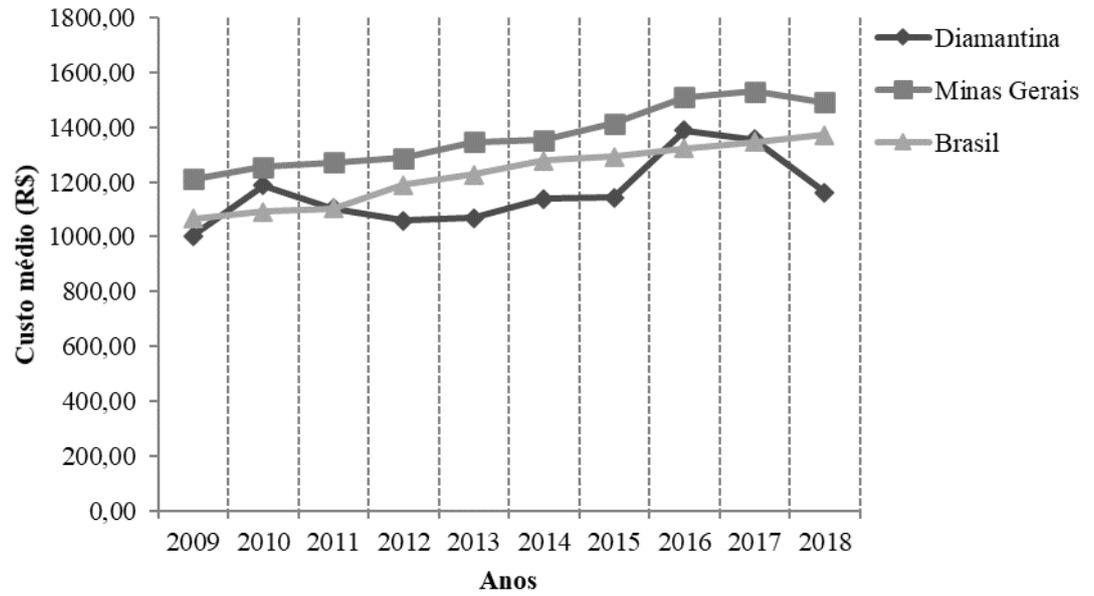
Figura 2. Percentual de mortalidade em pacientes internados por Acidente Vascular Cerebral no Brasil, Minas Gerais e Diamantina durante o período de 2009 a 2018.



Fonte: Elaborado pela autora com base na análise de dados do DATASUS (2020).

A figura 3 mostra o valor médio da AIH por AVC no Brasil, Minas Gerais e Diamantina, durante o período de 2009 a 2018. O Estado de Minas Gerais apresentou o maior gasto com a internação hospitalar por AVC em todos os anos. Diamantina obteve valores maiores nos anos 2016 e 2017 em relação à média de gastos do Brasil (R\$ 1.228,85). Nesse caso, a tendência se mostrou crescente, com valores de variação desta série temporal de 13,66%, 18,66% e 22,24%, em Diamantina, Minas Gerais e Brasil, respectivamente.

Figura 3. Valor médio da AIH por Acidente Vascular Cerebral no Brasil, Minas Gerais e Diamantina durante o período de 2009 a 2018.



Fonte: Elaborado pela autora com base na análise de dados do DATASUS (2020).

4 DISCUSSÃO

Observou-se no presente estudo que o percentual de internações por AVC em Diamantina é considerável em relação ao número de internações no total. Já em Minas Gerais e no Brasil o valor não foi tão expressivo. É sabido que o município de Diamantina é referência em neurologia e neurocirurgia para a Macrorregião do Jequitinhonha, que integra as Microrregiões de Diamantina, Minas Novas, Turmalina, Capelinha, Araçuaí e Serro, com uma população estimada de 407.213 habitantes, o que eleva o número de internações no município. Portanto, essa é uma possível explicação para o alto índice de internações por AVC no município. Rocha *et al.* (2019) observaram que 53,1% das internações no Hospital em questão eram de pacientes que residiam fora do município (ROCHA, 2019). Por ser parte integrante do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (PRO HOSP) a Instituição deve atender as metas dos indicadores propostos pelo Programa. Um dos indicadores é taxa de referência, que tem como meta atender 64,73% de pacientes que residem fora de Diamantina (MINAS GERAIS, 2016).

Embora o acolhimento ao paciente com AVC já fosse realizado na Instituição, somente em 2011 o hospital de Diamantina foi habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia, conforme a Portaria nº 372, de 27 de julho de 2011, o que aumentou o número de internações. Essa Portaria passou a financiar os procedimentos neurológicos, reforçando a importância da Instituição para a macrorregião (MINAS GERAIS, 2011).

Em relação à taxa de mortalidade, as três esferas apresentaram uma redução quando comparado aos anos iniciais avaliados neste estudo. Conforme anteriormente mencionado, a mortalidade por AVC no Brasil é uma das maiores dentro da América Latina e, ainda que essa taxa de mortalidade tenha apresentado uma queda (MANSUR *et al.*, 2005), não é igual em todas as regiões do país, já que o Nordeste ainda mantém taxas mais elevadas (RIBEIRO *et al.*, 2016).

Entre 1980 a 2002, uma pesquisa mostrou uma diminuição da mortalidade por doença cerebrovascular maior do que 50% na maioria das regiões do Brasil, exceto pela região Nordeste em que a redução foi de 41%. Essa redução da mortalidade também foi observada nos EUA e Canadá, devido a melhorias das políticas de saúde pública (ANDRÉ; CURIONI; BRAGA; VERAS, 2006). Outros motivos possíveis para a diminuição da taxa de mortalidade por AVC podem ser a melhor detecção e tratamento da hipertensão

(considerada um dos principais fatores de risco da doença), bem como o aumento da consciência da população com relação aos fatores de risco (LLOYDE; ADAMS; CARNETHON, 2009).

Embora tenha sido observada a redução da mortalidade, os números ainda são elevados. Sendo assim, as populações mais vulneráveis devem ser identificadas para que novas estratégias acerca de políticas públicas auxiliem na definição de intervenções, uma vez que esta é uma morbidade comum e passível de prevenção (BENNETT, 2012). Ações como o Programa de Manejo da Hipertensão Arterial são as mesmas em todo o território brasileiro; entretanto, o acesso dos pacientes a serviços de saúde, a qualificação profissional e os fatores culturais podem impactar na resolutividade dessas ações (BRASIL, 2011b).

Vale mencionar que o alto número de casos de AVC tem aumentado os custos com internações hospitalares gerando também gastos com reabilitação, uma vez que a doença pode acarretar sequelas de ordem físico-funcionais e inclusive emocionais. Ademais, algumas sequelas ocasionam certa dependência, afastando de 30 a 40% dos indivíduos do mercado de trabalho, tornando-os dependentes de aposentadoria e/ou benefícios, aumentando o custo da Previdência Social (CAVALCANTE; MOREIRA; ARAÚJO; LOPES, 2010).

A AIH é uma ferramenta utilizada por gestores e prestadores de serviços do SUS que estabelece valores fixos dos procedimentos médicos hospitalares, no qual estão inseridos os custos com os materiais utilizados, bem como os procedimentos que são realizados, envolvendo os profissionais de saúde e estrutura de hotelaria. Essa ferramenta é representada por uma numeração que se constitui de 13 (treze) dígitos, e que de acordo com os gestores/prestadores, é possível identificar informações como Unidade da Federação e ano de referência (BRASIL, 2017).

No entanto, nos últimos 05 anos não foram encontrados estudos que analisem o gasto das internações com pacientes de AVC, dificultando a realização de uma crítica comparativa temporal. O Estado de Minas Gerais teve o maior gasto quanto ao valor médio da AIH por AVC, em todos os anos. Na prática, observa-se que os custos dos tratamentos estão aumentando devido ao advento de novas abordagens da fase aguda dos pacientes com AVC, a terapia trombolítica e aos cuidados em Unidades de AVC (MEDICI, 2001).

Nesse sentido, percebe-se que o financiamento do SUS tem se destacado como uma das maiores dificuldades para a sua construção. Em um país com tantas desigualdades sociais e regionais, marcado por reduções orçamentárias, a transferência de recursos de

forma igualitária é um grande desafio aos gestores, ferindo a universalidade e a integralidade do SUS (BRASIL, 2011c).

No que diz respeito às internações hospitalares, o pagamento do serviço prestado é descentralizado, mas o processamento das informações é efetivado de forma centralizada pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), órgão vinculado ao Ministério da Saúde. Assim sendo, para o pagamento aos prestadores de serviços de saúde, todo o sistema público utiliza a mesma tabela de preços definida pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2003).

As Instituições hospitalares correm o risco de aumentar ainda mais esse desequilíbrio financeiro, uma vez que desconhecem os reais valores dos procedimentos que realizam, pois não possuem uma gestão adequada de seus gastos (BOTELHO, 2006). Por isso, ao se conhecer quanto se gasta em um procedimento, é possível identificar falhas e desperdícios, uma questão muito importante especialmente em organizações filantrópicas (WENSING, 2008), como o hospital da pesquisa.

No SUS, a assistência ao paciente com doença neurológica está prevista na Portaria GM/MS nº. 1.161, que instituiu a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica. Essa Política permite que os Estados e Municípios organizem estratégias de promoção de qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde, dentre outros fatores que perpassam pelos níveis de atenção básica e especializada.

Juntamente com esse normativo, foi publicada a Portaria SAS/MS nº. 756 que estabelece as normas de habilitação das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia e dos Centros de Referência em Neurologia. A importância desta última se deve ao fato de que o repasse do incentivo financeiro a essas Instituições fica condicionado à habilitação dos leitos, já autorizados no Plano de Ação Regional da Rede de Urgência e Emergência de acordo com a Deliberação 230/CIB/2013 (BRASIL, 2005). O hospital do presente estudo ainda não foi contemplado por essas Portarias acima, o que certamente compromete o seu equilíbrio financeiro.

Os Centros de Atendimento de Urgência aos pacientes com AVC são componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). A Portaria nº. 665, de 12 de abril de 2012 dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC) e institui incentivo financeiro (BRASIL, 2012b).

Em relação ao valor da AIH, Diamantina, por exemplo, apresentou em 2018 um gasto médio de 1.162,70 reais. Mas, neste mesmo período, o valor da AIH no Sistema de

Gerenciamento da Tabela de Procedimentos (SIGTAP) foi de 463,21 reais. O SIGTAP é uma ferramenta para consulta de todos os procedimentos que podem ser realizados no campo ambulatorial e hospitalar e que compõem a Tabela de Procedimentos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011d). Uma alternativa para aumentar o valor de repasse à Instituição do estudo seria a busca por mais incentivos como a habilitação dos leitos pela Portaria nº665, que dispõe sobre a implantação do Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral da Unidade de AVC. Sabe-se que hoje a tabela do SUS não é mais suficiente para análise de centro de custo.

Independentemente do tempo de internação ou dos custos reais incorridos com os pacientes, o valor repassado pelo SUS aos hospitais segue a tabela única para cada procedimento, com valores atualizados pela Portaria nº 3.192 de 24 de dezembro de 2008 (BRASIL, 2008). É importante salientar que a tabela do SUS não é atualizada desde então.

Um dos principais problemas dos hospitais é que os repasses do SUS muitas vezes são insuficientes para cobrir os gastos com pacientes atendidos por esse sistema (APARECIDA; SOUZA; GERVÁSIO *et al.*, 2014). Isso é compreensível, pois essas Instituições operam num contexto econômico complexo, com uma constante atualização tecnológica de equipamentos e qualificação profissional para assegurar a qualidade dos serviços prestados. Porém, a insuficiência dos recursos é um fator que deteriora a situação financeira dos hospitais públicos, filantrópicos e até daqueles com finalidades lucrativas (SOUZA, 2013). Este fato acarreta a necessidade de buscar alternativas de controle de custos de forma continuada, com o uso de indicadores para avaliar os resultados alcançados a partir das intervenções (SILVA; SILVA, 2017) (VELHO; BRITTES; 2016).

Outra questão importante é que o AVC está presente na Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (ICSAP). Essas doenças são potencialmente evitáveis, e por isso, utilizadas na avaliação indireta dos serviços básicos de saúde (BRASIL, 2007). Nesse sentido, se está ocorrendo um número alto de internações, por essa doença, há uma fragilidade na cobertura dos serviços da atenção primária. E o número de internações é um indicador valioso para monitoramento e tomada de estratégias (STARFIELD; SHI; MACINKO 2005). A Atenção Primária, por meio da Estratégia de Saúde da Família, deveria realizar a prevenção de patologias como o AVC, a partir de ações e programas de sua competência (REHEM; EGRY, 2011).

Estudos com esse enfoque são importantes para auxiliar a administração de hospitais filantrópicos que podem se deparar com dificuldades para conhecer e gerenciar os gastos mensais por seus setores, e ainda fornecer dados para as áreas de contabilidade e

gestão de um hospital (ANTUNES; MENDONÇA NETO; VIEIRA, 2016). Sendo assim, os resultados apresentados nesse estudo trazem importantes implicações para as políticas públicas de atenção primária e terciária no município. Por isso, espera-se que a partir da divulgação de tais evidências aos gestores, ações sejam aplicadas rumo à reformulação do sistema de saúde vigente.

Em relação às limitações do presente estudo, aponta-se que o uso de dados secundários não permite ao pesquisador controlar possíveis erros decorrentes de digitação e de registro, além de possíveis subnotificações. Apesar disto, acredita-se que, por se tratar de dados nacionais oficiais e de preenchimento obrigatório em todos os serviços de saúde, seus resultados permitiram o alcance dos objetivos propostos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desse estudo evidenciam a importância da análise de dados secundários e públicos para o AVC. Identificou-se que o número de internações se manteve na média durante os dez anos; que a mortalidade vem diminuindo, em Diamantina e Minas Gerais, se mantendo abaixo do percentual do Brasil. No entanto, os custos com a doença vêm aumentando devido as novas terapias empregadas.

Perante o impacto social, econômico e previdenciário do AVC, faz-se importante a criação de estratégias pelo Ministério da Saúde para a prevenção e o controle dos fatores de risco. Logo, o envolvimento de gestores de saúde no conhecimento do perfil de sua população é essencial para a diminuição dos custos com internações, mortalidade e desequilíbrio financeiro dos hospitais, almejando com isso a melhoria da situação de saúde do país.

Estes dados são indicativos indiretos de que existe um aumento da população convivendo com DCV.

REFERÊNCIAS

ANDRÉ, C., CURIONI, C.C., BRAGA, C.C., VERAS, R. **Progressive decline in stroke mortality in Brazil from 1980 to 1982, 1990 to 1992, and 2000 to 2002**. Stroke. v.37, n.11, p.2784-9, 2006.

ANTUNES, M. T. P.; MENDONÇA NETO, O. R.; VIEIRA, A. M. **Pesquisa intervencionista: uma alternativa metodológica para os mestrados profissionais em Contabilidade e Controladoria**. Atas - Investigação Qualitativa em Educação. v.1, 2016.

APARECIDA, Liliane Paula.; SOUZA, Antônio Artur.; GERVÁSIO, Luísa Raad. **Análise das Demonstrações Financeiras de Três Hospitais Brasileiros em Um Período de Cinco Anos**. V Congresso Nacional de Administração e Ciências Contábeis – Revista de Contabilidade e Organizações, Rio de Janeiro, 2014.

BENNETT, D.A. **Methodology of the global and regional burden of stroke study**. Neuroepidemiology, v.38, n.1, p.30-40, jan./2012.

BOTELHO, E. M. **Custeio Baseado em Atividades – ABC: uma aplicação em uma organização hospitalar universitária**. Tese de doutorado (Doutorado em Administração) – Programa de Pós Graduação em Administração, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em Ciências Humanas e Sociais que envolvam a utilização de dados. Brasília, **Diário Oficial da União**, 07 abr. 2016.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. O Financiamento da saúde. Coleção Para Entender a Gestão do SUS. CONASS, Brasília. v.2, n.6, p.124, 2011c.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília : CONASS, 2003. 248 p.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Datasus. CID 10; 2008. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>>. Acesso: 31 de outubro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linha de cuidados em Acidente Vascular Cerebral (AVC) na rede de Urgências e Emergências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2012a. Disponível em: <<http://conitec.gov.br/images/Protocolos/pcdt-cuidados-AVC.pdf>>. Acesso em: fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 664, de 12 de abril de 2012. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Trombólise no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 665, de 12 de abril de 2012. Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de

Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2012c.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 3.192, DE 24 de dezembro de 2008. Concede reajuste em procedimentos da Tabela do Sistema Único de Saúde – SUS, 2008. Brasília, DF 2008.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria GM/MS nº. 1.161, de 7 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria SAS/MS nº756, de 27 de dezembro de 2005, que estabelece as normas de habilitação das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia e dos Centros de Referência em Neurologia. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação. Manual Técnico Operacional do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS - SIGTAP. 2011d.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção Especializada. Departamento de Atenção Especializada. Implantando a linha de cuidado do acidente vascular cerebral – AVC Na rede de atenção às Urgências. Brasília, DF, 39 p, 2011b.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Sistema de Informação Hospitalar. Manual Operacional do Sistema. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/auditoria/manuais/manual_sih_janeiro_2017.pdf>: Acesso em: fev. 2020.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Relatório do III Fórum de Monitoramento do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 121 p.

CAVALCANTE, T.F.; MOREIRA, R.P.; ARAUJO, T.L.; LOPES, M.V.O. Fatores demográficos e indicadores de risco de acidente vascular encefálico: comparação entre moradores do município de Fortaleza e o perfil nacional. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v.18, p.1-6, 2010.

DATASUS. Produção Hospitalar (SIH/SUS). [S.l.]: **Pátria Amada Brasil Governo Federal**, 2020. Disponível em:<<http://datasus.saude.gov.br/aceso-a-informacao/producao-hospitalar-sih-sus/>>. Acesso em: fev. 2020.

GIRALDO, E.A. **Manual Merk de informações médicas: saúde para família**. Considerações gerais sobre o acidente vascular cerebral hemorrágico. São Paulo: Manole, 2018.

LLOYDE, J.D.; ADAMS, R.; CARNETHON, M.; *et al.* Heart disease and stroke statistics 2009 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. **Circulation**. v.119, p.480-486, 2009.

MALACHIAS, I.; LELES, F. A. G.; PINTO, M. A. S. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

MANSUR *et al.* Epidemiologic transition in mortality rate from circulatory diseases in Brazil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.93, n.5, p. 506-10, 2005.

MEDICI, A.C. Hospitais Universitários: passado, presente e futuro. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v.47, n.2, p.149-156, 2001.

MINAS GERAIS. **Deliberação nº 3.013, de 23 de outubro de 2019**. Aprova o Ajuste do Plano Diretor de Regionalização PDR/SUS-MG e dá outras providências. Minas Gerais, Belo Horizonte, 23 out. 2019.

MINAS GERAIS. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 372, de 27 de julho de 2011. Minas Gerais, 2011.

MINAS GERAIS. **Portaria nº 372**, de 27 de julho de 2011. Minas Gerais, Belo Horizonte, 27 de jul. 2011.

REHEM, T.C.M.S.B.; EGRY, E.Y. Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 16, n.12, p. 4755-66, 2011.

REIS, M.F.; CHAOUBAH, A.; MÁRMORA, C.H.C.; LIEBEL, G. Análise do gasto ambulatorial do acidente vascular cerebral na perspectiva do sistema público. **Jornal Brasileiro de Economia e Saúde**. v.10, n.3, p.219-25, 2018.

RIBEIRO, A.L, *et al.* Cardiovascular health in Brazil: trends and perspectives. **Circulation**, v.133, n.4, p.422-33, 2016.

ROCHA, R. O.; AMORIM, C. T.; COSTA, L. S. ; CAMPOS, F. F. ; COSTA, N. A. ; REIS, M. L. C. ; COSTA, M. C. P. . A Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis entre os pacientes hospitalizados na região do Vale do Jequitinhonha, MG. INTELLECTUS. REVISTA ACADÊMICA DIGITAL DA FACULDADE DE JAGUARIÚNA , v. 51, p. 1-13, 2019.

SCHMIDT *et al.* Acidente vascular cerebral e diferentes limitações: uma análise interdisciplinar. **Arquivos de Ciência e Saúde UNIPAR**, Umuarama, v.23, n.2, p.139-144, maio/ago. 2019.

SILVA, M. C.; SILVA, J. D. G. da. Avaliação do desempenho de instituições públicas e privadas. Campinas: **Alínea**, 2017.

SOUZA, A. A. de. Gestão financeira e de custos em hospitais. São Paulo: **Atlas**, 2013.

STARFIELD, B.L.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **The Milbank quarterly**. v.83, n.3, p.457-502, 2005.

VAN EEDEN, M.; VAN HEUGTEN, C.M.; EVERS, S.M. The economic impact of stroke in The Netherlands: the restore stroke study. **BMC Public Health**. v.12, n.1, p.122, 2012.

VELHO, C. O.; BRITTES, M. S. **Sistemática proposta para implantação de gestão de custos no setor de emergência em um hospital público**. Congresso de Gestão e Contabilidade – COGECONT. Chapecó: Unochapecó, 2016.

WENSING, F.D. et al. Aplicação do custeio baseado em atividades no setor de maternidade de uma organização hospitalar. **Pensar Contábil**, v. 8, n. 31, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)- **Global Health Estimates 2016**: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000–2016. Geneva, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health statistics and information systems - Projections of mortality and causes of death, 2015 and 2030**. Geneva; 2013. Disponível em: <https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections/en/>. Acesso em: fev. 2020.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentro do presente estudo, buscou-se avaliar os aspectos relacionados as doenças cardiovasculares em um Hospital do Vale do Jequitinhonha, caracterizando o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes internados com doenças cardiovasculares e se há associação com o óbito do portador de DCV, bem como, avaliar a tendência histórica das internações por AVC, a mortalidade hospitalar e seus custos.

Utilizou-se uma metodologia de análise de prontuários de pacientes com DCV e também dos indicadores de taxa de mortalidade, percentual de internações e valor médio da AIH com base nos dados do DATASUS.

Esta pesquisa resultou em dois artigos. Com os resultados obtidos no primeiro artigo foi possível identificar que as DCV são a principal causa de internação na Instituição pesquisada. Dentre elas, o AVC foi o mais frequente, sendo a maioria dos pacientes provenientes do SUS, com 60 anos ou mais, do sexo feminino, etnia parda/preta, casados, com quatro ou mais dias de internação e utilizavam medicamentos em uso contínuo. Os fatores de risco, como tabagismo, hipertensão arterial sistêmica, diabetes melitus, dislipidemia, obesidade, sedentarismo e o consumo de bebidas alcoólicas, estavam presentes em grande parte dos prontuários analisados. Neste estudo, as variáveis estatisticamente significativas e que foram relacionadas ao óbito foram os pacientes com quatro ou mais dias de internação, que utilizavam medicamento de uso contínuo e que estavam internados no CTI.

Já o segundo artigo, mostrou que o número de internações se manteve na média durante os dez anos pesquisados. Quanto a mortalidade, os indicadores de Diamantina e Minas Gerais vem diminuindo, se mantendo abaixo do percentual do Brasil. No entanto, os custos com a doença vem aumentando consideravelmente. De certo, mesmo que haja uma tabela pré-fixada para os valores dos procedimentos realizados pelo SUS, este valor não supre todas as necessidades para uma assistência de qualidade e segura, com tantas exigências e responsabilidades legais prestadas pelas Instituições.

Assim, muitos dos hospitais filantrópicos não conhecem os reais gastos com os procedimentos realizados, pois não possuem centro de custo para aferir estes indicadores. O presente trabalho aponta para a necessidade de realização de outros estudos que investiguem essa temática de gestão adequada dos custos, pois, quando se conhece o quanto se gasta em um procedimento, é possível identificar as não conformidades e assim traçar metas para a melhoria no processo de trabalho e destinação dos recursos, especialmente por se tratar de Instituições deficitárias e que disponibilizam 70% da sua capacidade ao SUS.

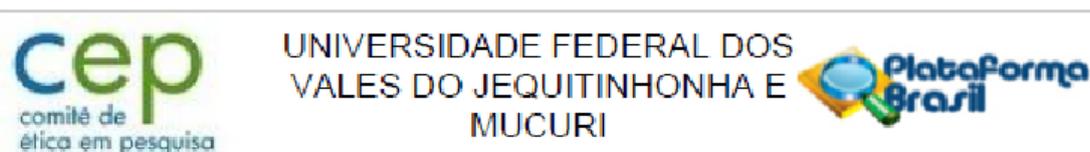
Ao contrário do fluxo desenhado pelo SUS para a assistência em rede, frequentemente os pacientes que deveriam ter seu primeiro atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), chegam previamente nos serviços mais complexos ou são direcionados a estes, seja por inabilidade, seja pela ausência de equipe completa ou capacitação ou por falta de infraestrutura, contribuindo para a sobrecarga desses serviços. Uma vez admitido na atenção terciária, dificilmente o paciente é contra referenciado à

atenção básica, contribuindo para o aumento dos gastos e para a ocupação de leitos desnecessariamente.

Diante da realidade encontrada é necessário aumentar o grau de conhecimento da população sobre a importância dos cuidados atrelados aos fatores de risco das DCNT e desenvolver estratégias que possibilitem mudança de hábitos e transformação no modo de viver das pessoas.

A principal motivação para a realização de estudos desse tipo nas três esferas administrativas é a possibilidade de alertar os gestores públicos e a sociedade sobre a necessidade de implementação de políticas públicas mais efetivas, que perpassam ao Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT, elaborado pelo Ministério da Saúde e garantem uma atenção maior conforme as necessidades de cada região de saúde. Por essa razão, como docente e usuária dos serviços de saúde, pretendo envolver os alunos no conhecimento de gestão e me envolver, diretamente, na busca de soluções para a melhoria da atenção básica, e dos incentivos para a Instituição pesquisada.

APÊNDICE A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Análise das internações hospitalares de uma cidade do alto Jequitinhonha

Pesquisador: MAGNANIA CRISTIANE PEREIRA DA COSTA

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 68052717.1.0000.5108

Instituição Proponente: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.613.223

Apresentação do Projeto:

Emenda do projeto intitulado "Análise das internações hospitalares de uma cidade do alto Jequitinhonha" que tem por objetivo analisar as internações hospitalares dos pacientes internados na Santa Casa de Caridade de Diamantina/MG, cidade do Alto Jequitinhonha, com a possibilidade de integração ensino-serviço no processo de trabalho dos serviços prestados à comunidade. Trata-se de um estudo transversal, com utilização de dados secundários das internações hospitalares realizadas em 2016 na Santa Casa de Caridade do município local. Os resultados serão tabulados, analisados e apresentados em forma de relatórios e artigos. A partir dos achados serão implantados na comunidade projetos de extensão com parecia ensino-serviço.

Objetivo da Pesquisa:

O Objetivo da emenda proposta é aumentar o tempo da pesquisa para a análise e construção dos resultados (dados já coletados); ampliação do título público, simplificação do objetivo geral e acréscimo de um objetivo específico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se aplica

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A emenda proposta propõe aumentar o tempo da pesquisa para a análise e construção dos resultados, os pesquisadores salientam que os dados já foram coletado faltando apenas a análise de dados. O numero amostral não será alterado, já que os dados foram coletados. Os dados do

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000

Bairro: Alto da Jacuba

CEP: 39.100-000

UF: MG

Município: DIAMANTINA

Telefone: (38)3532-1240

Fax: (38)3532-1200

E-mail: cep@ufvjm.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DOS
VALES DO JEQUITINHONHA E
MUCURI



Continuação do Parecer: 2.613.223

formulário serão digitados no programa EpiData versão 3.1 e analisados no programa SPSS versão 21.0 (Análise Statistical Package for Social Science) para posterior realização da tabulação das frequências absolutas e relativas das variáveis. Para avaliar as possibilidades de associação (razões de prevalência) das variáveis será utilizado o teste de qui-quadrado de Pearson, teste exato de Fisher ou generalização do teste exato de Fisher quando necessário, com o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Há o pedido de ampliação do título público, simplificação do objetivo geral e acréscimo de um objetivo específico. Isso foi justificado pelos pesquisadores pela quantidade e diversidade dos dados coletados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não se aplica

Recomendações:

Não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A emenda foi aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_110118_8_E1.pdf	26/03/2018 11:24:01		Aceito
Outros	Projeto_EMENDA.pdf	26/03/2018 11:09:46	MAGNANIA CRISTIANE PEREIRA DA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_260617.pdf	26/06/2017 16:10:03	MAGNANIA CRISTIANE PEREIRA DA	Aceito
Outros	carta_anuencia.pdf	06/06/2017 15:17:26	MAGNANIA CRISTIANE PEREIRA DA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	08/05/2017 11:58:00	MAGNANIA CRISTIANE PEREIRA DA	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000
Bairro: Alto da Jacuba CEP: 39.100-000
UF: MG Município: DIAMANTINA
Telefone: (38)3532-1240 Fax: (38)3532-1200 E-mail: cep@ufvjm.edu.br

APÊNDICE B – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

Projeto: O PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA O DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA COMUNIDADE

FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

Nº do Formulário (digitação): Responsável pela digitação: _____

Bloco I: Dados demográficos e relacionados à temporalidade do atendimento	
1. Data da coleta de dados no prontuário: ___/___/___	2. Responsável pela coleta dos dados:
3. Nº do prontuário:	
4. Nome do paciente:	
5. Endereço (Rua e nº)	5.1 Bairro:
6. Residente no município de Diamantina: () 0. sim () 1. não.	
7. Se não, qual município de residência?	
8. Modalidade da internação: () 0. SUS () 1. Convênio. Qual?	
9. Data de nascimento: ___/___/___	9.1 Idade em anos:
10. Sexo: () 0. Masculino () 1. Feminino	11. Raça/cor: () 1. Branca () 2. Preta () 3. Parda () 4. Amarela () 5. Indígena () 9. NI
12. Situação conjugal? () 1. Casado (a) () 2. Solteiro (a) () 3. Desquitado, separado ou divorciado (a) () 4. Viúvo (a) () 5. Amasiado () 9. NI	
13. Data da internação: ___/___/___	14. Data de saída: ___/___/___
15. Nº de dias de internação: () 1. Até 24 horas () 2. 2 a 3 dias () 3. > 4 dias () 4. Óbito < 24 hs	
Bloco II: dados relacionados à anamnese	
1. Fatores de risco: () 0. Não () 1. Sim () 9. NI. Se sim. Qual (ais)? () 1. Tabagismo () 2. HAS () 3. DM () 4. Dislipidemia () 5. Obesidade () 6. Sedentarismo () 7. Consumo de bebidas alcoólicas () 8. Outros. Qual (ais)? 1. _____ 2. _____ 3. _____	
2. Medicamentos de uso de rotina: () 0. Não () 1. Sim () 9. NI. Se sim. Qual (ais)? 2.1 _____ 3.2 _____ 2.2 _____ 3.4 _____	
3. Alteração da prescrição após alta: () 0. Não () 1. Sim () 9. NI. Se sim. Qual (ais)? 4.1 _____ 4.2 _____ 4.3 _____ 4.4 _____	

Bloco III: dados relacionados a internação
1. Diagnósticos de entrada: _____ 1.1 _____ 1.2 _____ 1.3 _____ 1.4 _____
2. Diagnósticos de saída: _____ 2.1 _____ 2.2 _____ 2.3 _____ 2.4 _____
3. Unidade de internação: () 0. Enfermaria () 1. U.T. I.
4. Infecções relacionadas à assistência à saúde adquirida durante a internação: () 0. Não () 1. Sim () 9. NI. Se sim qual (ais)? () 4.1 Acesso vascular () 4.2 Infecção do trato urinário () 4.3 Infecção respiratória . 4.3.1 é PAVM? () 0. Não () 1. Sim () 4.4 Sistêmica () 4.5 Gastrointestinal () 4.6 Cutânea 4.6.2 qual? _____ () 4.7 Outra
5. Condição de alta: () 0. Cura / melhora () 1. Acompanhamento ambulatorial () 2. Transferência () 3. Óbito () 4. Evasão
6. Observações: _____ _____ _____ _____ _____ _____

APÊNDICE C – NORMAS PARA A PUBLICAÇÃO NA REVISTA INTELLECTUS

I – Orientações gerais para publicação

1. São aceitos originais inéditos escritos em Português, Inglês ou Espanhol para serem submetidos à aprovação do Conselho Editorial da revista. Em caso de um resumo do trabalho já ter sido publicado em congresso, deve constar uma nota de rodapé na primeira página, indicando a publicação. Se for identificado plágio o trabalho será reprovado e os responsáveis pelo envio poderão sofrer as sanções legais cabíveis.
2. O Conselho Editorial se reserva o direito de realizar inferências na estrutura e corpo do texto, com o objetivo de manter a homogeneidade e a qualidade da publicação, respeitando, porém, o estilo e as opiniões dos autores.
3. As opiniões e resultados emitidos pelos autores dos artigos são de exclusiva responsabilidade dos mesmos.
4. A Revista classifica as colaborações de acordo com as seguintes seções:
 - ✓ Artigos de pesquisa e de reflexão;
 - ✓ Comunicações de Pesquisa;
 - ✓ Ensaio;
 - ✓ Informes Técnicos;
 - ✓ Monografia;
 - ✓ Relatos de Experiência;
 - ✓ Resenhas.
 - ✓ Trabalhos Enviados para Congressos (adaptados aos padrões da revista);
5. As colaborações enviadas à Intellectus podem ser publicadas em uma das suas 4 áreas de concentração:
 - ✓ Saúde
 - ✓ Ciências Exatas e Tecnológicas
 - ✓ Ciências Sociais Aplicadas
 - ✓ Educação, Cultura e Sociedade

É facultativo ao autor sugerir em qual área seu artigo se encaixa. À equipe editorial cabe a decisão final. A Revista Intellectus pode lançar volumes especiais de outros temas.

A Revista Intellectus não cobra nenhuma taxa dos autores interessados em publicar seus trabalhos. Os trabalhos publicados são disponibilizados gratuitamente para acesso a toda a população por meio do site oficial da Revista www.revistaintellectus.com.br.

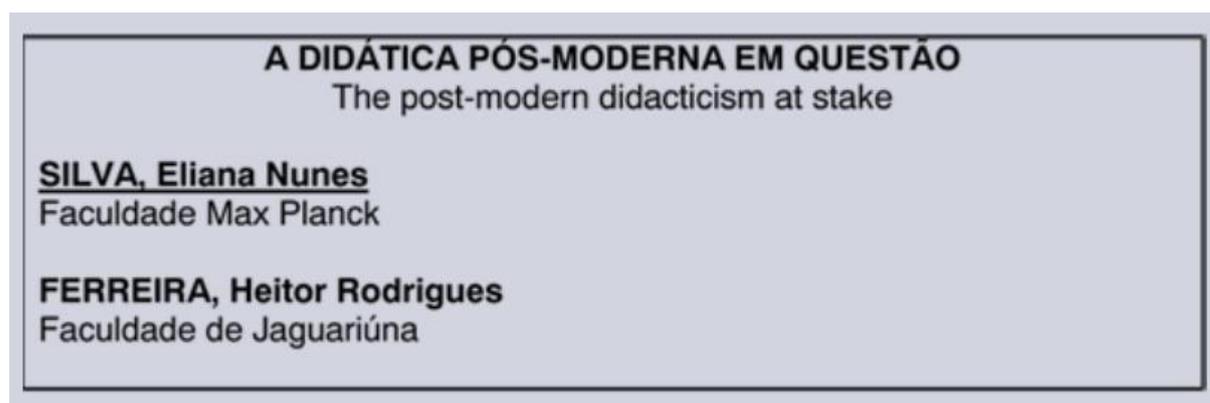
II - Procedimentos para apresentação de Trabalhos

1 - Na primeira lauda do original (folha de rosto)

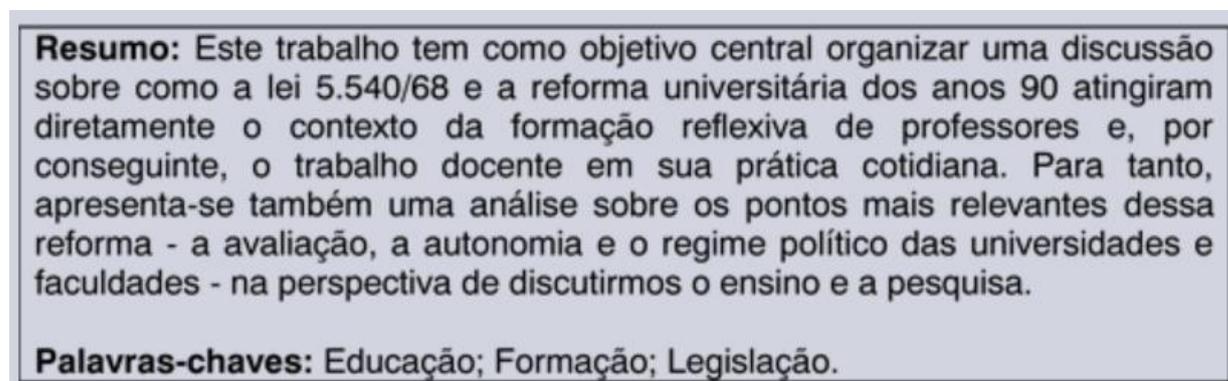
1.1 - O título do trabalho deve ser centralizado, em letras maiúsculas, com fonte Arial 12, e em negrito. Logo abaixo, com fonte Arial 12, centralizado, sem negrito, apenas com a primeira letra maiúscula, versão do título em Inglês. O título do trabalho deve ser breve, suficientemente específico e descritivo, contendo palavras que representem o conteúdo do texto.

1.2.1 - À esquerda, nome completo do(s) autor(es), iniciando com o último nome em letras maiúsculas (Ex: LUCKESI, Severino), fonte Arial 12 em negrito. Abaixo do nome do(s) autor(es), nome da(s) instituição(ões) de origem.

1.2.2 – O nome do autor principal deverá aparecer sublinhado e os demais coautores, sem sublinhar, abaixo do autor principal.



1.3 - A seguir, o Resumo, que deve ter aproximadamente 200 palavras, com alinhamento justificado, espaçamento simples, fonte Arial 12. Na sequência, com espaçamento 12 após o texto, acrescentar as Palavras-chaves do texto, no máximo 3 e separadas com ponto e vírgula, conforme o exemplo:



1.4 - Posteriormente, o Abstract, em Inglês, ou Resumen, em Espanhol, seguindo a mesma formatação do anterior. Abaixo, as palavras-chave do texto na mesma língua estrangeira do resumo, no máximo 3.

Ex:

Abstract: The main purpose of this work is to present a study on act 5.540/68 and the university reform nineties attain directly the reflexive teacher's formation and the teacher's work in day by day. In pursuing the above purposes, the author also present an analysis of the relevance's dot these reform - the evaluation, the autonomy and the political regime of the university and the college - to the present a study the teaching and the research.

key-words: Education; Formation; Legislation.

2 – No caso de artigos científicos, o corpo do texto deve estar dividido em pelo menos 3 partes: Introdução (com o objetivo do trabalho), Metodologia e Considerações finais. Essas divisões maiores devem estar em caixa alta e em negrito, alinhadas à esquerda. Subdivisões devem ser apresentadas em negrito, alinhadas à esquerda e apenas com a primeira letra de cada palavra em maiúscula.

O arquivo em Word e PDF, deverá conter de 10 a 20 laudas, em papel A4, incluindo as referências bibliográficas. O espaçamento no corpo do texto deve ser de um e meio, alinhamento justificado, fonte em Arial 12 e recuo especial na primeira linha de 1,5.

As citações literais com até três linhas devem permanecer no corpo do texto. Para citação com mais de três linhas, usar fonte Arial 11, em itálico, alinhamento justificado com recuo de 4cm da margem esquerda, sem aspas.

Materiais gráficos tais como, fotografias e gráficos, devem estar em perfeitas condições de visualização (estritamente indispensáveis à clareza do texto), com legenda e/ou título, a depender do tipo do material, conforme as regras da ABNT. Se as ilustrações enviadas já tiverem sido publicadas, mencionar a fonte e a permissão para reprodução.

Os quadros devem ser acompanhados de legendas que permitam compreender o significado dos dados reunidos, sem necessidade de referência ao texto.

As referências bibliográficas são obrigatórias, devem ser apresentadas em ordem alfabética, separadas entre si por um espaço simples e estarem de acordo com as normas da ABNT-NBR - 6023:2002. Não serão aceitos trabalhos que usem o sistema de numeração das referências ao longo do texto.

Os agradecimentos aos auxílios recebidos para a elaboração do trabalho devem ser mencionados no final do artigo.

Ao final do artigo, após as referências bibliográficas, o autor principal e os coautores deverão acrescentar um breve currículo, contendo: nome completo, breve apresentação e e-mail.

Nesta página tem o link para as normas da ABNT NBR6023. Qualquer dúvida contate a equipe pelo e-mail: intellectus@faj.br

III - Observações gerais

A correção ortográfica e gramatical é de inteira responsabilidade de cada autor, no entanto a equipe editorial se reserva ao direito de realizar as alterações necessárias, de acordo com as normas cultas da língua em que o artigo foi redigido.

Após aprovação do conselho editorial os artigos são enviados para a revisão final das normas da ABNT. Nesta etapa, alterações podem realizadas pela equipe da revista ou solicitadas aos autores.

Os textos aprovados para publicação são convertidos para o formato PDF (Formato de Documento Portátil - Acrobat/Adobe).

A exatidão e adequação das referências a trabalhos que tenham sido consultados e mencionados no texto publicado são da responsabilidade do autor.

Somente os textos considerados inadequados para publicação serão devolvidos ao(s) autor(es); os demais ficarão arquivados.

As adequações às normas da revista e da ABNT atualizada são indispensáveis para a aceitação do texto para publicação.

A Editora Chefe e o Conselho Editorial são soberanos para resolver qualquer questão que não esteja contemplada na normatização apresentada acima.

IV – Análise e Aprovação do Comitê de Ética

Os textos enviados para publicação que sejam vinculados à pesquisa com seres humanos e/ou animais deverão ser submetidos previamente a uma avaliação inicial, feita pelo Comitê de Ética, e cadastrado na Plataforma Brasil. O número de protocolo que aprovou a realização da pesquisa deve constar no texto, bem como a identificação do comitê de ética e quaisquer outras informações relevantes.

O texto será encaminhado à revisão por pares (no mínimo dois relatores integrantes do Comitê de Ética, no caso de artigos científicos), sem identificação dos autores (avaliação duplo-cega). O material será devolvido ao(s) autor(es) caso os relatores sugiram mudanças ou correções. Em caso de divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro relator, para arbitragem. A decisão final sobre o mérito do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial (editora chefe e editores colaboradores).

V - Procedimentos para envio de artigos

1 - Os textos deverão ser enviados com uma cópia em formato Word (.doc ou .docx), com identificação de autoria e institucionalidade, e uma cópia em formato PDF, sem identificação de autoria e institucionalidade, os dois arquivos devem estar nomeados com o título do trabalho, o descumprimento desta regra pode desclassificar automaticamente o texto enviado. Na versão em PDF deve ser retirado todas as informações que possam ser usadas para identificar a autoria do artigo

2 - Ao enviar seu artigo coloque na identificação do e-mail o nome do mesmo, no corpo do texto deve conter: identificação de autoria, institucionalidade e opcionalmente a respectiva área para publicação. Estes serão encaminhados para posterior análise do Conselho Editorial.

Todos os manuscritos aceitos tornam-se propriedade da Intellectus Revista Acadêmica Digital e não podem ser publicados em outro lugar, no todo ou em parte, sem autorização escrita da Revista Intellectus. Em qualquer etapa de avaliação do artigo, os autores poderão receber um acordo de direitos autorais padrão, que deverá ser assinada por todos os autores e devolvida escaneada em formato PDF para a Revista.

APÊNDICE D – CONFIRMAÇÃO DE RECEBIMENTO PELA REVISTA

Artigo enviado com sucesso.

Revista Intellectus <noreply@faj.br>

Dom, 23/02/2020 23:29

Para: intellectus@faj.br <intellectus@faj.br>; naylaac@hotmail.com <naylaac@hotmail.com>

 2 anexos (344 KB)

DOENÇAS CARDIOVASCULARES DIAGNOSTICADAS EM PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL DO VALE DO JEQUITINHONHA-MG.pdf; DOENÇAS CARDIOVASCULARES DIAGNOSTICADAS EM PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL DO VALE DO JEQUITINHONHA-MG..doc;

Prezado(a) Nayla Alves Costa

A Intellectus Revista Acadêmica Digital agradece pelo seu interesse em publicar seu trabalho científico. Confirmamos o recebimento de seu e-mail e em breve entraremos em contato através de: naylaac@hotmail.com

Atenciosamente, Equipe Intellectus