

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ISABEL PINTAS MARQUES HORTA

INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM
ESTUDO DE TENDÊNCIA NO DISTRITO FEDERAL

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do Título de Mestre em
Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Universidade de Brasília.
Área de Concentração: Cuidado, Gestão e
Tecnologias em Saúde e Enfermagem.
Linha de pesquisa: Gestão de Sistemas e de
Serviços em Saúde e Enfermagem.

Orientador: Dr^a Tania Cristina Morais Santa Barbara Rehem
Coorientadora: Dr^a Flávia Reis de Andrade

BRASÍLIA
2021

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

PP659i Pintas Marques Horta, Isabel
INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM
ESTUDO DE TENDÊNCIA NO DISTRITO FEDERAL / Isabel Pintas
Marques Horta; orientador Tania Cristina Morais Santa
Barbara Rehem; co-orientador Flávia Reis de Andrade. --
Brasília, 2021.
49 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Enfermagem) --
Universidade de Brasília, 2021.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Distribuição por Sexo. 3.
Estudos de Séries Temporais. 4. Hospitalização. 5. Indicador
de Saúde. I. Cristina Morais Santa Barbara Rehem, Tania,
orient. II. Reis de Andrade, Flávia, co-orient. III. Título.

ISABEL PINTAS MARQUES HORTA

INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM
ESTUDO DE TENDÊNCIA NO DISTRITO FEDERAL

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do Título de Mestre em
Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Universidade de Brasília.
Área de Concentração: Cuidado, Gestão e
Tecnologias em Saúde e Enfermagem.
Linha de pesquisa: Gestão de Sistemas e de
Serviços em Saúde e Enfermagem.

Aprovado em 23/12/2021.

BANCA EXAMINADORA

Professor Doutor Tania Cristina Morais Santa Barbara Rehem – Presidente da Banca
Universidade de Brasília

Professor Doutor Suderlan Sabino Leandro – Membro Externo ao Programa
Universidade de Brasília

Professor Doutor Pedro Sadi Monteiro – Membro Efetivo
Universidade de Brasília

RESUMO

IPMH (Pintas Marques Horta, Isabel). **Internações por condições sensíveis à atenção primária: um estudo de tendência no Distrito Federal**. 2021. 49 folhas. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2021.

Introdução: A Atenção Primária à Saúde tem trazido profundas e importantes modificações nas estratégias políticas e organizacionais dos sistemas de saúde. Observa-se internacional e nacionalmente uma série de investigações utilizando indicadores da atividade hospitalar como instrumento para avaliação e monitoramento da efetividade da Atenção Primária à Saúde. No Brasil, foi elaborada a lista brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), que se constitui em mais uma ferramenta para avaliar, indiretamente, a Atenção Primária em Saúde no país e comparar o seu desempenho. **Objetivo:** Analisar a tendência das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária e verificar a cobertura de Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal, no período de 2009 a 2019. **Métodos:** Estudo ecológico de tendência com dados de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Distrito Federal, segundo sexo, para todos os grupos etários, no período de 2009 a 2019, disponíveis no SIH/SUS. Foram calculadas as taxas de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária anuais por grupo de causas e diagnósticos, para ambos os sexos, masculino e feminino. Realizou-se a padronização das taxas pelo método direto e cálculo da variação percentual anual (VPA) das taxas utilizando-se o método Prais-Winsten. A variável dependente foi o logaritmo das taxas e a variável independente os anos da série temporal. As VPA das taxas e os respectivos intervalos de confiança (IC) foram obtidos com as fórmulas preconizadas Antunes e Waldman. Verificou-se a ocorrência de tendência de crescimento, diminuição ou estabilização para cada grupo de Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Os gráficos foram feitos nos softwares *R* e na planilha Excel. A análise de tendência foi realizada no *Stata*^R. **Resultados:** O Distrito Federal registrou 2.103.951 internações no período, sendo 344.532 (16,4%) por Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, com a maior taxa de internação no sexo masculino. O grupo de pneumonias bacterianas foi o mais frequente (11,91%, n=20.048) no sexo masculino e apresentou tendência estacionária no período (VPA: 0,38%; IC 95%: -6,00; 7,19) no mesmo sexo. O grupo de infecção no rim e trato urinário foi o mais frequente (13,17%, n=17.530) entre o sexo feminino e apresentou tendência de redução (VPA: -1,64%; IC 95%: -3,11; -0,15). No Distrito Federal, as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária apresentaram tendência estacionária no período estudado, tanto no sexo masculino (VPA: -0,91%; IC 95%: -4,51; 2,83) quanto feminino (VPA: -1,01%; IC 95%: -4,88; 3,01). A cobertura de Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal aumentou de 10,79% em 2009 para 44,65% em 2019. **Conclusões:** As tendências temporais das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Distrito Federal mostram-se estacionárias no período analisado. Para o enfrentamento das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária deve-se buscar, ainda, a ampliação de cobertura vacinal, mudança cultural no uso dos serviços de saúde pela população, atividades de educação em saúde, controle das condições crônicas, melhora dos determinantes sociais, entre outros. Ressalta-se a necessidade de estudos de correlação entre taxa de ICSAP com a cobertura da Atenção Primária à Saúde.

Palavras-Chaves: Atenção Primária à Saúde; Distribuição por Sexo; Estudos de Séries Temporais; Hospitalização; Indicador de Saúde.

ABSTRACT

IPMH (Pintas Marques Horta, Isabel). **Hospitalizations due to primary care-sensitive conditions: a trend study in the Federal District.** 2021. 49 sheets. Dissertation (Masters) – Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, University of Brasília, Brasília, 2021.

Introduction: Primary Health Care (PHC) has brought profound and important changes in the political and organizational strategies of health systems. A series of investigations using indicators of hospital activity as an instrument for evaluating and monitoring the effectiveness of PHC are observed internationally and nationally. In Brazil, the Brazilian list of Hospitalizations for Conditions Sensitive to Primary Care (HCSPC) was drawn up, which constitutes yet another tool that contributes to indirectly assess PHC in the country and compare its performance. **Objective:** Analyze the trend of HCSPC by sex and verify the coverage of the Family Health Strategy (FHS) in the Federal District (FD), Brazil from 2009 to 2019. **Methods:** Ecological trend study with HCSPC data in the FD, according to sex, for all age groups, from 2009 to 2019, available in the Hospitalization System of the Unified Health System (HS/UHS). Annual HCSPC rates by diagnostic group were calculated for both males and females. The standardization of rates was carried out using the direct method and calculation of the annual percentage change (APC) of the rates using the Prais-Winsten method. The dependent variable was the logarithm of the rates and the independent variable the years of the time series. The APC of the rates and the respective confidence intervals (CI) were obtained using the formulas recommended by Antunes and Waldman. The occurrence of a trend of growth, decrease or stabilization was verified for each HCSPC group. The graphs were made in *R* software and in the *Excel* spreadsheet Trend analysis was performed on *Stata*^R. **Results:** The FD registered 2,103,951 hospitalizations in the period, 344,532 (16.4%) for HCSPC, with the highest rate of hospitalization in males. The group of bacterial pneumonias was the most frequent (11.91%, n=20,048) in males and showed a stationary trend in the period (APC: 0.38%; 95% CI: -6.00; 7.19) in the same sex. The kidney and urinary tract infection group was the most frequent (13.17%, n=17,530) among females and showed a trend towards reduction (APC: -1.64%; 95% CI: -3.11; -0.15). In the FD, HCSPC showed a stationary trend during the study period, both in males (APC: -0.91%; 95% CI: -4.51; 2.83) and females (APC: -1.01%; CI 95%: -4.88; 3.01). FHS coverage in FD increased from 10.79% in 2009 to 44.65% in 2019. **Conclusions:** The temporal trends of HCSPC in FD are stationary in the analyzed period. In order to face HCSPC, one should also seek to expand vaccination coverage, cultural change in the use of health services by the population, health education activities, control of chronic conditions, improvement of social determinants, among others. The need for correlation studies with PHC coverage is highlighted.

Keywords: Primary Health Care; Sex Distribution; Time Series Studies Hospitalization; Health Status Indicators.

RESUMEN

IPMH (Pintas Marques Horta, Isabel). **Internações por condições sensíveis à atenção primária: um estudo de tendência no Distrito Federal.** 2021. 49 folhas. Tesis de Maestría - Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Brasilia, Brasilia, 2021.

Introducción: La Atención Primaria en Salud (APS) ha provocado cambios profundos e importantes en las estrategias políticas y organizativas de los sistemas de salud. A nivel internacional y nacional se observan diversas investigaciones que utilizan indicadores de la actividad hospitalaria como instrumento para evaluar y monitorear la efectividad de la APS. En Brasil, se elaboró la Lista Brasileña de Hospitalizaciones por Condiciones Sensibles a la Atención Primaria (HCSAP), que es más una herramienta que contribuye a evaluar indirectamente la APS en el país y comparar su desempeño. **Objetivo:** Analizar la tendencia de las HCSAP y verificar la cobertura de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) en el Distrito Federal (DF), Brasil de 2009 a 2019. **Métodos:** Estudio ecológico de tendencias con datos HCSAP en el DF, según sexo, para todos los grupos de edad, de 2009 a 2019, disponible en el Sistema de hospitalización -Sistema Único de Salud (SH / SUS). Se calcularon las tasas anuales de HCSAP por grupo de diagnóstico para hombres y mujeres. La estandarización de las tasas se realizó por el método directo y el cálculo de la variación porcentual anual (VPA) de las tasas por el método Prais-Winsten. La variable dependiente fue el logaritmo de las tasas y la variable independiente los años de la serie temporal. La VPA de las tasas y los respectivos intervalos de confianza (IC) se obtuvieron con las fórmulas recomendadas por Antunes y Waldman. Se verificó una tendencia de crecimiento, disminución o estabilización para cada grupo de HCSAP. Los gráficos se realizaron en el software R y en Excel. El análisis de tendencias se realizó en *Stata*^R. **Resultados:** El DF registró 2.103,951 hospitalizaciones en el período, 344,532 (16,4%) por HCSAP, con la mayor tasa de hospitalización en hombres. El grupo de neumonías bacterianas fue el más frecuente (11,91%, n = 20.048) y mostró una tendencia estacionaria en el período (VPA: 0,38%; IC 95%: -6,00; 7,19) entre los hombres. El grupo de infección renal y del tracto urinario fue el más frecuente (13,17%, n = 17.530) entre las mujeres y mostró una tendencia de reducción (VPA: -1,64%; IC 95%: -3,11; -0,15). En el DF, las HCSAP mostraron una tendencia estacionaria en el período estudiado, tanto en hombres (VPA: -0,91%; IC 95%: -4,51; 2,83) como en mujeres (VPA: -1,01%; IC 95%: -4,88; 3,01). La cobertura del ESF en el DF aumentó del 10,79% en 2009 al 44,65% en 2019. **Conclusiones:** Las tendencias temporales de las HCSAP en el DF fueron estacionarias en el período analizado. Para enfrentar las HCSAP también se debe buscar ampliar la cobertura de vacunación, el cambio cultural en el uso de los servicios de salud por la población, la educación en salud, el control de las condiciones crónicas, la mejoría de los determinantes sociales, entre otros. Se destaca la necesidad de estudios de correlación con la cobertura de la APS.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Distribución por Sexo; Estudios de Series Temporales; Hospitalización; Indicadores de Salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição das ICSAP, segundo grupos de causas de internações e diagnósticos no sexo masculino, Distrito Federal, 2009 a 2019	28
Figura 2 – Distribuição das ICSAP, segundo grupos de causas de internação e diagnósticos no sexo feminino, Distrito Federal, 2009 a 2019	28
Figura 3 – Taxa de ICSAP nos sexos feminino e masculino e a cobertura de ESF, Distrito Federal, 2009 a 2019	31

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária	21
Tabela 2 – Taxa bruta e taxa padronizada de ICSAP, segundo grupos de causas de internações e diagnósticos, por sexo, Distrito Federal, 2009 a 2019	25
Tabela 3 – Tendência das taxas de ICSAP segundo grupo de causas, no sexo masculino, Distrito Federal, 2009 a 2019.....	30
Tabela 4 – Tendência das taxas de ICSAP segundo grupo de causas, no sexo feminino, Distrito Federal, 2009 a 2019	30

LISTA DE SIGLAS

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACSC	<i>Ambulatory Care Sensitive Conditions</i>
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CSAP	Condições Sensíveis à Atenção Primária
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DF	Distrito Federal
eSF	Equipe Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PAPS	Planificação da Atenção Primária à Saúde
PAS	Planificação da Atenção à Saúde
PDSAN	Plano Distrital de Segurança Alimentar Nutricional
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNASH	Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo

PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PSC	Programa Saúde em Casa
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAPS	Secretaria Nacional de Atenção Primária à Saúde
SES-DF	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SIH	Sistema de Internações Hospitalares
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
VPA	Variação Percentual Anual

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVO	13
3 MARCO TEÓRICO	13
3.1 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	13
3.2 ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA	15
3.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	17
4 MÉTODO	21
4.1 TIPO DE ESTUDO	21
4.2 LOCAL DO ESTUDO	21
4.3 FONTE E COLETA DOS DADOS	21
4.4 ANÁLISE DOS DADOS	22
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	23
5 RESULTADOS	23
6 DISCUSSÃO	32
7 CONCLUSÃO	39
8 REFERÊNCIAS	41

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem trazido profundas e importantes modificações nas estratégias políticas e organizacionais dos sistemas de saúde, preferencialmente nos sistemas universais (STARFIELD, 2002). Diversos pesquisadores têm demonstrado a maior efetividade e eficiência dos sistemas de saúde baseados na APS (MACINKO, 2011; RASELLA, 2014). O Brasil não se furtou a essas mudanças e reorientou o seu modelo assistencial baseado na APS quando da concepção da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2006).

Na PNAB, a APS é descrita como um nível de atenção que utiliza tecnologias de alta complexidade e baixa densidade que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância para o seu território (BRASIL, 2017a). Sendo assim, é capaz de resolver ao menos 80% das necessidades da população quando o sistema de saúde está organizado adequadamente (MENDES, 2012). Além disso, evidenciou-se que os sistemas de saúde baseados em uma APS consolidada estiveram associados a melhores resultados sanitários (ATUN, 2004).

Segundo Mendes (2012), o modelo de atenção à saúde brasileiro está voltado às condições agudas, ou seja, atua de forma reativa, episódica e fragmentada. Porém, o que se encontra no cenário atual é uma situação de condição de saúde de tripla carga de doença, com forte predomínio relativo às condições crônicas com uma baixa cobertura e resolutividade da atenção primária. O déficit das respostas às condições crônicas por um sistema fragmentado é, portanto, universal e deve ser enfrentado por mudanças profundas (MENDES, 2012; BRASIL, 2015; BRASIL, 2010).

Nesse sentido, foi fundamental o estabelecimento no Brasil de um sistema de saúde organizado a partir da concepção de Redes de Atenção à Saúde (RAS), acolhendo e redefinindo o modelo de atenção que deve ser efetivo e eficiente no controle das condições crônicas (BRASIL, 2015). As RAS são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de apoio técnico e logístico de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010). Para que a RAS cumpra seu papel, é imprescindível que a APS esteja organizada, coordenando o cuidado e sendo responsável pelo fluxo do usuário nessa rede (BRASIL, 2015).

Voltando-se para o Sistema de Saúde do Distrito Federal (DF), a forma de organização dos serviços, seu funcionamento e o modelo de gestão assistencial voltado para as condições agudas não estavam sendo capazes de garantir à população brasiliense o seu pleno direito à saúde. Isso era demonstrado ao observar que a resolutividade da APS no DF era muito reduzida,

gerando encaminhamentos excessivos, desnecessários e fora de protocolos assistenciais e de regulação. Estima-se que cerca de 65% dos usuários do Distrito Federal que buscavam as emergências poderiam ter seus problemas de saúde resolvidos na APS, sendo necessárias mudanças na cultura organizacional vigente no setor público da saúde (BRASIL, 2016a).

Com o objetivo de melhorar esse cenário, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) constituiu um arcabouço de ações de ampliação da oferta de serviços de saúde por meio do fortalecimento e expansão da APS, com articulação e otimização dos serviços de Urgência e Emergência, Ambulatório de Atendimento Especializado e Atenção Hospitalar como estratégia de organização da RAS.

Essa estratégia de ampliação da APS girou em torno da conversão progressiva do modelo tradicional de Atenção Primária em Estratégia Saúde da Família (ESF), abrangendo coberturas populacionais importantes e alterando o cenário de cobertura da ESF em áreas com maior vulnerabilidade econômica e social (BRASIL, 2016a). Essa opção de modelo assistencial está orientada por resultados positivos registrados na literatura nacional e internacional e foi facilitada pela existência de cofinanciamento federal (SORANZ, *et al*, 2016).

Com isso, em 2017, a SES-DF publicou as Portarias SES-DF nº 77 e SES-DF nº 78, que estabeleceram a conversão total da APS para o modelo ESF, com o objetivo de que todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) tivessem equipes de saúde da família (ESF). Desde então, equipes mistas e tradicionais foram convertidas progressivamente (DISTRITO FEDERAL, 2017a; DISTRITO FEDERAL 2017b).

Para contribuir com esse processo de organização dos serviços e programação das ações no âmbito do SUS, a avaliação dos serviços de saúde é uma importante ferramenta, já que permite demonstrar as suas necessidades junto a uma reflexão crítica quanto ao processo de trabalho e sua qualidade (CASTANHEIRA, *et al*, 2016).

Observa-se, internacional e nacionalmente, uma série de investigações utilizando indicadores da atividade hospitalar como instrumentos para avaliação e monitoramento da efetividade da atenção primária à saúde. Billings *et al* (1993) desenvolveu, no final da década de 80, um indicador a partir do conceito de internações potencialmente evitáveis ou condições sensíveis à atenção ambulatorial, relacionando diretamente com o acesso das pessoas aos cuidados primários. Esse indicador é denominado “*ambulatory care sensitive conditions*”(ACS) – em tradução livre para o português como “condições sensíveis à atenção primária”.

Desde então, vários autores têm trazido definições para o termo. Alfradique *et al* (2009) define Condições Sensíveis à Atenção Primária como um conjunto de problemas de saúde que com uma ação efetiva da APS reduziria o número de internações hospitalares por essas condições com conseqüente diminuição do impacto financeiro. Já Nedel (2010) define como problemas de saúde atendidos por meio de ações da APS, cujo déficit no serviço prestado pode exigir uma hospitalização até então evitável. Portanto, as condições sensíveis à atenção primária são um indicador valioso para monitoramento e avaliação do serviço e sistema de saúde (AFRADIQUE *et al.*, 2009).

No Brasil, este indicador foi elaborado a partir do modelo proposto por Caminal-Homar & Casanova-Matutano (2003), adaptado para as condições brasileiras, dando origem à lista brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), que se constitui em mais uma ferramenta que contribui para avaliar, indiretamente, a atenção primária no país e comparar seu desempenho. Foi publicada pelo Ministério da Saúde (MS) e entrou em vigor por meio da Portaria MS/SAS nº221, de 17 de abril de 2008, contendo 19 grupos de causas e diagnósticos, 120 categorias da CID-10 (com três dígitos) e 15 subcategorias (com quatro dígitos)(BRASIL, 2008).

Segundo Alfradique (2009), o objetivo de elaboração de uma lista brasileira é desenvolver mais uma ferramenta de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar no país, como estratégia para o planejamento e gestão dos serviços de saúde por autoridades nacionais, estaduais e municipais, além de possibilitar a comparação do seu desempenho dentro do território nacional. Entende-se a relevância de realização de estudos utilizando o indicador ICSAP, considerando a importância do acompanhamento sistemático e regular, a fim de estabelecer a organização da RAS, com foco no protagonismo da APS para o aprimoramento do planejamento e gestão dos serviços de saúde (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

Diante da proposta de mudança estrutural e organizativa no DF, particularmente na reorganização da sua rede de atenção à saúde, este estudo busca responder às seguintes perguntas: Como vêm se comportando as ICSAP e a cobertura de ESF no DF, no período de 2009 a 2019?

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Analisar a tendência das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária e verificar a cobertura de Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal, no período de 2009 a 2019.

2.2. Objetivos Específicos

Identificar as ICSAP que ocorreram no Distrito Federal.

Descrever a tendência das ICSAP mais frequentes.

Identificar a cobertura de ESF.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. As Redes de Atenção à Saúde

Os sistemas de saúde são respostas sociais às necessidades expressas pela população e devem se organizar de forma efetiva para sanar essas necessidades. Por essa razão, deve haver uma coerência entre a situação epidemiológica e o sistema de atenção à saúde existente (MENDES, 2011).

Na contemporaneidade, observa-se uma crise nos sistemas de atenção à saúde, devido ao desencontro de uma situação de saúde com predomínio de condições crônicas e de dupla ou tripla carga das doenças, com um sistema de atenção à saúde voltado, predominantemente, a responder condições agudas e agudizações de condições crônicas, de forma reativa, episódica e fragmentada (COLEMAN; WAGNER, 2008). Além de desconsiderar a necessidade de atenção contínua às condições crônicas, que evoluem insidiosa e silenciosamente (MENDES, 2011). Com isso, a transição das condições de saúde em conjunto com o desenvolvimento científico, tecnológico e econômico demonstram a necessidade de transição da atenção à saúde (FRENK *et al.*, 1991).

De acordo com Mendes (2011), em sistemas de saúde fragmentados, a efetividade na atenção às condições crônicas é muito reduzida, principalmente os direcionados para as condições agudas. Faz-se necessário assegurar aos usuários a continuidade do cuidado,

garantindo a longitudinalidade da atenção para que medidas preventivas, de promoção e recuperação da saúde sejam mais eficazes (MENDES, 2011).

As literaturas nacional e internacional têm farta produção sobre a qualificação de sistemas de saúde organizados em redes de atenção à saúde. Destacam-se três justificativas para a construção dessas redes: o aumento da incidência e prevalência de doenças crônicas, a maior perspectiva de avanços na integralidade e construção de vínculos, e os custos crescentes no tratamento das doenças (MENDES, 2011).

No Brasil, pode-se afirmar que o problema principal do SUS reside justamente na incoerência entre a situação de saúde de tripla carga de doença com o predomínio relativo das condições crônicas, e um sistema de atenção à saúde fragmentado e voltado para as condições e eventos agudos (MENDES, 2011). Para superar essa crise, Shortell *et al* (1993) propôs a substituição do sistema fragmentado por sistemas integrados de serviços de saúde que configurassem um contínuo coordenado de serviços, o que se encontra nas redes de atenção à saúde.

Diferentemente da concepção de hierarquia vista nos sistemas fragmentados, as RAS organizam-se sob a forma de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde com diferentes densidades tecnológicas e sistemas de apoio, porém sem grau de importância entre eles, formando-se redes policêntricas horizontais. Além disso, o centro de comunicação das RAS situa-se na APS (MENDES, 2011).

Segundo Poter (2007), as RAS estruturam-se a partir de um ciclo completo de atendimento por meio da continuidade da atenção à saúde (atenção primária, secundária e terciária à saúde) e a integralidade da atenção à saúde (ações de promoção, de prevenção, intervenções de cura, cuidado, reabilitação e palição). E é justamente o conceito de integralidade da assistência à saúde que conforma o sistema de saúde como uma rede de serviços (CARVALHO, 2008).

Carvalho (2008) ressalta que, para não reforçar a histórica fragmentação, os sistemas de saúde não devem se dividir em subsistemas de cuidados crônicos e de cuidados agudos. Evidências trazem que o resultado dessa dicotomia seria a hegemonia da rede hospitalar, com maior drenagem de recursos financeiros para sua sustentação e com poucos resultados na qualidade da atenção (CARVALHO, 2008).

Visando atender às prioridades estabelecidas para o fortalecimento da APS, o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) desenvolveu a Planificação da Atenção Primária à Saúde (PAPS) em 2007, proposta de mudanças efetivas nos processos de trabalho

dos profissionais que compõem as equipes assistenciais e de gestão, propiciando o desenvolvimento da APS (BRASIL, 2018a). O ponto de partida da PAPS foi em 2017, com a realização das Oficinas de Redes de Atenção à Saúde pelo Conass em quase todas as unidades federativas (BRASIL, 2018a). Entretanto, no decorrer do processo, observou-se que, para consolidar o papel de coordenadora do cuidado e ordenadora dos fluxos de atenção, a APS necessita de integração com o Ambulatório da Atenção Especializada (AAE), concretizando, na prática, a implantação das RAS (BRASIL, 2018a).

Dessa forma, criou-se a Planificação da Atenção à Saúde (PAS) para qualificar a APS e a AAE nos estados brasileiros, em parceria com o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems), considerando que a atuação da APS é municipal (BRASIL, 2018a). Portanto, a PAS é um processo de ações educacionais voltadas para o aprimoramento de conhecimentos, desenvolvimento de habilidades e atitudes necessárias à organização e qualificação dos processos assistenciais (BRASIL, 2018a).

A PAS tem se mostrado uma das mais consistentes propostas para organização das redes e qualificação da APS e AAE, o que contribuiu para o crescimento das solicitações pelas secretarias estaduais para que fosse desenvolvida em suas regiões (BRASIL, 2018a). Vale ressaltar que não existe uma homogeneidade no desenvolvimento da PAS, uma vez que cada estado tem suas peculiaridades e iniciou o processo em momentos diferentes (BRASIL, 2018a).

Em 30 de dezembro de 2010, o Ministério da Saúde estabeleceu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS por meio da portaria 4.279 (BRASIL, 2010). Após sete anos, lançou também a portaria de consolidação nº3/2017, que consolidou as normas sobre as RAS no SUS, resgatando a portaria 4.279/2010 (BRASIL, 2017b).

As iniciativas citadas vieram para inovar o processo de organização do sistema de saúde, a fim de redirecionar suas ações e serviços para produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população, incluindo as ICSAP (BRASIL, 2017b).

3.2. Atenção Ambulatorial Especializada

A Portaria nº 4.279/2010, já citada anteriormente, definiu a atenção secundária como um dos componentes da estrutura operacional da RAS, sendo caracterizada como prestadora de serviços especializados de densidade tecnológica intermediária, com objetivo de complementar os serviços da APS (BRASIL, 2010). Porém, a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE)

pode ser considerada como um problema relevante nos sistemas de atenção à saúde em todo mundo, inclusive no SUS, onde não é contemplada com uma política nacional (BRASIL, 2018a). Há de se destacar dois motivos para isso: é uma das áreas menos estudadas no SUS quando comparada com a APS e a atenção hospitalar, correspondendo a um “vazio cognitivo” e tem sido organizada e operada na lógica dos sistemas fragmentados, se distanciando do proposto na portaria nº 4.279 de 2010. Esses problemas são responsáveis por déficits na efetividade, eficiência e qualidade desse nível de atenção (BRASIL, 2016a). Além disso, Mendes (2012) não nega a deficiência na oferta de algumas especialidades, porém experiências demonstram que isso pode ser superado a partir de novas formas de organização das relações entre APS e AAE, sem aumentar, necessariamente, a oferta dos serviços.

O cenário brasileiro reflete um desequilíbrio entre a demanda e a oferta por AAE, acarretando unidades especializadas lotadas de pessoas portadoras de condições crônicas de menor complexidade, devido a uma falta de estratificação de riscos pela APS. Outro fator que pressiona as agendas das unidades ambulatoriais é o chamado “efeito velcro”, que consiste na vinculação definitiva de pessoas referidas aos especialistas (BRASIL, 2018a). Dados demonstram que 65% das consultas médicas com especialistas de um município brasileiro eram de retorno, e apenas 35% eram novos casos (ALBIERI, 2011). Ressalta-se, também, a centralização na consulta médica individual, excluindo o trabalho com equipes multiprofissionais especializadas (BRASIL, 2016a).

Com o intuito de sanar os problemas citados, orienta-se a instituição de uma organização em redes, a partir de dois pilares fundamentais: a coordenação do cuidado entre a AAE e a APS e a construção da AAE como ponto de atenção secundário ambulatorial de uma RAS coordenada pela APS (BRASIL, 2016a). Isso implicaria em mudanças nos processos das unidades de AAE sem grandes investimentos na estrutura para a oferta de serviços (BRASIL, 2016a).

Diversos estudiosos definem diferentes formas de relação entre a APS e a AAE: a de referência e contrarreferência, a de visitas periódicas, a de trabalho conjunto de especialistas e generalistas, a de apoio nos momentos de transição, a intermediação por gestores de caso e a de coordenação do cuidado (BODENHEIMER, *et al.*, 2002; FRIEDMAN, *et al.*, 1998; KATON, *et al.*, 1995). Portanto, a relação entre a APS e a AAE deve seguir os seguintes

objetivos: ser segura, efetiva, pronta, centrada nas pessoas, eficiente, equitativa e coordenada (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

A essência do AAE consiste na responsabilidade do cuidado por generalistas e especialistas, sob coordenação da APS. A equipe da ESF precisa definir quais pessoas necessitam de um cuidado especializado e de maior complexidade e referi-las, de acordo com a estratificação de riscos das condições crônicas não agudizadas de alto e muito alto risco (BRASIL, 2016a).

De acordo com Mendes (2012), é necessária a organização dos macroprocessos da AAE a partir de quatro novas funções: função de interconsultoria ou assistencial – realizar atendimentos especializados interdisciplinares por uma equipe multiprofissional com foco no aprofundamento do manejo clínico dos usuários para estabilização das suas condições –, função educacional – matricular e qualificar as equipes da APS para manejo clínico e estratificação de risco –, função de supervisão – acompanhar a linha de cuidado priorizada e monitorar a execução dos planos de cuidado junto às equipes da APS – e função de pesquisa investigativa – estudar as evidências dos novos processos de trabalho.

Considerando os diversos problemas de saúde da população, particularmente as condições crônicas, que são responsáveis por grande parte das internações por CSAP, a organização da AEE é de extrema importância para o desempenho da APS dentro do sistema de saúde, pois, sem esta retaguarda, fica difícil para ela exercer o papel que lhe é esperado, como, por exemplo, a ordenação da rede e a coordenação do cuidado (MENDES, 2012).

A experiência adquirida com a Planificação da Atenção Primária à Saúde (PAPS) demonstrou que a qualificação e organização dos macroprocessos da APS impunha, também, uma organização dos fluxos assistenciais e dos processos na AAE (BRASIL, 2018a). Em 2015, iniciou-se um aprofundamento sobre a AAE pelo Seminário Conass Debate – Inovação da AAE, que propôs uma análise da temática e fundamentos para sua organização, com base no modelo de atenção às condições crônicas (BRASIL, 2018a).

Contudo, muitos avanços na AAE podem ser mencionados: adequações na estrutura física; carteira de serviços, com definição dos profissionais essenciais à realização da atenção contínua; adequação dos fluxos, tanto internos, quanto para os encaminhados pela APS;

atendimento contínuo para os diabéticos e hipertensos encaminhados pela APS; matriciamento de endocrinologista e cardiologista (BRASIL, 2018a).

3.3. Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma das principais políticas sociais estratégicas do século XX no que tange a construção dos sistemas de saúde universais e públicos (MENDONÇA, *et al*, 2018). Em 1978, durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, definiu-se a APS como “cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade, aos indivíduos e às famílias” (BRASIL, 1979).

Após essa conferência, surgiram diversas interpretações para o termo APS em todo o mundo. Em diversos países desenvolvidos, a APS é explorada como cuidados ambulatoriais de primeiro contato e, nos países em desenvolvimento, foca em determinadas necessidades de saúde da população menos favorecida, agindo de forma seletiva (GIOVANELLA, 2006; MENDONÇA, 2009; REHEM, 2011).

Porém, é consenso, nas evidências da literatura internacional, que sistemas de atenção à saúde baseados numa forte orientação para a APS apresentam resultados sanitários melhores e mais equitativos, já que se organizam a partir das necessidades de saúde da população (MENDES, 2019).

De acordo com Starfield (2002), a APS orienta-se por quatro atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Entende-se a expressão “primeiro contato” como acessibilidade e utilização dos serviços de saúde a cada novo problema, identificando a APS como primeiro recurso a ser buscado frente a uma necessidade de saúde (STARFIELD, 2002). O termo “longitudinalidade” implica em uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, independente do problema relacionado à saúde (STARFIELD, 2002). Já a integralidade implica oferecer cuidado integral ao usuário, mesmo que alguns não sejam oferecidos por esse nível de atenção (OLIVEIRA, 2013). E, por fim, a coordenação pode ser definida como a articulação entre os diversos pontos da rede de atenção à saúde, objetivando ofertar ao usuário ações e serviços que respondam às suas necessidades de saúde (STARFIELD, 2002).

No Brasil, a APS se desenvolve de forma constante, com evolução significativa a partir da implementação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, trazendo os agentes comunitários de saúde (ACS) para compor as equipes de saúde, provocando mudança importante no processo de trabalho dessas equipes (GUEDES, 2011). O PACS pode ser compreendido como uma estratégia transitória ao Programa Saúde da Família (PSF), que se inicia em 1994 no Nordeste do Brasil. O PSF foi redefinido pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006, como Estratégia Saúde da Família (ESF) (GUEDES, 2011).

Destaca-se, ainda, a criação, em 1996, do Piso da Atenção Básica – PAB Fixo, que estabelece um valor per capita, repassado pelo Ministério da Saúde e que, somado às transferências estaduais e aos recursos próprios dos municípios, passa a garantir o financiamento da APS. O PAB foi instituído por meio da Norma Operacional Básica – NOB 1/96 (BRASIL, 1996).

Em 2011 e 2017, a PNAB é revista e organizada em princípios e diretrizes, o que antes na PNAB de 2006 era definido como fundamentos, diretrizes e funções (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011a). E em 2019, é criada a Secretaria Nacional de Atenção Primária à Saúde, enfatizando a relevância da APS e trazendo-a como prioritária para o desenvolvimento do SUS (BRASIL, 2019).

Nos últimos 10 anos, o número de equipes de Saúde da Família cresceu mais de 50%, sendo que a população brasileira coberta pela ESF passou de 51,23% em 2007, para 71,16% em 2018 (TASCA, 2019). Essas mudanças no cenário brasileiro resultaram em impactos importantes na redução da mortalidade infantil e de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) (TASCA, 2019).

No âmbito do Distrito Federal (DF), a atenção primária funcionava de forma desorganizada, sendo a cobertura de saúde da família uma das piores do país com profissionais especialistas (clínicos, ginecologistas, pediatras, entre outros), agenda programada e espaços físicos improvisados (FONSECA, 2019).

A primeira estratégia adotada para estruturação da APS foi a sua organização, com o intuito de cumprir seus atributos, ampliar a cobertura populacional e mudar o modelo assistencial adotado (GÖTTEMS, 2019). Para isso, implantou-se o Programa Saúde em Casa (PSC), que equivaleria ao antigo Programa Saúde da Família (PSF). A partir de 2016, o DF vivenciou diversas iniciativas, como: apresentação da proposta da PAS e da definição de

estratégias para sua operacionalização; escolha da linha de cuidado para atenção ao diabético e hipertenso; realização do Seminário “Brasília Saudável” (BRASIL, 2016a). E em janeiro de 2018, iniciou-se o processo de expansão da PAS no DF (BRASIL, 2018a).

Até o momento, muitos avanços já foram vislumbrados na APS:

Normatização do acolhimento, identificação de vulnerabilidade familiar – classificação de risco das famílias, implantação do banco de horas, painel de bordo, estratificação de risco de hipertensos e diabéticos, encaminhamentos para o AAE de diabéticos e hipertensos de alto risco, acompanhamento dos Planos de Ação dos usuários que retornam do AAE para a APS e matriciamento. Também foi constatada grande evolução nos cadastros dos usuários e no registro do eSUS, uma melhor organização dos fluxos dos usuários e profissionais na UBS, maior integração dos profissionais, em especial da odontologia, com a organização das reuniões das equipes, a implantação do colegiado gestor e o estabelecimento de agenda integrada (BRASIL, 2018a, p. 245).

Além disso, para efetivar o modelo da ESF em todo o DF, houve o estabelecimento de normas e diretrizes, por meio da Política de Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, que estabelece novas modalidades para o funcionamento das unidades básicas de saúde (UBS), tais como: processo de trabalho envolvendo escuta qualificada, classificação de risco, contratação e qualificação de profissionais, extensão de dias e horários de funcionamento das UBS, atendimento em demanda espontânea e programação clínica (DISTRITO FEDERAL, 2017a). A Portaria SES-DF nº 78, que regulamenta o Art. 51 da Portaria SES-DF nº 77, passa a disciplinar o processo de conversão da APS ao modelo da ESF (DISTRITO FEDERAL, 2017b). Considerando a APS como ordenadora da rede, outras medidas também foram tomadas, tais como a estruturação da Atenção Secundária e a criação do Complexo Regulador do DF (FONSECA, 2019; TASCA, 2020).

Todo esse processo de reorganização da APS no Distrito Federal mostra a importância de se estruturar o sistema de saúde considerando o modelo de atenção voltado para a APS, como centro ordenador do sistema, o que certamente trará impactos importantes para a redução das ICSAP.

4. MÉTODO

4.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo ecológico de tendência, também denominado de estudo de séries temporais (AQUINO et al., 2011), com dados de ICSAP no DF segundo sexo, para todos os

grupos etários, no período de 2009 a 2019. O período inicial foi definido por ser o primeiro ano após a publicação da lista brasileira de ICSAP e o período final devido à pandemia de Covid-19, onde o uso de dados a partir desse período acarretaria interpretações equivocadas.

Nesse tipo de estudo, o indicador sob análise, referente a uma população geograficamente delimitada, é comparado ao longo do tempo (AQUINO et al., 2011). Entende-se por série temporal, um conjunto de dados observados e ordenados em determinado período com dependência serial. De acordo com Morettin e Toloí (2018), um dos objetivos da análise de séries temporais é a descrição do comportamento da série, verificando-se, por exemplo, a existência de tendências.

4.2. Local do estudo

O presente estudo será realizado no Distrito Federal considerando a população residente nas sete Regiões de Saúde. De acordo com o Decreto nº 37.057 de 14 de janeiro de 2016, a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal foi dividida nas seguintes Regiões de Saúde: Centro-Norte, Centro-Sul, Oeste, Sul, Sudoeste, Norte e Leste. Em relação aos estabelecimentos públicos de saúde existentes no território, existem 22 hospitais gerais e 176 unidades básicas de saúde (UBS) (DISTRITO FEDERAL, 2021).

4.3. Fonte e coleta dos dados

O estudo utilizou dados do Sistema de Internações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), implantado nacionalmente desde 1990, cujo instrumento de coleta de dados é a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) (BRASIL, 1990). Esse sistema permite a caracterização das internações hospitalares financiadas pelo SUS e os dados estão disponíveis no sítio eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

A seleção das internações por CSAP utilizou a Lista Brasileira de ICSAP, publicada pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria SAS/MS nº 221/2008 (BRASIL, 2008). Essa lista é composta por 19 grupos de causas de internação e 74 diagnósticos, classificados de acordo com a décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças – CID10 conforme tabela abaixo (BRASIL, 2008).

Tabela 1 - Lista Brasileira de Internações Hospitalares por Condições Sensíveis à Atenção Primária.

Grupo	Diagnósticos	CID 10
--------------	---------------------	---------------

1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	A33-A37, A95, B05-B06, B16, B26, G00.0, A17.0, A19, A15-A16, A18, A17.1-A17.9, I00-I02, A51-A53, B50-B54, B77
2	Gastroenterites Infecciosas e complicações	E86, A00-A09
3	Anemia	D50
4	Deficiências nutricionais	E40-E46, E50-E64
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	H66, J00-J03, J06, J31
6	Pneumonias bacterianas	J13-J14, J15.3-J15.4, J15.8-J15.9, J18.1
7	Asma	J45-J46
8	Doenças pulmonares	J20, J21, J40-J44, J47
9	Hipertensão	I10-I11
10	Angina	I20
11	Insuficiência cardíaca	I50, J81
12	Doenças cerebrovasculares	I63-I67, I69, G45-G46
13	<i>Diabetes mellitus</i>	E10-E14
14	Epilepsias	G40-G41
15	Infecção no rim e trato urinário	N10-N12, N30, N34, N39.0
16	Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46, L01-L04, L08
17	Doença inflamatória em órgãos pélvicos femininos	N70-N73, N75-N76
18	Úlcera gastrointestinal	K25-K28, K92.0, K92.1, K92.2
19	Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	O23, A50, P35.0

Fonte: Anexo da Portaria SAS/MS nº 221, de 17 de abril de 2008.

Os dados da cobertura de ESF no DF foram coletados, para o mesmo período do estudo, no sistema de informação e gestão da atenção básica, da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Foram utilizados dados populacionais do DF do Censo 2010 e das projeções intercensitárias para os anos restantes, disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017).

Foram calculadas as taxas de ICSAP anuais, global e por grupo diagnóstico, para ambos os sexos, masculino e feminino. A referida taxa é calculada pela razão entre o número de ICSAP por grupo e a população residente de cada sexo no ano, multiplicado por 10.000. Realizou-se a padronização das taxas pelo método direto, empregando-se como padrão a população mundial de *Segi* (WHO, 2001).

4.4. Análise dos dados

Para o cálculo da variação percentual anual (VPA) das taxas, foi utilizado o método de *Prais-Winsten*, que permite realizar a correção de autocorrelação de primeira ordem. A variável dependente foi o logaritmo das taxas, e a variável independente, os anos da série temporal. As

VPA das taxas e os respectivos intervalos de confiança (IC) foram obtidos com as fórmulas preconizadas por Antunes e Waldman (2002). $-1+10^b=\Delta$

$$\Delta IC95\%=-1+10^{(b\pm t*se)}$$

Sendo “b” a taxa de crescimento anual e os seus valores, bem como o erro padrão “se”, foram obtidos na análise de regressão. O valor de “t” é encontrado na tabela da distribuição t de *Student*.

Verificou-se, portanto, se havia tendência de crescimento, diminuição ou estabilização para cada grupo das ICSAP, segundo sexo. Foi considerada tendência estacionária quando o coeficiente de regressão não diferiu de zero ($p > 0,05$); diminuição cujo coeficiente de regressão foi negativo e $p < 0,05$ e tendência de crescimento quando apresentava coeficiente de regressão positivo e $p < 0,05$.

Os gráficos foram feitos nos softwares *R* versão 4.1.0 (<http://www.r-project.org>) (pacote *astsa*) e na planilha Excel 2019. A análise de tendência foi realizada no *Stata*^R versão 15.

4.5. Aspectos éticos

Esse estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), pois utilizou dados secundários, não nominiais e de domínio público, segundo a Resolução CNS/MS nº 510 de abril de 2016 (BRASIL, 2016b).

5. RESULTADOS

O Distrito Federal registrou no período de 2009 a 2019, um total de 2.103.951 internações gerais, sendo 344.532 (16,4%) por ICSAP.

Considerando-se todos os grupos de causas de internação e diagnósticos, o sexo masculino obteve a maior taxa de internação em todo o período. A maior taxa foi verificada em 2010 para ambos os sexos, com 124,78 por 10.000 habitantes para o masculino, e 122,98 por 10.000 habitantes para o feminino. Em contrapartida, as menores taxas ocorreram no ano de 2017, com 99,65 por 10.000 habitantes e 91,10 por 10.000 habitantes para os sexos masculino e feminino, respectivamente (Tabela 2).

Comparando-se os sexos, verifica-se que, nos anos estudados, houve uma maior taxa de internação do sexo masculino nos seguintes grupos: doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis, gastroenterite infecciosa, deficiências nutricionais, infecção de ouvido,

nariz e garganta, pneumonias bacterianas, asma, angina, insuficiência cardíaca, epilepsia, infecção de pele e tecido subcutâneo e úlcera gastrointestinal (Tabela 2).

O sexo masculino obteve maior taxa de internação no período em relação aos grupos de doenças pulmonares, doenças cerebrovasculares e *diabetes mellitus*, exceto em 2011, 2010 e 2012, respectivamente, anos em que o sexo feminino apresentou maiores taxas de ICSAP (Tabela 2).

Em relação ao sexo feminino, houve uma maior taxa de internação para o grupo das anemias, exceto no ano de 2012, em que ambos os sexos obtiveram a mesma taxa, qual seja, 0,96 por 10.000 habitantes, e no ano de 2013, em que o sexo masculino obteve uma taxa maior (0,78 por 10.000 habitantes). Outro grupo em que houve maiores taxas de internação para o sexo feminino foi o de hipertensão, sendo o ano de 2009 o que apresentou a maior taxa, com 6,90 por 10.000 habitantes. No grupo de internações por infecção no rim e trato urinário e, conforme esperado, por doenças relacionadas ao parto e pré-natal, houve maiores taxas no sexo feminino. Além do grupo de doença inflamatória dos órgãos pélvicos femininos, onde somente as mulheres são acometidas (Tabela 2).

No sexo masculino, o grupo de ICSAP com a maior taxa de internação foi o de pneumonias bacterianas (18,51 por 10.000 habitantes), e o menor foi o grupo de anemia (0,27 por 10.000 habitantes), ambos em 2019. Em relação às mulheres, o grupo de infecção no rim e trato urinário apresentou a maior taxa em 2009 (17,14 por 10.000 habitantes) e, em 2017, o grupo de deficiência nutricional apresentou a menor taxa (0,42 por 10.000 habitantes) (Tabela 2).

Cabe destacar o grupo de ICSAP de hipertensão, que, tanto no sexo masculino quanto no sexo feminino, teve a maior taxa em 2009 (5,68 no sexo masculino e 6,90 no sexo feminino) e a menor taxa em 2017 (1,80 no sexo masculino e 2,13 no sexo feminino). Destaca-se, também, o grupo de *diabetes mellitus*, onde a maior taxa ocorreu em 2010 no sexo masculino e feminino (8,94 e 8,67 por 10.000 habitantes, respectivamente), e a menor foi verificada em 2015 (6,15 por 10.000 habitantes no sexo masculino e 5,17 por 10.000 habitantes no sexo feminino) (Tabela 2).

Tabela 2 – Taxa bruta e taxa padronizada de ICSAP, segundo grupos de causas de internações e diagnósticos, por sexo. Distrito Federal, 2009 a 2019

Ano	2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019	
Sexo	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Todos os grupos de ICSAP																						
Tx ICSAP	122,6	122,4	124,7	122,9	122,2	120,4	123,7	120,1	119,9	112,7	100,5	97,30	101,0	91,41	100,7	91,10	99,65	93,03	108,8	100,1	124,1	110,6
Tx Pd	161,2	145,9	162,4	146,8	156,7	140,1	157,3	140,9	150,7	132,3	125,0	112,5	126,1	108,5	124,6	107,1	122,3	107,7	134,2	119,9	156,3	137,2
	8	0	7	2	4	0	7	3	4	5	3	7	0	8	1	8	9	7	0	8	9	3
Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis																						
Tx Br	1,80	0,88	1,69	0,88	1,74	1,02	2,14	1,15	2,02	1,23	1,51	1,19	1,84	0,93	1,67	0,81	1,57	0,71	1,39	0,94	1,87	1,16
Tx Pd	2,08	1,09	1,91	1,06	1,88	1,17	2,35	1,61	2,19	1,68	1,84	1,70	1,95	1,10	1,66	0,96	1,54	0,76	1,31	1,01	1,93	1,34
Gastroenterites infecciosas e complicações																						
Tx Br	8,99	8,17	9,69	8,94	8,25	6,96	9,22	8,15	7,62	6,32	6,15	5,38	5,30	4,18	8,71	6,80	5,41	4,99	8,35	6,93	11,58	8,89
Tx Pd	11,63	11,16	12,76	12,67	10,85	9,67	12,45	11,67	10,19	9,05	8,53	7,96	7,22	6,07	12,23	10,43	7,17	7,00	11,87	10,71	16,79	14,27
Anemia																						
Tx Br	0,71	1,08	0,90	1,01	0,87	1,10	0,96	0,96	0,78	0,75	0,66	0,89	0,36	0,58	0,43	0,72	0,37	0,75	0,28	0,65	0,27	0,78
Tx Pd	0,91	1,08	1,13	0,99	1,07	1,12	1,10	0,97	0,84	0,73	0,78	0,87	0,42	0,51	0,47	0,67	0,40	0,67	0,31	0,58	0,28	0,67
Deficiências nutricionais																						
Tx Br	0,93	0,70	1,16	0,97	1,02	0,55	1,33	0,68	0,96	0,68	0,75	0,50	0,67	0,52	0,82	0,59	0,63	0,42	0,75	0,64	0,79	0,51
Tx Pd	1,21	0,91	1,51	1,17	1,25	0,72	1,54	0,79	1,17	0,85	0,90	0,65	0,82	0,65	0,98	0,68	0,72	0,46	0,90	0,81	0,93	0,71
Infeções de ouvido, nariz e garganta																						
Tx Br	3,15	2,82	2,70	2,34	3,08	2,75	2,63	2,14	2,84	2,53	2,48	2,12	2,40	1,76	3,20	2,69	3,34	2,66	3,58	2,84	4,17	3,50
Tx Pd	3,78	3,54	3,37	2,92	3,85	3,55	3,38	2,89	3,76	3,56	3,37	3,03	3,29	2,60	4,44	4,00	4,60	3,97	5,14	4,35	6,12	5,62
Pneumonias bacterianas																						
Tx Br	17,27	14,63	15,76	12,88	12,06	9,34	12,97	9,94	12,44	9,58	9,83	8,18	11,63	9,85	11,30	8,99	12,51	10,49	13,95	11,81	18,51	15,64
Tx Pd	22,96	19,80	20,72	17,96	16,06	12,93	17,39	13,94	16,57	13,28	13,09	11,27	15,93	14,33	15,41	12,80	16,62	14,08	18,31	16,37	25,20	22,37
Asma																						

Tx Br	5,87	5,71	5,56	4,19	6,49	5,37	8,03	6,66	9,61	7,12	6,16	4,57	7,32	5,43	6,24	4,60	6,53	4,93	7,85	5,98	10,62	8,09
Tx Pd	7,51	7,41	7,29	5,63	8,69	7,29	10,81	9,33	13,36	10,45	8,74	6,76	10,51	8,30	8,98	7,01	9,40	7,47	11,53	9,45	16,06	13,54
Doenças pulmonares																						
Tx Br	7,97	6,13	10,39	9,69	12,52	12,63	12,24	10,86	9,95	7,37	7,95	5,86	11,44	7,84	9,56	6,60	13,31	9,19	12,45	8,64	14,70	9,55
Tx Pd	11,87	8,38	15,30	12,40	17,77	15,69	17,12	14,13	14,25	10,76	11,32	8,50	16,54	12,01	13,96	9,95	19,69	14,33	18,60	13,63	22,14	15,32
Hipertensão																						
Tx Br	5,68	6,90	5,53	5,65	4,89	5,27	4,34	5,12	5,19	5,48	3,70	4,18	2,30	2,90	2,21	2,55	1,80	2,13	1,98	2,38	2,49	2,95
Tx Pd	7,53	7,95	7,19	6,35	6,08	5,57	5,24	5,19	6,04	5,49	4,30	4,15	2,64	2,69	2,44	2,32	1,92	1,89	2,04	2,04	2,48	2,45
Angina																						
Tx Br	7,28	4,80	8,92	5,67	8,99	6,20	9,28	5,99	8,81	5,34	8,60	5,04	7,81	4,53	6,14	4,01	4,79	2,99	5,47	3,35	6,45	3,78
Tx Pd	10,15	5,90	12,10	6,68	11,81	7,05	11,69	6,53	10,78	5,62	10,33	5,12	9,02	4,49	7,00	3,75	5,20	2,75	5,86	2,97	6,68	3,29
Insuficiência cardíaca																						
Tx Br	15,73	11,34	13,84	10,99	13,37	10,41	13,70	10,36	14,80	10,85	13,85	10,63	13,88	9,89	12,11	8,77	12,33	9,42	11,69	8,36	9,58	7,27
Tx Pd	21,95	13,61	18,67	12,83	17,70	11,69	17,43	11,26	18,11	11,57	16,41	10,99	16,11	9,99	13,46	8,56	13,67	8,95	12,45	7,64	9,96	6,34
Doenças cerebrovasculares																						
Tx Br	11,79	11,53	14,43	14,62	15,20	14,24	14,83	14,63	12,46	11,33	11,25	10,71	10,15	9,38	10,10	9,56	10,13	9,45	10,57	9,08	9,72	8,69
Tx Pd	17,03	13,84	19,73	16,97	19,99	15,82	18,60	15,68	15,46	11,72	13,39	10,55	11,69	8,87	11,23	8,73	10,95	8,42	11,08	7,80	9,90	7,27
Diabetes mellitus																						
Tx Br	8,64	8,62	8,94	8,67	8,50	8,12	8,03	8,38	8,37	7,52	7,05	6,84	6,15	5,17	6,74	5,33	6,18	5,29	6,67	5,66	7,19	5,45
Tx Pd	10,95	9,80	10,92	9,90	10,14	8,85	9,53	8,94	9,70	7,88	7,89	7,01	6,80	5,40	7,29	5,37	6,59	5,07	7,10	5,58	7,47	5,23
Epilepsias																						
Tx Br	5,23	3,58	4,30	2,72	4,82	3,15	5,37	3,38	5,68	3,68	4,02	2,80	4,36	3,18	5,73	3,72	4,76	2,99	6,62	4,54	7,41	4,62
Tx Pd	5,92	4,29	4,95	3,31	5,60	3,99	6,39	4,34	6,68	4,89	4,72	3,62	5,23	4,21	7,12	4,98	5,88	3,98	8,34	6,60	9,28	6,52
Infecção no rim e trato urinário																						
Tx Br	8,57	17,14	7,77	14,49	7,20	13,93	7,11	14,11	7,31	15,51	6,63	12,82	6,53	13,27	6,69	13,47	6,39	12,69	6,67	13,52	7,10	14,45
Tx Pd	11,00	18,78	9,81	16,87	9,02	15,61	8,91	15,98	9,01	17,42	8,05	14,60	7,82	14,82	7,93	14,84	7,56	14,15	7,77	15,20	8,23	16,00

Infeção de pele e tecido subcutâneo																						
Tx Br	9,22	5,98	9,57	6,03	9,73	6,43	8,47	5,64	7,86	5,32	7,37	4,88	6,53	4,14	6,19	4,04	6,23	3,91	6,71	4,37	7,75	4,92
Tx Pd	10,28	7,21	10,91	7,35	10,97	7,90	9,78	7,05	9,01	6,64	8,44	6,06	7,40	5,08	6,95	5,00	6,85	4,53	7,44	5,32	8,60	6,01
Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos																						
Tx Br		3,33		3,23		2,79		2,80		3,24		2,62		1,97		2,16		2,54		2,74		2,37
Tx Pd		2,78		2,69		2,37		2,37		2,74		2,22		1,63		1,80		2,15		2,31		2,06
Úlcera gastrointestinal																						
Tx Br	3,43	1,63	3,36	1,51	3,29	1,38	2,87	1,39	2,93	1,15	2,22	0,91	2,05	1,06	2,61	1,05	2,91	1,44	3,32	1,54	3,22	1,67
Tx Pd	4,01	1,89	3,83	1,71	3,67	1,44	3,30	1,49	3,10	1,18	2,29	0,87	2,15	1,05	2,70	0,99	2,88	1,36	3,27	1,46	3,14	1,49
Doenças relacionadas ao Pré-natal e Parto																						
Tx Br	0,35	7,43	0,26	8,50	0,24	8,80	0,25	7,75	0,34	7,76	0,41	7,19	0,35	4,83	0,23	4,64	0,47	6,04	0,54	6,17	0,74	6,34
Tx Pd	0,49	6,49	0,37	7,37	0,35	7,68	0,37	6,78	0,50	6,84	0,62	6,64	0,55	4,78	0,36	4,33	0,74	5,76	0,87	6,14	1,22	6,74

Fonte: SIH/SUS, 2021.

Tx Br: Taxa bruta

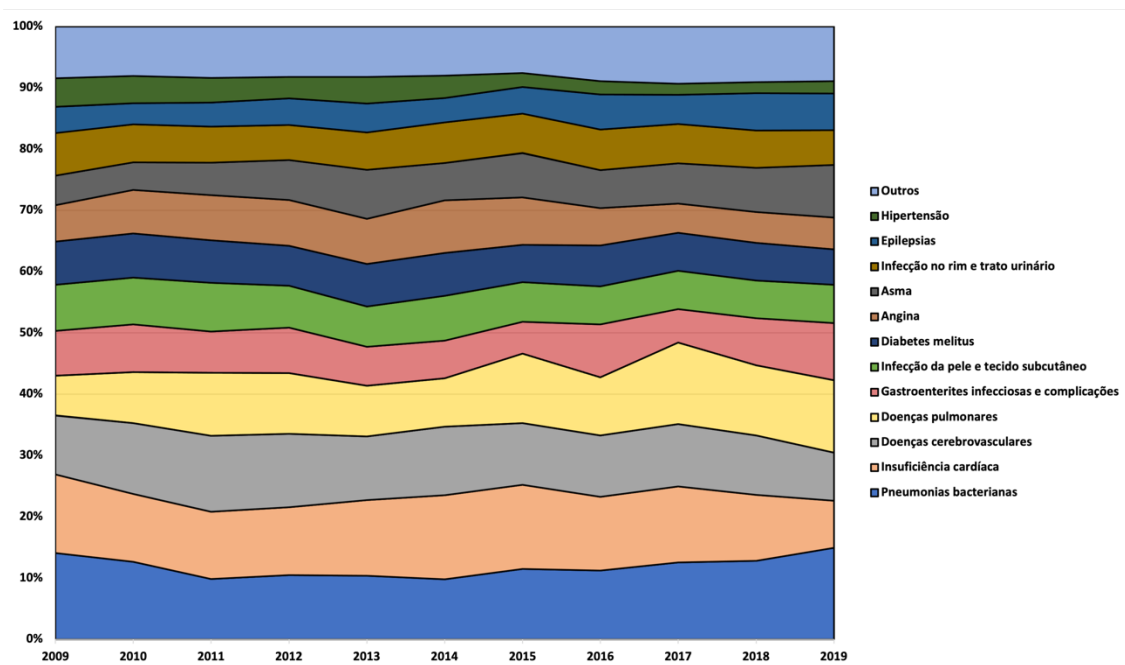
Tx Pd: Taxa padronizada

As Figuras 1 e 2 representam a distribuição dos grupos de causas de internação e diagnósticos mais frequentes entre os anos de 2009 e 2019, nos sexos masculino e feminino, respectivamente.

No sexo masculino, verifica-se que, no período de 2009 a 2019, houve 168.392 internações por CSAP. O grupo de pneumonias bacterianas foi o mais frequente (11,91%, n=20.048), seguido dos grupos de insuficiência cardíaca (11,56%, n=19.472), doenças cerebrovasculares (10,41%, n=17.530) e doenças pulmonares (9,91%, n=16.684) (Figura 1).

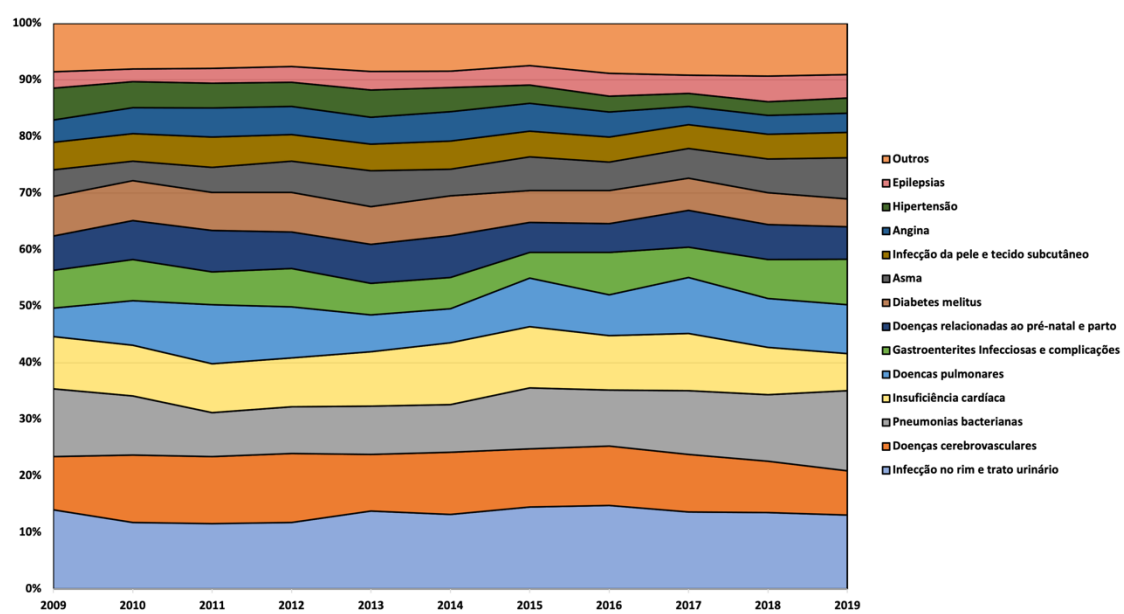
Em relação ao sexo feminino, nos anos analisados, registrou-se 176.140 internações por CSAP. O grupo de internações por infecção no rim e trato urinário foi o mais frequente (13,17%, n=23.205), acompanhado dos grupos de doenças cerebrovasculares (10,36%, n=18.255), pneumonias bacterianas (10,33%, n=18.196) e insuficiência cardíaca (9,14%, n=16.102) (Figura 2).

Figura 1 – Distribuição das ICSAP, segundo grupos de causas de internações e diagnósticos no sexo masculino, Distrito Federal, 2009 a 2019



Fonte: SIH/SUS, 2021.

Figura 2 – Distribuição das ICSAP, segundo grupos de causas de internação e diagnósticos no sexo feminino, Distrito Federal, 2009 a 2019



Fonte: SIH/SUS, 2021.

Houve tendência estacionária das ICSAP no DF no período estudado, tanto para o sexo masculino (VPA: -0,91%; IC 95%: -4,51; 2,83) quanto para o sexo feminino (VPA: -1,01%; IC 95%: -4,88; 3,01) (Tabela 3 e 4).

Em relação ao sexo masculino, houve tendência de aumento nos grupos de infecções de ouvido, nariz e garganta (VPA: 4,76%; IC 95%: 0,63; 9,06), asma (VPA: 5,36%; IC 95%: 0,38; 10,58), epilepsia (VPA: 4,15%; IC 95%: 0,20; 8,25) e doenças relacionadas ao pré-natal e parto (VPA: 9,79%; IC 95%: 2,61; 17,47). Em contrapartida, observou-se tendência de redução significativa no grupo de anemia (VPA: -13,57%; IC 95%: -17,63; -9,30). O grupo de pneumonias bacterianas apresentou tendência estacionária no período (VPA: 0,38%; IC 95%: -6,00; 7,19).

No que se refere ao sexo feminino, houve tendência de redução para anemia (VPA: -6,51%; IC 95%: -9,06; -3,89), deficiência nutricionais (VPA: -4,31%; IC 95%: -7,55; -0,96), angina (VPA: -7,61%; IC 95%: -11,72; -3,31), insuficiência cardíaca (VPA: -6,73%; IC 95%: -8,59; -4,83), doenças cerebrovasculares (VPA: -8,12%; IC 95%: -10,67; -5,50), *diabetes mellitus* (VPA: -6,95%; IC 95%: -9,56; -4,25) e infecção de rim e trato urinário (VPA: -1,64%; IC 95%: -3,11; -0,15), cabendo destaque ao grupo de hipertensão (VPA: -12,58%; IC 95%: -17,36; 7,52). Verifica-se, ainda, tendência de

aumento no grupo de infecções de ouvido, nariz e garganta (VPA: -4,31%; IC 95%: -7,55; -0,96) e no grupo de epilepsia (VPA: 4,66%; IC 95%: 1,46; 7,75).

Assim como no sexo masculino, os seguintes grupos também obtiveram tendência estacionária no sexo feminino: gastroenterites infecciosas e complicações (VPA: -0,67%; IC 95%: -6,80; 5,86), pneumonias bacterianas (VPA: 0,8%; IC 95%: -6,15; 8,26), doenças pulmonares (VPA: 2,92%; IC 95%: -2,73; 8,90), infecção da pele e tecido subcutâneo (VPA: -2,86%; IC 95%: -6,80; 1,24) e úlcera (VPA: -2,86%; IC 95%: -6,80; 1,24).

Tabela 3 – Tendência das taxas de ICSAP segundo grupo de causas, no sexo masculino. Distrito Federal, 2009 a 2019

ICSAP Masculino	VPA %	IC 95%	Interpretação
Todos os grupos de ICSAP	-0,91	-4,51; 2,83	Estacionário
Doenças preveníveis por imunização	-2,95	-5,78; -0,03	Redução
Gastroenterites infecciosas e complicações	-0,01	-5,81; 6,14	Estacionário
Anemia	-13,57	-17,63; -9,30	Redução
Deficiências nutricionais	-5,62	-8,88; -2,24	Redução
Infecções de ouvido, nariz e garganta	4,76	0,63; 9,06	Aumento
Pneumonias bacterianas	0,38	-6,00; 7,19	Estacionário
Asma	5,36	0,38; 10,58	Aumento
Doenças pulmonares	3,91	-0,47; 8,48	Estacionário
Hipertensão	-12,9	-17,68; -7,84	Redução
Angina	-6,08	-10,75; -1,18	Redução
Insuficiência cardíaca	-6,38	-8,19; -4,53	Redução
Doenças cerebrovasculares	-6,43	-9,19; -3,60	Redução
<i>Diabetes mellitus</i>	-4,71	-7,21; -2,14	Redução
Epilepsias	4,15	0,20; 8,25	Aumento
Infecção no rim e trato urinário	-2,92	-4,64; 1,16	Redução
Infecção da pele e tecido subcutâneo	-2,41	-6,33; 1,67	Estacionário
Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos			
Úlcera gastrointestinal	-2,62	-8,13; 3,23	Estacionário
Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	9,79	2,61; 17,47	Aumento

VPA: Variação percentual anual
IC: Intervalo de confiança

Tabela 4 – Tendência das taxas de ICSAP segundo grupo de causas, no sexo feminino. Distrito Federal, 2009 a 2019

ICSAP Feminino	VPA %	IC 95%	interpretação
Todos os grupos de ICSAP	-1,01	-4,88; 3,01	Estacionário
Doenças preveníveis por imunização	0,2	-7,66; 8,73	Estacionário

Gastroenterites infecciosa e complicações	-0,67	-6,80; 5,86	Estacionário
Anemia	-6,51	-9,06; -3,89	Redução
Deficiências nutricionais	-4,31	-7,55; -0,96	Redução
Infeções de ouvido, nariz e garganta	4,26	0,09; 8,61	Aumento
Pneumonias bacterianas	0,8	-6,15; 8,26	Estacionário
Asma	4,24	0,97; 9,71	Estacionário
Doenças pulmonares	2,92	-2,73; 8,90	Estacionário
Hipertensão	-12,58	-17,36; -7,52	Redução
Angina	-7,61	-11,72; -3,31	Redução
Insuficiência cardíaca	-6,73	-8,59; -4,83	Redução
Doenças cerebrovasculares	-8,12	-10,67; -5,50	Redução
Diabetes mellitus	-6,95	-9,56; -4,25	Redução
Epilepsias	4,66	1,46; 7,95	Aumento
Infeção no rim e trato urinário	-1,64	-3,11; -0,15	Redução
Infeção da pele e tecido subcutâneo	-2,86	-6,80; 1,24	Estacionário
Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	-3,07	-6,65; 0,65	Estacionário
Úlcera gastrointestinal	-2,47	-9,54; 5,16	Estacionário
Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	-1,26	-6,13; 3,85	Estacionário

VPA: Variação percentual anual
 IC: Intervalo de confiança

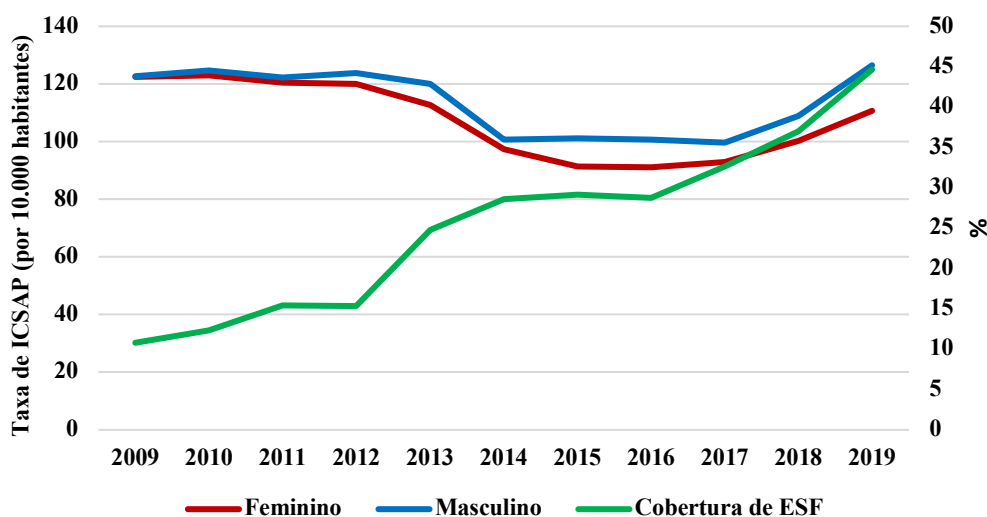
A Figura 3 representa a evolução da cobertura de ESF no Distrito Federal e a taxa de ICSAP por 10.000 habitantes de acordo com o sexo, no período de 2009 a 2019.

Ao analisar a cobertura de ESF no DF no período do estudo, verifica-se que houve um aumento de 10,79% em 2009 para 44,65% de cobertura em 2019, apenas com uma leve redução nos anos de 2012 e 2016.

Até aproximadamente o ano de 2017, à medida que aumenta a cobertura de ESF, verifica-se uma redução das taxas de ICSAP em ambos os sexos, sendo mais frequente no feminino. Entretanto, esta situação não se mantém nos anos seguintes, quais sejam 2018 e 2019, o que aparentemente é contraditório, uma vez que se mantém o aumento na cobertura de ESF, com crescimento também nas taxas de ICSAP.

Por outro lado, a partir deste estudo, não se pode concluir que a cobertura de ESF influenciou nas taxas de ICSAP. Para tal, será necessário realizar estudo para verificar fatores que podem estar relacionados ao aumento de cobertura neste período, incluindo as taxas de ICSAP.

Figura 3 – Taxa de ICSAP nos sexos feminino e masculino e a cobertura de ESF. Distrito Federal, 2009 a 2019



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Taxa ICSAP Mas	122,61	124,78	122,24	123,76	119,97	100,59	101,07	100,69	99,64	108,82	126,48
Taxa ICSAP Fem	122,4	122,98	120,44	120,09	112,74	97,29	91,4	91,09	93,02	100,14	110,64
Cobertura de ESF	10,79	12,30	15,43	15,33	24,74	28,56	29,14	28,76	32,67	37,00	44,65

Fonte: SIH/SUS, 2021. SIAB/SUS, 2021.

6. DISCUSSÃO

O presente estudo identificou que, no período de 2009 a 2019, independente do sexo, 16,4% das internações no território do DF foram por CSAP. Esse valor está abaixo do encontrado por Sales (2019), onde no período de 2008 a 2017, no estado de Minas Gerais, 21,21% das internações foram por CSAP e do encontrado por Santos (2019), onde nos anos de 2012 a 2016, no estado de Rondônia, 24,8% do total de internações foram também por estas causas.

Estudo realizado por Pinto e Giovanella (2018), verificou redução da taxa padronizada de internações por ICSAP no Brasil, que passou de 120 para 66 internações por 10.000 habitantes, ou seja, uma redução de 45% no período de 2001 a 2016. Os mesmos autores observaram o mesmo fenômeno na média das capitais, com redução de 24,0%, e nos municípios do interior, uma redução de 48,6%.

Os altos valores de ICSAP e as diferenças encontradas entre as federações, podem ser interpretados como uma deficiência na qualidade e resolutividade da APS, principalmente em regiões onde a ESF não está implementada completamente (NEDEL, *et al*, 2008).

Em relação a todos os grupos de causas de ICSAP, ao se comparar o sexo masculino com o sexo feminino, no DF, a ocorrência foi maior no sexo masculino, assim

como o achado por Botelho (2017) e Macinko (2010). Esse cenário pode ser justificado devido aos homens buscarem com menos frequência atendimentos em serviços de saúde, perdendo a oportunidade de tratamento precoce. Esse fato foi constatado por Levorato *et al.* (2014), onde as mulheres buscaram os serviços de saúde quase duas vezes mais do que os homens.

É importante destacar a compreensão ainda fragmentada que reforça a ideia de existência de grupos populacionais mais vulneráveis do que outros. No âmbito do SUS, isso é visto nas ações programáticas destinadas à saúde de mulheres, crianças e pessoas idosas, deixando as ações voltadas para a saúde do homem mais restritas a campanhas temáticas e/ou educação de saúde mais pontuais (Silva *et al.*, 2012). Além disso, existe um fator sociocultural vinculado a esta problemática, onde boa parte dos homens não reconhece suas próprias necessidades de saúde, preservando a cultura da invulnerabilidade masculina (Brasil, 2009a).

A partir disso, buscou-se colocar a população masculina como sujeitos de foco de ações de saúde, junto com outros grupos populacionais vulneráveis, por meio da instituição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), por meio da Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009 (BRASIL, 2009b). Com isso, o Brasil passou a ser o primeiro país das Américas a criar uma política destinada à saúde do homem e o segundo no mundo, após a Irlanda ter formulado sua própria política em 2008 (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009).

Com a finalidade de que cada segmento, gestor ou executor seja responsável pela correta implementação das ações para benefício da população masculina, a construção da PNAISH estava alinhada de maneira transversal às outras políticas de saúde, por exemplo, com a PNAB e a Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2009a).

Além disso, essa política reconhece a necessidade de identificar as vulnerabilidades e os principais fatores de morbimortalidade da população masculina, pois é sabido que muitos agravos poderiam ser evitados, caso os homens realizassem com regularidade as medidas de prevenção primária (BRASIL, 2009a). Portanto, vincular os homens ao atendimento básico em saúde, estimular a realização de tratamentos precoces e reduzir a gravidade das complicações evitáveis são condições essenciais para evitar prejuízos à qualidade da saúde masculina (COELHO *et al.*, 2018).

Um fator que pode contribuir para a taxa de ICSAP ser menor no sexo feminino é a própria organização do sistema de saúde ao longo dos anos, onde priorizou-se políticas e serviços de saúde voltados para mulheres e crianças. Alguns grupos de causas

receberam reforço de incentivos por parte do Ministério da Saúde, a exemplo da Rede Cegonha. Desta forma, espera-se que a população feminina busque mais os serviços de saúde em comparação aos homens, que associam a procura a sentimentos de fragilidade. (REHEM; CIOSAK; EGRY, 2012).

Como verificado anteriormente, o sexo masculino apresentou taxas maiores de ICSAP em diversos grupos de diagnóstico quando comparado ao sexo feminino, sendo o grupo de pneumonias bacterianas o com a maior taxa no período. Quando observada a tendência desse grupo de diagnóstico no sexo masculino, observa-se comportamento estacionário, mesmo com as taxas mais elevadas. Entende-se que um elevado número de internações por pneumonias bacterianas pode ter relação direta com a cobertura vacinal da população. A vacinação tem como objetivo manter a cobertura contra os agravos imunopreveníveis, tais como pneumonias e outras doenças do trato respiratório (DISTRITO FEDERAL, 2019).

A meta de cobertura vacinal utilizada no DF segue os parâmetros do Programa Nacional de Imunizações (PNI), onde espera-se uma cobertura nacional em torno de 95% para a maioria das vacinas indicadas na rotina do calendário nacional de vacinação (BRASIL, 2003). De acordo com o Informativo de Indicadores de Imunização de 2019 da Secretaria de Saúde do DF, entre os anos de 2010 e 2012 houve uma tendência de aumento nas coberturas vacinais (DISTRITO FEDERAL, 2019). De 2013 a 2016, observa-se certa estabilidade, onde quase todos os imunobiológicos atingiram cobertura acima de 90%. A partir de 2017, iniciou-se uma tendência de queda, notadamente nos anos de 2018 e 2019, onde todos os imunobiológicos apresentaram coberturas vacinais abaixo dos 90%. (DISTRITO FEDERAL, 2019). A respeito do grupo de causas de doenças preveníveis por imunização, no período do estudo houve uma tendência de redução no sexo masculino e tendência estacionária no sexo feminino, reflexo das ações previstas pelo PNI para alcance das metas de cobertura vacinal.

Além disso, cabe destacar o grupo de causas de hipertensão e *diabetes mellitus*, que, em ambos os sexos, apresentou uma tendência de redução no período analisado. Esses dois grupos fazem parte das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), cujo início é gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e tratamento envolve mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura (MALTA, 2014). Além disso, são responsáveis por grande preocupação global devido ao elevado número de mortes prematuras, perda

de qualidade de vida, ocasionando impactos econômicos negativos (DISTRITO FEDERAL, 2014; BRASIL, 2009c).

No ano de 2019, as DCNT foram responsáveis por 71% e 74,7% do total de mortes no Brasil e no mundo, respectivamente (DISTRITO FEDERAL, 2014). Essas altas taxas são reflexo da transição demográfica acelerada – com diminuição nos níveis de fecundidade, mortalidade e aumento da expectativa de vida; da transição epidemiológica – com presença da tripla carga de doenças; e da transição nutricional – com alteração nas mudanças do padrão alimentar e sedentarismo da vida moderna, contribuindo para o sobrepeso e a obesidade (DISTRITO FEDERAL, 2014). Conforme afirma Malta (2014), esse aumento nas DCNT reflete os efeitos negativos da globalização, urbanização rápida, vida sedentária e da alimentação com alto teor calórico, além do marketing que estimula o uso do tabaco e do álcool.

Com o objetivo de promover o desenvolvimento de políticas públicas efetivas para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, além de fortalecer os serviços de saúde voltados para cuidados crônicos, o Ministério da Saúde elaborou o “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, 2011-2022” (BRASIL, 2011b). Tendo como referência o plano nacional, a SES-DF apresentou o “Plano Distrital de Ações Estratégicas para o Enfrentamento de DCNT no DF 2012-2016” e, para o período de 2017 a 2022, a SES-DF propôs outro “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Distrito Federal, 2017 a 2022” (DISTRITO FEDERAL, 2017d).

Cabe destacar algumas das metas previstas no Plano de Enfrentamento das DCNT no DF 2017 a 2022 (DISTRITO FEDERAL, 2017d): reduzir a taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNT, reduzir a prevalência de tabagismo, deter o aumento da obesidade em adultos, aumentar o consumo de frutas e hortaliças em adultos, aumentar a prevalência de atividade física e reduzir a prevalência do consumo abusivo de álcool, entre outras. A proposta é que as metas do Plano ocorram de forma integrada com as diversas áreas da SES-DF, a fim de contribuir no controle das DCNT (DISTRITO FEDERAL, 2017d).

A SES-DF, por meio da Portaria SES-DF nº 161, de 21 de fevereiro de 2018, disponibilizou o Protocolo de Manejo de Hipertensão Arterial Sistêmica e *Diabetes Mellitus* na Atenção Primária à Saúde e pactuou, por meio da Programação Anual de Saúde (PAS), a elaboração da Linha de Cuidado da HAS e DM (DISTRITO FEDERAL, 2018). Estas são etapas importantes para o enfrentamento a essas condições de saúde e

podem ser relacionadas às tendências de redução verificadas nos grupos de diagnósticos de hipertensão e *diabetes mellitus* no DF. Observou-se o mesmo comportamento de redução nesses grupos no estado de Goiás (MAIA *et al*, 2019) e de Minas Gerais (GOUVEIA, 2016).

Como outra forma de ampliação do conhecimento sobre as DCNT nos estados brasileiros e subsídio para as metas propostas nos Planos de Ações citados, em 2006 foi implantada a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), do Ministério da Saúde (MALTA, 2006).

Segundo identificado no inquérito do Vigitel de 2019 sobre os fatores de risco para as DCNT (excesso de peso, prática de atividade física, consumo alimentar, tabagismo e consumo de álcool), 13% da população adulta considera-se inativa fisicamente e 55% referem excesso de peso, sendo a maioria homens (BRASIL, 2020).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) sinaliza que diversas DCNT são evitáveis com a realização de um volume suficiente de atividade física. Entretanto, a oferta e o acesso a espaços públicos favoráveis à prática de exercícios físicos, como pistas de caminhadas e ciclovias, influenciam diretamente na opção por hábitos de vida mais ativos e saudáveis. Sendo assim, em 2011, foi instituído, em âmbito nacional, o Programa Academia da Saúde, como uma estratégia do Plano de Enfrentamento das DCNT e em consonância com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL, 2018b).

Ainda sobre os dados da população do DF levantados pelo Vigitel de 2019, o DF possui maior percentual entre os estados brasileiros que mais consomem alimentos saudáveis, com 53,1% das mulheres (BRASIL, 2020).

O Governo Federal aprovou em 1999 a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que propõe um conjunto de políticas públicas para promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação (BRASIL, 2013). Essa política foi aprimorada em 2011, levando em consideração as transformações sociais e mudanças no padrão de saúde e de consumo alimentar da população brasileira, evidenciadas pela diminuição da fome e desnutrição, concomitantemente ao aumento vertiginoso do excesso de peso em todas as camadas da população (BRASIL, 2013).

Em 2013, o DF, por meio do Plano Distrital de Segurança Alimentar Nutricional (PDSAN), contemplou metas de acesso da população à alimentação, redução da pobreza, desigualdade social e insegurança alimentar e nutricional a serem cumpridas por diversos órgãos governamentais. Tais ações foram desenvolvidas para atender às políticas de

assistência social, segurança alimentar, trabalho e renda, saúde, educação e agricultura (DISTRITO FEDERAL, 2018).

De acordo com as orientações da PNAN e do PDSAN, o DF abriu, em março de 2021, consulta pública da Política Distrital de Alimentação e Nutrição (PDAN), com o objetivo de melhorar as condições de nutrição e saúde da população do DF (DISTRITO FEDERAL, 2021b). Tal cenário demonstra sensibilidade do governo distrital em nortear suas ações de alimentação e nutrição, considerando o contexto epidemiológico, a situação sociodemográfica e nutricional da sua população (DISTRITO FEDERAL, 2021b). Como reflexo desse contexto, o grupo de deficiências nutricionais apresentou tendência de redução nas internações por CSAP, para ambos os sexos, no período analisado.

A PNPS aponta como temas prioritários, além da alimentação saudável e práticas de atividade física, o enfretamento ao uso do tabaco e ao uso abusivo de álcool (BRASIL, 2018c). O tabagismo é o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares, sendo a redução da prevalência no número de usuários de tabaco e derivados importante para o enfrentamento dessas doenças no país (BRASIL, 2018c).

O Brasil já alcançou a meta do Plano de Enfrentamento às DCNT de reduzir em 30% a prevalência do número de usuários de tabaco até 2022 (DISTRITO FEDERAL, 2017d). Uma importante intervenção em saúde foi o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), cujas diretrizes refletem o declínio da prevalência das DCNT. Porém, o DF chama atenção ao apresentar a segunda maior taxa de tabagistas entre os homens das capitais brasileiras (15,8%) e a quarta maior entre as mulheres (8,6%) (BRASIL, 2020). Mesmo com essas taxas, o DF apresentou tendência de redução nas insuficiências cardíacas, em ambos os sexos. Os estados de Goiás e Minas Gerais também encontraram tendência de redução no mesmo grupo diagnóstico (MAIA *et al*, 2019; GOUVEIA, 2016).

Mesmo apresentando tendência de redução no período analisado, em ambos os sexos, o grupo de causa de infecção no rim e trato urinário obteve a maior taxa de internação por CSAP entre os grupos de causas da população feminina. Rehem (2012) e Sales (2019) verificaram que o grupo de infecção no rim e trato urinário estava entre as três maiores causas de internação por CSAP no sexo feminino.

De acordo com diversos estudos realizados no Brasil, no período entre 2010 e 2016 (GRANDINO, 2011; MORAES, *et al*, 2014; ALVES, EDELWEISS, BOTELHO, 2016), demonstrou-se que as Infecções do Trato Urinário (ITU) acometem, em grande maioria, o sexo feminino. Isso se deve às diferenças anatômicas entre os sexos, onde a

proximidade da vagina e do ânus e o fato da uretra feminina ser menor do que a masculina contribuem para invasão de patógenos no trato urinário feminino (DIELUBANZA, SCHAEFFER, 2011; MASSON *et al*, 2009).

O grupo de causa de gastroenterite infecciosa e complicações apresentou tendência estacionária no sexo masculino e no sexo feminino. As internações por esse grupo podem ocorrer não necessariamente pela falta de acesso e efetividade da APS, mas como reflexo social. O acesso à educação, condições de moradia, renda, ou seja, os determinantes sociais, podem influenciar na ocorrência dessas internações, sendo fatores exógenos à APS (SALES, 2019). O DF, por exemplo, está em 20º lugar no *ranking* de saneamento básico entre os municípios do país no ano de 2021, onde foram considerados indicadores de atendimento urbano e total de água e de esgoto, indicador de esgoto tratado por água consumida, investimento total dos últimos cinco anos, entre outros (INSTITUTO TRATA BRASIL, 2021). Esse resultado também reflete no dado encontrado das internações por gastroenterite infecciosa e complicações.

A respeito da cobertura de ESF, o DF está abaixo do percentual nacional. Enquanto a cobertura no Brasil em 2018 era de 69,10% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021), no DF era de 32,67% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). Em comparação a outros estados brasileiros, a cobertura de ESF no DF, em 2014, era de 28,56% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021), no Espírito Santo era de 87,60% (PAZÓ, 2017). Em 2016, a cobertura no estado de Rondônia era de 66,9% (SANTOS, LIMA, FONTES, 2019), e chegava a 81% em alguns municípios de Minas Gerais (GOUVEIA, 2016).

Entretanto, é importante ressaltar que houve um aumento considerável na cobertura de ESF em todo o território do DF, e esse fato se justifica devido ao investimento em políticas que visam a organização e o fortalecimento da APS. As estratégias implantadas impulsionaram o crescimento da cobertura de ESF no DF nos anos seguintes, e, mesmo não atingindo a cobertura desejada, foram ao encontro ao proposto nas normativas publicadas como as que estabeleceram a Política Distrital de Atenção Primária à Saúde e o processo de conversão da APS ao modelo de ESF no DF.

A melhoria do acompanhamento das condições crônicas, do diagnóstico e do acesso aos medicamentos apontam para resultados importantes na redução de internações por condições sensíveis.

Muitos autores têm demonstrado, ao longo nos últimos anos, que altas taxas de ICSAP em cidades brasileiras, em especial naquelas onde havia menor cobertura de Saúde da Família estão relacionadas às dificuldades de acesso ao sistema de saúde ou de seu

desempenho (DOURADO, *et al*, 2011; SOUZA e COSTA, 2011; MACINKO, *et al*, 2011).

Entretanto, não se pode concluir que a cobertura de ESF influenciou diretamente nas taxas de ICSAP, neste estudo, pois além de não ter sido objetivo verificar tal correlação, a ocorrência dessas internações pode ser influenciada, também, por diversas outras variáveis, como condições socioeconômicas, demográficas, de oferta de serviços e de configuração do sistema de saúde, não estando apenas no domínio da APS a responsabilidade das internações por CSAP (CASTRO, *et al*, 2015). De todo modo, sabe-se que a importância da organização da rede, tal como visto na PAS do DF, a fim de possibilitar a articulação adequada entre AAE e APS, para que, deste modo, a APS operacionalize seus atributos é um aspecto importante para o enfrentamento destas internações.

E ainda que permaneçam muitos problemas na qualidade da atenção prestada e na insuficiente efetivação dos atributos da APS, no Distrito Federal, a ampliação da cobertura de Saúde da Família tem sido contemplada com um conjunto de ações convergentes na busca da qualificação dos processos assistenciais na APS (PINTO e GIOVANELLA, 2018). Destaca-se, nesse contexto, o papel fundamental da enfermagem, a qual, no seu processo de trabalho pautado, dentre outros aspectos, numa escuta qualificada, monitoramento do cuidado e conhecimento dos pontos de atenção da RAS, pode contribuir de forma importante para reduzir as ICSAP. Além de compreender as características organizativas da APS, tais como a longitudinalidade do cuidado, a adesão ao uso de diretrizes e protocolos clínicos para tratamento e monitoramento das doenças.

Como limitações deste estudo, pode-se citar, dentre outras, a fragilidade no uso de dados secundários, tal como nos erros de classificação dos diagnósticos na AIH, a baixa importância dada às informações sobre morbidade por parte dos profissionais responsáveis e a classificação indevida do código da doença (REHEM, 2013). Por outro lado, conforme referido anteriormente, aponta-se para a necessidade de realização de estudos de correlação entre o aumento da cobertura de ESF e a tendência de ICSAP no DF.

7. CONCLUSÃO

A APS é reconhecida como a resposta mais adequada e efetiva aos atuais desafios de morbi-mortalidade, em especial para acompanhamento dos portadores de agravos

crônicos e neste estudo, analisou-se as taxas de internação por CSAP, importante indicador para direcionar as ações no âmbito da APS, tendo em vista seu potencial de identificar os pontos críticos e avaliar a qualidade dos serviços de saúde. Estudos que utilizam a lista brasileira de ICSAP contribuem para o aprimoramento e consolidação desse indicador no contexto brasileiro, além de auxiliarem o planejamento e a formulação de políticas estratégicas direcionadas à redução destes coeficientes.

As tendências temporais das internações por CSAP mostraram-se estacionárias no DF no período analisado, porém ainda existem muitos desafios a serem enfrentados. Para o enfrentamento das ICSAP, deve-se buscar, ainda, a ampliação de cobertura vacinal, mudança cultural no uso dos serviços de saúde pela população, atividades de educação em saúde, controle das condições crônicas, melhora dos determinantes sociais da população, entre outros. Independente das questões levantadas serem estruturantes e desafiadoras, é preciso ressaltar que as doenças e internações decorrentes delas podem ser reduzidas ou mesmo evitadas.

Cabe ressaltar a necessidade de estudos de correlação com a cobertura da APS, em especial no que tange à mudança recente do modelo assistencial. De todo modo, os dados apresentados neste estudo podem auxiliar na avaliação da qualidade da atenção prestada na APS do DF, indicando a necessidade de aprimorar esses serviços.

Por fim, os resultados deste estudo podem servir de comparações com futuros estudos a serem realizados, de modo a verificar as tendências de ICSAP mediante implementação de políticas públicas e mudanças nas ações e serviços de saúde.

8. REFERÊNCIAS

ALBIERI, F. A. O. O caso de Diadema. **Seminário sobre Regulação na APS**, Organização Pan-Americana de Saúde, Brasília, 2011.

ALFRADIQUE, M. E. *et al.* **Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil).** **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(6):1337-1349, jun, 2009.

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Medici; 2003. Elementos de metodologia epidemiológica; p. 149-177.

ALVES, D. M. S.; EDELWEISS, M. K.; BOTELHO, L. J. **Infecções comunitárias do trato urinário: prevalência susceptibilidade aos antimicrobianos na cidade de Florianópolis.** **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 38, p.1-12, 2016.

ANTUNES, J. L.; WALDMAN, E. A. **Trends and spatial distribution of deaths of children aged 12-60 months in São Paulo, Brazil, 1980-98.** **Bull World Health Organ.** 2002;80(5):391-398. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2567796/>>

AQUINO, R. *et al.* **Estudos ecológicos (desenho de dados agregados).** In: Almeida-Filho, N. A.; Barreto M. L. (Coord.). **Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos e aplicações.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 175-185.

ATUN, R. **What are the advantages and the disadvantages of restructuring a health system to be more focused on primary care services?** Copenhagen: WHO Regional Office for Europe/Health Evidence Network, 2004. Disponível em <<http://www.euro.who.int/document/e82997.pdf>>

BILLINGS, J, *et al.* **Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City.** **Health Aff (Millwood)**; 12(1):162-173; 1993.

BODENHEIMER, T. *et al.* **Improving primary care for patients with chronic illness.** **JAMA**, 288(14), 1775-1779, 2002.

BOING, A. F. *et al.* **Redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Brasil entre 1998- 2009.** **Rev Saúde Pública** 2012; 46(2):359-366

BOTELHO, J. F.; PORTELA, M. C. **Risco de interpretação falaciosa das internações por condições sensíveis à atenção primária em contextos locais.** Itaboraí, Rio de Janeiro, Brasil, 2006-2011. **Cad. Saúde Pública.** 2017; 33 (3):e00050915.DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00050915>

BRASIL. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília: CONASS, 2015

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Conass Debate 5 – Inovação na Atenção Ambulatorial Especializada.** Brasília: Conass, 2016a.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Conass Documenta 31 – Planificação da Atenção à Saúde**: um instrumento de gestão e organização da Atenção Primária e da Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Conass, 2018a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 221, de 17 abril de 2008**. Publica em forma do anexo a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. **Diário Oficial da União** 2008; 21 set.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília (DF); 24 mai. 2016b. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 896, 29 de junho de 1990**. Determinou que o INAMPS implantasse o Sistema de Informação Hospitalar – SIH/SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 2 de julho de 1990, seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Plano de Ação Nacional (2009-2011). Brasília, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996**. Norma Operacional Básica – NOB 1/96 do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília. 1996. Seção 1. p. 22932.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2017a. Disponível em: <<http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>>

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília. 2011a. Seção 1. p. 48-54.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Portaria-n%C2%B0-4.279-2010-Minist%C3%A9rio-da-Sa%C3%BAde-Estabelece-diretrizes-para-a-organiza%C3%A7%C3%A3o-da-Rede-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-%C3%A0-Sa%C3%BAde-no-%C3%A2mbito-do-SUS.pdf>>

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para

a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília. 2006. Seção 1. p. 71-76.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição** – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Imunizações – 30 anos**. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2019** : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019 [recurso eletrônico] / Brasília: Ministério da Saúde, 2020

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Panorama nacional de implementação do Programa Academia da Saúde: monitoramento do Programa Academia da Saúde : ciclo 2017** – Brasília : Ministério da Saúde, 2018b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: **PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Brasília: Ministério da Saúde, 2018c.**

_____. Ministério de Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília. 2017b. Seção 1. p. 96.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores – DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo – FCPE. **Diário Oficial da União**, Brasília. 2019. Seção 1. p. 2.

_____. Unicef. Cuidados Primários de Saúde. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Brasil. 1979.

CAMINAL-HOMAR, J.; CASANOVA-MATUTANO, C. **La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions**. Marco conceptual. Aten Primaria 2003; 31:61-5.

CARDOSO, C. S. *et al.* **Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde.** *Rev Panam Salud Publica.* 2013;34(4):227–34.

CARRARA, S.; RUSSO, J. A.; FARO, L. **A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino.** *Physis*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 659-678, 2009.

CARVALHO, G. *et al.* **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde.** Campinas, SP: CONASEMS, 2008.

CASTANHEIRA, E. R. L. *et al.* **Caderno de boas práticas para organização dos serviços de atenção básica: Critérios e padrões de avaliação utilizados pelo Sistema QualiAB.** Botucatu: UNESP-FM, 2016. Disponível em: <<http://www.abasica.fmb.unesp.br/doc/CADERNO.pdf>>

CASTRO, A. L. B. *et al.* **Condições socioeconômicas, oferta de médicos e internações por condições sensíveis à atenção primária em grandes municípios do Brasil.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 31(11):2353-2366, 2015.

COELHO, E. B. S. *et al.* **Política nacional de atenção integral a saúde do homem** [recurso eletrônico] — Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2018.

COLEMAN, C. F.; WAGNER, E. **Mejora de la atención primaria a pacientes con condiciones crónicas: el modelo de atención a crónicos.** Barcelona, Elsevier España, 2008.

DIELUBANZA, E. J.; SCHAEFFER, A. J. **Urinary tract infections in women.** *Med Clin N Am*, v. 95, n. 1, p. 27 – 41, 2011.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2017.** Brasília: Secretaria de Estado de Saúde, 2017a. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2017/11/RAG-2017_CSDF_10.12.2018.pdf

_____. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Diretoria de Gestão de Informações Estratégicas. **InfoSaúde-DF.** Brasília, 2021a. Disponível em: <https://info.saude.df.gov.br/area-tecnica/>

_____. **Decreto nº 37.057, de 14 de Janeiro de 2016.** Dispõe sobre a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, que especifica e dá outras providências.

Disponível em: <http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/ef9ffafc95b0448db85e0010846badf8/exec_dec_37057_2016_rep.html>

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Portaria nº 77, de 14 de Fevereiro de 2017.** Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. **Diário Oficial do Distrito Federal.** Brasília, 2017b. Disponível em: < http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Portaria-SES_DF-n%C2%BA-77-2017-Estabelece-a-

[Pol%C3%ADtica-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Prim%C3%A1ria-%C3%A0-Sa%C3%BAde-do-Distrito-Federal.pdf](#)

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017**, Regulamenta o art. 51 da Portaria nº 77, de 2017, para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família. Brasília, 2017c. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Portaria-SES-DF-n%C2%BA-78-de-14-de-fevereiro-de-2017...Regulamenta-o-art.-51-da-Portaria-n%C2%BA-77-de-2017-para.pdf>>

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Vigilância à Saúde. **Informativo: Indicadores de Imunização 2019**. Brasília, julho de 2020.

_____. Secretaria de Saúde. Subsecretaria de Vigilância à Saúde. **Relatório epidemiológico sobre doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco e proteção – 2013**. Brasília, 2014.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Vigilância à Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Distrito Federal 2017 a 2022**. Brasília, 2017d.

_____. Secretaria de Estado de Comunicação do DF. Subsecretaria de Divulgação. **Agência Brasília**. Brasília, 2021b.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Portaria nº 161, de 21 de fevereiro de 2018**. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2018.

DOURADO, I. *et al.* **Trends in primary health care-sensitive conditions in Brazil: the role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil)**. *Med Care* 2011; 49(6):577-584.

FONSECA, H. L. P. **A Reforma da Saúde de Brasília, Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 24(6): 1981-1990, 2019.

FRENK, J. *et al.* **La transición epidemiológica en America Latina**. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 1991.

FRIEDMAN, N. M. *et al.* **Management of diabetes mellitus in the Lovelace Health Systems' Episodes of care program**. *Effective Clin Pract*, 1(1): 5-11, 1998.

GIOVANELLA, L. **A atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990**. *Cad Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2006; 22(5): 951-963.

GÖTTEMS, L. B. D, *et al.* **O Sistema Único de Saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2018): revisando a história para planejar o futuro**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 24 (6): 1997-2008, 2019.

GOUVEIA, L. P. G. P. **Interações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios mineiros com população superior a 100.000 habitantes, 2000 a 2013**.

Dissertação (mestrado) – Escola de Nutrição da Universidade Federal de Ouro Preto. Ouro Preto, 2016.

GRANDINO, R. M. **Infecção do trato urinário: Prevalência e perfil de sensibilidade bacteriana em pacientes ambulatoriais.** Monografia – Universidade do extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma, 2011.

GUEDES, J. S.; SANTOS, R. M. B.; LORENZO, R. A. V. **A Implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado de São Paulo (1995-2002).** *Saúde e Sociedade*, São Paulo. 20(4), 875-883, 2011.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century.** Washington (DC): National Academies Press (US); pp. 364. 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Cidades.* Rio de Janeiro: IBGE; 2017. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?coduf=52>

INSTITUTO TRATA BRASIL. **Painel Saneamento Brasil. Ranking do saneamento.** São Paulo, 2021.

KATON, W. *et al.* **Collaborative management to achieve treatment guidelines.** *JAMA*, 273(13): 1026-1031, 1995.

LEVORATO, C. D. *et al.* **Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero.** *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, abr. 2014, p. 1263-1274.

LIMA-COSTA, M. F; BARRETO, S. M. **Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento.** *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2003; 12(4) : 189 – 201.

MACINKO, J. *et al.* **Major Expansion Of Primary Care In Brazil Linked To Decline In Unnecessary Hospitalization.** *Health Affairs*, 2010 Dec;29(12):2149-60. DOI: 10.1377/hlthaff.2010.0251.

MACINKO, J. *et al.* **The Influence of Primary Care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007.** *American Journal of Public Health*, 101(10): 1.963- 1.970, 2011.

MAIA, L. G. *et al.* **Internações por condições sensíveis à atenção primária: um estudo ecológico.** *Revista Saúde Pública*, 2019.

MALTA, D. C. *et al.* **Construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do sistema único de saúde.** *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 15, n. 3, p. 47-64, 2006.

MALTA, D. C. *et al.* **Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011.** *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 23, n. 4, p. 599- 608, 2014.

MASSON, P. *et al.* **Meta – analyses in prevention and treatment of urinary tract infections.** Australia: Elsevier, 2009.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2012.

MENDES, E. V, *et al.* **A construção social da atenção primária à saúde.** 2.ed. Brasília, DF: CONASS, 2019.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDONÇA, C. S. **Uso das internações por condições sensíveis à atenção primária para a avaliação da estratégia saúde da família em Belo Horizonte/MG** [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.

MENDONÇA, M. H. M. *et al.* **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa.** Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 601p. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Informação e Gestão da Atenção Básica. **E-Gestor AB.** Versão 1.0.20211129. 2021.

MORAES, D. *et al.* **Prevalence of uropathogens and antimicrobial susceptibility profile in outpatient from Jataí-GO.** **J Bras Patol Med Lab**, v. 50, n. 3, p. 200 -204, 2014.

MORETTIN, P. A.; TOLOI, C. M. C. **Análise de Séries Temporais.** Editora Blucher, 2018. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788521213529/>.

NEDEL FB. *et al.* **Programa saúde da família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS).** **Rev Saúde Pública.** 2008 dez;42(6):1041-52. doi: 10.1590/S0034-89102008000600010

NEDEL, F. B. *et al.* **Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura.** **Epidemiol. Serv. Saúde.** Brasília, 19(1):61-75, jan-mar 2010.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. **Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família.** **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 66, n. spe, 158-164, 2013.

PAZÓ, R. G. **Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado do Espírito Santo, 2000 a 2014.** Tese (doutorado) – Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Espírito Santo. Espírito Santo, 2017.

PINTO, L. F, GIOVANELLA, L. **Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAP).** **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):1903-1913, 2018.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos**. Porto Alegre, Bookman Companhia Editora, 2007.

RASELLA, D. *et al.* **Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data**. *BMJ*, 348: 1-10, 2014.

REHEM, T. C. M. S. B.; CIOSEK S. I.; EGRY, E.Y. **Internações por condições sensíveis à atenção primária no hospital geral de uma microrregião de saúde do município de São Paulo, Brasil**. *Texto Contexto Enferm*. Florianópolis, 2012. Jul-Set; 21 (3): 535-42.

REHEM, T. C. M. S. B. *et al.* **Registro das internações por condições sensíveis à atenção primária: validação do sistema de informação hospitalar**. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. Brasília, 2013.

REHEM, T. C. M. S. B. **Internações Sensíveis à Atenção Primária: limites e possibilidades da lista brasileira de diagnósticos**. Tese (doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011.

SALES, K. G. S, *et al.* **Internações Hospitalares Por Condições Sensíveis À Atenção Primária À Saúde**. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2019;32:9664

SANTOS, B. V.; LIMA, D. S.; FONTES, C. J. F. **Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de Rondônia: estudo descritivo do período 2012-2016**. *Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília, 28(1):e2017497, 2019.

SANTOS, L. A.; OLIVEIRA, V. B.; CALDEIRA, A. P. **Internações por condições sensíveis à atenção primária entre crianças e adolescentes em Minas Gerais, 1999-2007**. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife , v. 16, n. 2, p. 169-178, June 2016 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292016000200169&lng=en&nrm=iso>.

SHORTELL, S. *et al.* **Creating Organized Delivery Systems: The Barriers and Facilitators**. *Hospital & Health Services Administration*. Chicago. 38(4): 447. 1993.

SILVA, P. A. S. *et al.* **A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde**. *Esco- la Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, set. 2012, p. 561-568. Disponível em: <<http://goo.gl/FV1WLQ>>.

SORANZ, D. *et al.* **Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5):1327-1338, 2016.

SOUZA, L. L.; COSTA, J. S. D. **Internações por condições sensíveis à atenção primária nas coordenadorias de saúde no RS**. *Rev Saude Publica* 2011; 45(4):765-772.

STARFIELD, B.; **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

TASCA, R. *et al.* **Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil.** *Rev Panam Salud Publica.* 44: e4. 2020.

TASCA, R. *et al.* **Laboratórios de inovação em saúde:** por uma Atenção Primária à Saúde forte no Distrito Federal, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 24(6): 2021-2030, 2019.

WHO. World Health Organization. **Age standardization of rates:** a new who standard. GPE discussion paper series: n^o 31 eip/gpe/ebd world health organization 2001. Disponível em: <<https://www.who.int/healthinfo/paper31.pdf>>