

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas

Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro: internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) como indicador de efetividade de 2008 a 2018

Rio de Janeiro

2020

Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas

Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro: internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) como indicador de efetividade de 2008 a 2018

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Felipe da Silva Pinto

Rio de Janeiro

2020

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

C145e Caldas, Ana Luiza Ferreira Rodrigues.
Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro:
internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) como
indicador de efetividade de 2008 a 2018 / Ana Luiza Ferreira Rodrigues
Caldas. -- 2020.

130 f. : il. color. ; graf. ; mapas ; tab.

Orientador: Luiz Felipe da Silva Pinto.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola
Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Hospitalização - estatística & dados
numéricos. 3. Estratégia Saúde da Família. 4. Qualidade da Assistência
à Saúde. 5. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária.

I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.12098153

Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas

Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro: internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) como indicador de efetividade de 2008 a 2018

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 26 de maio de 2020.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Otávio Pereira D'Ávila
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dra. Elyne Montenegro Engstrom
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz

Prof. Dr. Luiz Felipe da Silva Pinto
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2020

AGRADECIMENTOS

À Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - Fiocruz, pelos profissionais de excelência desta academia, que contribuíram na caminhada da minha formação e no desenvolvimento deste trabalho.

Ao meu orientador Luiz Felipe por ter acreditado e confiado no desafio da elaboração deste trabalho. Sua maestria, exigência e destreza foram fundamentais para construir o exemplo do profissional acadêmico que mantereí como referência.

À banca examinadora, agradeço pela disponibilidade em avaliar esta pesquisa, contribuindo com o enriquecimento deste assunto. Em especial a Elyne Engstrom, sempre acessível dentro e fora das atividades acadêmicas e, você se tornou referência de conforto nos momentos de angústia trazidos por mim e pelos meus pares.

A minha família, pelo apoio incondicional, incentivo constante à superação, pela paciência e compreensão sem fim. Obrigada por todo o investimento na minha instrução e educação, vocês são meu sustentáculo emocional.

Aos meus colegas de turma, melhores presentes que este mestrado me ofertou e que levarei para a vida. Obrigada pelas trocas, risadas, choros, discussões, afagos e resiliência. Os encontros às quintas-feiras reafirmaram que valeu à pena todas as madrugadas de dedicação.

Aos pacientes que passaram por mim, em especial aos usuários do SUS, vocês me motivam na constante busca do saber, pelo direito de 'se expressar' e de 'ser ouvido' nas suas queixas, denúncias, necessidades, angústias, sugestões e demais manifestações, respeitando sempre a privacidade, o sigilo e a confidencialidade a mim concedidos.

Todos vocês foram imprescindíveis.

Eterna gratidão!

“De certo modo eu não posso acreditar que existem alturas que não podem ser escaladas por um homem que conhece os segredos de transformar sonhos em realidade. Este segredo especial parece-me, pode ser resumido em quatro C: curiosidade, confiança, coragem e constância.”

Walt Elias Disney.

RESUMO

A Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) é um problema de saúde pública a nível mundial, principalmente em populações de maior vulnerabilidade econômica e social. A ICSAP pode avaliar indiretamente a qualidade da atenção primária, pois é um indicador de acesso e efetividade. Objetivos: Descrever o panorama de evolução da taxa ICSAP e a cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família por AP na cidade do Rio de Janeiro, entre 2008-2018. Métodos: Estudo ecológico, retrospectivo, longitudinal, de abordagem quantitativa. Os dados sobre as ICSAP são obtidos da base de dados secundários do Departamento de Informação em Saúde do SUS para descrever a distribuição das taxas brutas de ICSAP por 10.000 habitantes. Os dados sobre cobertura populacional de ESF são extraídos da base do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), agrupados de acordo com as dez Áreas de Planejamento (AP), distritos sanitários, em que este município se subdivide. As taxas brutas representadas pelas ICSAP estão comparadas pela respectiva área de residência (agregando-se os bairros), e servem de base para análise crítica da expansão da Estratégia Saúde da Família, neste período, na cidade do Rio de Janeiro para cada uma das AP. A relação da amplitude de variação das taxas brutas de ICSAP em relação à cobertura pela Estratégia Saúde da Família na última década está representada por análise estatística exploratória dos dados. Resultados: Foi calculado o coeficiente de correlação de Pearson, que identificou o impacto positivo da efetividade da ESF a partir do indicador de ICSAP. Os resultados demonstraram a relação das desigualdades locorregionais nas taxas brutas ICSAP e nos grupos de causa ICSAP por AP. A redução percentual de ICSAP foi muito expressiva nos grupos de causas como anemia, condições evitáveis (tuberculose, sífilis e febre reumática), asma e hipertensão, para todo o município neste período. As desigualdades nos desfechos por AP, pode ser, em parte, explicado por diferenças na velocidade da ampliação de cobertura das equipes de Saúde da Família (eSF) e acesso aos serviços de saúde, além de influência direta e indireta por determinantes sociais que poderá ser aprofundado em futuros estudos.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Internação por condição sensível à Atenção Primária (ICSAP); Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Hospitalization for Ambulatory Care-Sensitive Conditions (ACSC) is a worldwide public health problem, especially in populations of greater economic and social vulnerability. ACSC can indirectly assess the quality of primary care, as it is an indicator of access and effectiveness. Objectives: To describe the panorama of evolution of the ACSC rate and the population coverage of the Family Health Strategy by Primary Care in the city of Rio de Janeiro, between 2008-2018. Methods: Ecological, retrospective, longitudinal study with a quantitative approach. Data on HACSC are obtained from the secondary database of the Department of Health Information of SUS to describe the distribution of standardized ACSC rates per 10,000 inhabitants. Data on ESF population coverage are extracted from the National Register of Health Facilities (CNES) and the Primary Care Information System (SIAB), grouped according to the ten Planning Areas (AP), health districts, in that this municipality is subdivided. The crude rates represented by ACSC are compared by respective area of residence (aggregating the neighborhoods), and serve as a basis for a critical analysis of the expansion of the Family Health Strategy, in this period, in the city of Rio de Janeiro for each of the AP. The relation of the amplitude of variation of the standardized rates of ACSC in relation to the coverage by the Family Health Strategy in the last decade is represented by exploratory statistical analysis of the data. Results: Pearson's correlation coefficient was calculated, which identified the positive impact of the effectiveness of the FHT based on the ACSC indicator. The results demonstrated the relationship between locoregional inequalities in the gross ACSC rates and in the ACSC cause groups by AP. The percentage reduction of ACSC was very expressive in groups of causes such as anemia, preventable conditions (tuberculosis, syphilis and rheumatic fever), asthma and hypertension, for the entire city in this period. The inequalities in the outcomes by AP, can be partly explained by differences in the speed of the expansion of coverage of the Family Health teams (eSF) and access to health services, in addition to the direct and indirect influence by social determinants that may be further developed in future studies.

Keywords: Primary Health Care; Hospitalization for Ambulatory Care-Sensitive Conditions (ACSC); Family Health Strategy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Mapa 1. As dez Áreas de Planejamento (AP) da Cidade do Rio de Janeiro.	25
Gráfico 1. Distribuição de Unidades de Saúde no município do Rio de Janeiro.	28
Gráfico 2. Distribuição de leitos hospitalares no município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.	29
Gráfico 3. Evolução percentual por áreas ocupadas pelas favelas cadastradas por AP, município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.	34
Gráfico 4. Análise temporal da cobertura potencial populacional de eSF x percentual de ICSAP de residentes do Rio de Janeiro, pela estimativa populacional do IBGE no município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.	40
Gráfico 5a. Coeficiente de correlação Pearson (r) para % de cobertura potencial populacional de eSF e % de ICSAP, por AP de residência e no município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.	41
Gráfico 5b. Coeficiente de correlação Pearson (r) com linha de tendência para % de cobertura potencial populacional de eSF e % de ICSAP, por AP de residência e no município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.	41
Gráfico 6. Evolução da cobertura potencial populacional por eSF por Área de Planejamento - Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.	43
Gráfico 7. Evolução % de cobertura potencial populacional por eSF nas AP 1.0 e AP 5.3 - Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.	45
Gráfico 8. Evolução temporal do nº de equipes de Saúde da Família por área de planejamento (AP) - Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.	47
Gráfico 9. Evolução temporal da proporção das ICSAP em relação ao total de internações hospitalares por AP de residência - Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.	48
Gráfico 10. Evolução temporal da proporção das ICSAP em relação ao total de internações hospitalares por residentes da AP 2.1 - Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.	49
Gráfico 11. Distribuição das taxas brutas de ICSAP por 10.000 habitantes no SUS, por AP de residência no município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.	50
Gráfico 12. Distribuição das taxas brutas de NICSAP por 10.000 habitantes no SUS, por AP de residência no município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.	51

Gráfico 13. Evolução percentual do peso relativo anual da faixa etária das ICSAP de residentes do sexo masculino no município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.	53
Gráfico 14. Evolução percentual do peso relativo anual da faixa etária das ICSAP de residentes do sexo feminino no município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.	53
Gráfico 15. Distribuição da variação por grupo das ICSAP no SUS, de residentes do Município do Rio de Janeiro, Δ 2008 – 2015, Δ 2016 – 2018, Δ 2008 – 2018.	59
Gráfico 16. Distribuição da melhor evolução na variação por grupo ICSAP no SUS, por AP de residência no Município do Rio de Janeiro, Δ 2008 – 2015, Δ 2016 – 2018, Δ 2008 – 2018.	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Total de AIH por Ano de Alta x Ano de Faturamento, 2000 - 2006.	33
Tabela 2. Dicionário do Banco de dados.	34
Tabela 3. Credenciamento e implantação das equipes de estratégia Saúde da Família, Município do Rio de Janeiro, 2016 – 2017.	46
Tabela 4. Distribuição da proporção de ICSAP e peso relativo anual das faixas etárias selecionadas e sexo masculino e feminino, por AP de residência e para o município do Rio de Janeiro - 2008 – 2018.	54
Tabela 5. Evolução temporal da distribuição por grupos das ICSAP no SUS, de residentes do município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

AP – Área de Planejamento

APS – Atenção Primária à Saúde

ACSC – Ambulatory Care-Sensitive Conditions

Cep – Código de Endereçamento Postal

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CID-10 – Classificação Internacional Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CSAP – Condições Sensíveis à Atenção Primária

DAB – Departamento de Atenção Básica

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

EAB – Equipe de Atenção Básica

eSF – Equipe de Saúde da Família

ESF – Estratégia Saúde da Família

EXCEL – Microsoft Office Excel (editor de planilhas / folhas de cálculo)

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICSAP – Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IPP – Instituto Pereira Passos

mFC – Médico de Família e Comunidade

MFC – Medicina de Família e Comunidade

mRJ – Município do Rio de Janeiro

MS – Ministério da Saúde

NICSAP – Internações por Condições Não Sensíveis à Atenção Primária

OMS – Organização Mundial de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCA-Tool – Primary Care Assessment Tool

PMS – Plano Municipal de Saúde

PNI – Programa Nacional de Imunização

PSF – Programa Saúde da Família

RCAPS – Reforma dos cuidados em Atenção Primária em Saúde

RD – Dados Consolidados

R.A. – Região Administrativa

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SBMFC – Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

SIOPS – Sistema de Orçamento Público em Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

SS – Sistema de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TABNET – Tabulador genérico de domínio público de dados de saúde do SUS

UERJ – Universidade Estadual do Rio de Janeiro

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

UFRS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

WONCA – Organização Mundial dos Médicos de Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS	18
2.1. OBJETIVO GERAL	18
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3. REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	19
3.2. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO	21
3.3. INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA	23
3.4. AS DEZ ÁREAS DE PLANEJAMENTO NA CIDADE CARIOCA	25
4. MATERIAL E MÉTODOS	31
5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	36
6. ASPECTOS ÉTICOS EM PESQUISA	37
7. RESULTADOS E DISCUSSÕES	38
7.1. O contexto sociodemográfico do município do Rio de Janeiro.	38
7.2. Sobre a cobertura potencial populacional eSF, proporção ICSAP, coeficiente de correlação de Pearson, e taxas ICSAP e NICSAP por 10 mil habitantes: análise por AP e para o município do Rio de Janeiro no período de 2008- 2018.	41
7.2.1. Sobre as taxas brutas ICSAP e NICSAP por 10 mil habitantes: análise por AP e para o município do Rio de Janeiro no período de 2008- 2018.	50
7.3. Sobre a análise das ICSAP por sexo e faixa etária para o município do Rio de Janeiro e as AP, no período de 2008-2018.	52
7.4. Sobre a análise da proporção das ICSAP por grupos de causa da lista brasileira de ICSAP, para o município do Rio de Janeiro e variações percentuais das AP no período de 2008-2018.	55
8. CONCLUSÕES	61
REFERÊNCIAS	66
APÊNDICES	70
APÊNDICE A – GRÁFICOS	70
APÊNDICE B – TABELAS	112
ANEXOS	123
ANEXO 1 – LISTA CSAP POR GRUPOS – BRASIL – 2009.	123
ANEXO 2 - LISTA DE ÁREA DE PLANEJAMENTO DOS 160 BAIRROS EM ORDEM ALFABÉTICA, DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.	125
ANEXO 3 - LISTA DOS 160 BAIRROS DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, POR ÁREA DE PLANEJAMENTO.	126
ANEXO 4 - LISTA DAS CLÍNICAS DA FAMÍLIA POR INAUGURAÇÃO, NÚMERO DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E POPULAÇÃO POTENCIALMENTE COBERTA, MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO – 2008 A 2020.	127

1. INTRODUÇÃO

O Brasil tem vivenciado grandes mudanças na estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS) desde sua criação em 1988. Nos últimos 30 anos, a Atenção Primária à Saúde (APS) em consonância ao SUS, vem produzindo transformações nos Sistemas de Saúde (SS). Em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) é implantado, e, posteriormente ampliado, passando a ser considerada estratégia estruturante da organização do SUS em 1998 com a atual Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual objetivava, principalmente, melhorar o acesso e a qualidade da APS.

A ESF enquanto estratégia prioritária de estruturação da APS deve incorporar seus atributos (Starfield, 1992, 2002) e atuar como ‘porta-de-entrada’, principal acesso aos serviços de saúde, assumindo em definitivo a responsabilidade de modelo de atenção à saúde pública, no Brasil. O caráter estruturante e reordenador de atenção deste modelo provoca importantes mudanças nos sistemas municipais de saúde. Sendo a principal ‘porta-de-entrada’ do sistema de saúde pública, preconiza pela ampliação do acesso com oferta qualificada e oportuna dos serviços de saúde, e busca maior racionalização e adequabilidade na utilização dos demais níveis assistenciais.

Existem evidências na literatura para verificar o desempenho da APS e consequentemente da ESF. No Brasil, o indicador de Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), traduzido internacionalmente como *Ambulatory Care Sensitive Conditions* (ACSC), é usado para analisar a qualidade da atenção à saúde.

Estudos realizados em países industrializados que avaliam a provisão de serviços de saúde têm demonstrado vantagens quando os sistemas nacionais de saúde são orientados a partir de serviços de atenção primária. Um estudo de 31 países (principalmente europeus) evidenciou a complexidade da Atenção Primária à Saúde (APS) e a necessidade de considerar aspectos multidimensionais para avaliar seu impacto. Estudos posteriores nos mesmos 31 países encontraram associação entre a APS forte e melhores indicadores de saúde na população, menores taxas de hospitalizações desnecessárias e menores desigualdades socioeconômicas na saúde, e esse impacto foi ainda maior para pessoas portadoras de doenças crônicas. Estudos realizados em países de médio e baixo ingresso mostraram resultados semelhantes, reforçando a importância de investimento adequado na atenção primária (MACINKO, 2018).

Ainda que a definição de CSAP seja recente, a utilização de medidas de morbidade hospitalar (intra e extra), como indicador de qualidade de serviços de saúde, já existe desde meados de 1970. Nesse contexto, as internações por CSAP (ICSAP) têm sido frequentemente

utilizadas como um indicador crítico na análise da qualidade dos serviços da APS.

A Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária foi construída e criada em 2008, por iniciativa do Ministério da Saúde (MS) brasileiro, envolvendo pesquisadores da atenção primária, membros da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), gestores, e a sociedade, mediante consulta pública. Esta iniciativa foi decorrente à complexidade epidemiológica da APS e a heterogeneidade existente entre as diversas listas nacionais e internacionais propostas para as CSAP.

Outro fator relevante fica acerca do processo de municipalização da saúde, que ao descentralizar a gestão do setor e ao passar “a responsabilidade pela produção, gerenciamento e disseminação da informação em saúde para o nível local, colocou para os gestores uma maior necessidade de lidar com a informação e com suas tecnologias” (LINS, 2001).

A eficiência e a qualidade da atenção à saúde na ESF dependem em grande parte, do planejamento das ações e da avaliação do funcionamento dos serviços, voltados à demanda e necessidades de saúde da população adscrita, por parte dos gestores. Neste contexto, a capacidade resolutiva da APS, tem sido tomada como um indicador de qualidade da assistência à saúde, embora outros fatores, como: cultura, demografia, escolaridade, renda, qualidade da informação no preenchimento dos registros hospitalares, entre outros, possam interferir diretamente nas ICSAP.

Quando a Atenção Primária não garante acesso suficiente e adequado gera uma demanda excessiva para os níveis de média e alta complexidade, implicando em custos e deslocamentos desnecessários. Essa demanda inclui um percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), indicador que vem sendo utilizado para avaliar os serviços de saúde e a capacidade de resolução da APS (BRASIL, 2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em seu relatório “Informe sobre a Saúde no Mundo – 2008: Atenção Primária à Saúde – agora mais necessária que nunca”, cita a ESF brasileira como exemplo de reestruturação sanitária orientada pela APS, tendo em vista a magnitude e integralidade dessa estratégia e sua significativa contribuição no equilíbrio entre atenção hospitalar especializada e atenção primária em saúde (WHO, 2008).

Em 2008, o município do Rio de Janeiro, entre todas as capitais do país, possuía conforme o Sistema de Orçamento Público em Saúde (SIOPS), o menor financiamento público municipal. Assim como a cobertura de equipes completas de Saúde da Família na cidade era de 3,5% de sua população, a mais baixa entre as capitais brasileiras, como por exemplo, São Paulo (26,6%), Belo Horizonte (71,5%), Porto Alegre (22,3%) e Curitiba (32,6%) (SORANZ et al, 2016).

Neste cenário se fez necessário um intenso processo de reorganização da rede de serviços e na formatação da gestão municipal de saúde do Rio de Janeiro. Surge então, como resultado do planejamento da SMS-RJ em 2009, a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS). Mudanças como a criação da Carteira de Serviços com a padronização dos procedimentos e ações de saúde para as unidades, implantação de prontuários eletrônicos para avaliação sistemática dos resultados de indicadores clínicos, redesenho do organograma organizacional da Secretaria Municipal de Saúde e o arcabouço jurídico de um novo modelo de gestão por resultados são destaques desta reforma.

A cidade carioca possui 160 bairros que são agrupados em 33 regiões administrativas e em dez Áreas de Planejamento (AP), heterogêneas – intra, extra, e entre áreas – que possuem a respectiva responsabilidade sanitária territorial. A definição de áreas com delimitação com responsabilidade sanitária fortalece a vigilância em saúde e possibilita a implantação de protocolos assistenciais na rede, além do fortalecimento do dispositivo do acolhimento, já preconizado desde 2003 através da Política Nacional de Humanização (PNH).

Em consonância à expansão da ESF, evidencia-se uma necessidade de avaliação permanente das políticas e dos programas de saúde, assim como dos investimentos a elas atrelados, a fim de verificar sua efetividade. Para avaliar a efetividade da APS, têm sido propostos indicadores de acesso à atenção de qualidade, como o indicador ICSAP (FERNANDES, 2009).

O investimento na APS como prioridade de agenda da gestão municipal evidenciado de 2009 a 2016 possibilitou a expansão exponencial da cobertura potencial populacional pela Estratégia Saúde da Família de 7% para cerca de 70%, tendo picos em 2011 e 2016. Porém a cobertura por eSF encerra o ano de 2018 em torno de 60%, como resultado do descredenciamento das eSF (MS/SAPS/DESF, 2018).

A análise dessas interações vem sendo empregada não apenas como indicador do acesso e da qualidade da atenção primária, mas também como proxy para avaliação do desempenho dos serviços de saúde, desde que adaptado a cada realidade e suas particularidades locais regionais.

A análise da expansão da APS e a evolução das ICSAP pode contribuir para identificar o impacto das medidas introduzidas no sistema de saúde, como as mudanças no modelo assistencial com a ESF no município do Rio de Janeiro. Principalmente pelas singularidades e

complexidades demográficas e culturais de cada território que compõe a cidade carioca. Desta forma, o presente estudo tem por objetivo analisar a tendência temporal das ICSAP, relacionando-as com a expansão da ESF em cada Área de Planejamento no município Rio de Janeiro, no período de 2008 a 2018.

O interesse em fomentar e analisar questões relacionadas à qualidade da Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro, através da informação em saúde, pode ser considerado extremamente complexo, e ainda precário no âmbito técnico, e, sobretudo, científico e social. O tema refere-se à dissertação do projeto de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde com ênfase em Estratégia Saúde da Família, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

A enorme complexidade e heterogeneidade da especialidade Medicina de Família e Comunidade (MFC) possibilita que o profissional se identifique no cenário da APS carioca. A desafiadora complexidade que abrange esse nível de assistência foi o despertar para o encantamento desta área de especialização. Com a graduação veio a certeza que a medicina movia, mas não imaginava que conseguiria atrelar os dados estatísticos que tanto me embebedavam durante o ensino médio, à profissão que optei.

A experiência da realização da residência médica com a posterior atuação como Responsável Técnica Médica, como MFC de uma Unidade de Atenção Primária com perfil acadêmico, reforçou ainda mais a vontade e necessidade de qualificação do saber. O fato de estar inserida em uma Unidade de constante captação de alunos de medicina e médicos em formação, residência médica, estreitou a proximidade da prática à academia.

A MFC abrange diversas opções de atuação que até então eram de conhecimento apenas na literatura. A oportunidade de atuar na assistência em contato direto com a população, e a atuação na gestão com maior proximidade aos sistemas e dados estatísticos informatizados, viabiliza melhor familiarização com a base dos protocolos e diretrizes clínicas, fundamentais nas tomadas de decisão.

Não obstante, o tema deste mestrado surgiu na consonância da necessidade de maior proximidade com os indicadores que norteiam diariamente as práticas da medicina de família e comunidade no cenário da rede de saúde pública carioca.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

- Analisar a relação entre a cobertura potencial por equipe de Estratégia Saúde da Família e as taxas brutas de internações gerais e por CSAP, por AP de residência no município do Rio de Janeiro, no período de 2008 - 2018.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil por sexo e faixa etária, das internações gerais e por CSAP no município do Rio de Janeiro entre 2008 e 2018;
- Comparar os principais grupos de causas de ICSAP por cada Área de Planejamento do município do Rio de Janeiro entre 2008 e 2018.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Em 1920, na Grã-Bretanha, o “Relatório Dawson”, como ficou conhecido, trouxe de forma inédita, conceitos como a cobertura universal de saúde, definição de porta de entrada do sistema, hierarquização dos serviços, e população adscrita. No Brasil, diferentemente do modelo proposto por Dawson, houve uma fragmentação entre a saúde pública (ações coletivas e preventivas – imunizações, controle de endemias e vigilância em saúde) e a assistência clínica/médica (ações ambulatoriais e hospitalares – maioria privada ou filantrópica).

Em 1978 com a Conferência de Alma Ata, foi elaborada uma concepção de Atenção Primária à Saúde como a “atenção à saúde essencial, com tecnologias apropriadas, cientificamente comprovadas e socialmente aceitas, garantida a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua participação” (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

Em 1986 no Brasil, a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), e sua regulamentação em 1990, Lei nº 8080/90, é resultado da luta pela redemocratização no país, e traz em seu arcabouço legal, importantes elementos como o conceito amplo de saúde, com o entendimento que a saúde é um direito do cidadão e dever do Estado.

Em 1992, Barbara Starfield, no seu livro “Primary Care: concept, evaluations, and policy” faz um histórico da polissemia do termo APS: pelo tipo de médico que a exerce, pela natureza dos problemas de saúde, pelo local de prestação do atendimento, pelo padrão de encaminhamento, pela duração da responsabilidade, pelo uso da tecnologia, entre outros aspectos descritivos e empíricos (STARFIELD, 2002).

Starfield (2002) na versão traduzida para o português de seu livro de 1992, propõe uma lista de atributos da APS, ou seja, de responsabilidades deste nível de atenção, que são divididos entre essenciais – acesso (1), longitudinalidade (2), integralidade (3) e coordenação do cuidado (4) – e derivados – orientação familiar (5), competência cultural (6) e orientação comunitária (7).

A Atenção Primária é o modelo mais apropriado, dentro de um sistema público universal de saúde, para concretizar o direito à saúde. Os médicos de família e comunidade, os enfermeiros de saúde da família, os agentes comunitários de saúde, assim como outros

profissionais com formação em APS, embasam e visam a constante melhoria na assistência prestada nos serviços das unidades de saúde.

Uma APS qualificada e efetiva apresenta alta resolutividade no âmbito da Saúde Pública, respondendo a maioria das demandas por serviços de saúde de uma determinada população. Atenção médica eficaz não está limitada ao tratamento da enfermidade em si. Deve-se considerar o contexto no qual a doença ocorre e no qual o paciente vive (STARFIELD, 2002).

Um sistema de saúde orientado para a subespecialização ameaça os objetivos da equidade. Os recursos para uma atenção altamente técnica orientada para a enfermidade competem com aqueles exigidos para oferecer serviços básicos, especialmente para pessoas que não podem pagar por eles. Os serviços de saúde, na qualidade de um dos determinantes diretos, podem ter um papel na melhoria da saúde, mesmo em face das notáveis iniquidades na distribuição de riquezas, se sob forte orientação de Atenção Primária (STARFIELD, 2002).

Quando as unidades de saúde se tornam acessíveis à população que precisa de atendimento, quando oferecem uma ampla e atualizada carteira de serviços e procedimentos diagnósticos e terapêuticos, quando ofertam aptidão na coordenação do cuidado da população adscrita sob sua responsabilidade, pode-se dizer que existe uma APS sólida e consistente.

Em outras palavras, os atributos explicitados por Starfield (2002) podem ser mensurados através de um instrumento de avaliação medido em escores (notas), o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool). Este instrumento que a autora juntamente com seu colega Leiyu Shi, propôs no início da década de 2000 e que foi considerado em 2010 como o instrumento oficial de avaliação da APS no Brasil pelo Ministério das Saúde, estabelece que escore acima de 6,6 (escala bruta de 0 a 10) determina que o serviço ou conjunto de serviços tem forte orientação para a APS (BRASIL 2010).

A APS é ainda um cenário que viabiliza a integração das forças intersetoriais a fim de enfrentar as divergências sociais. Além do mais é resolutiva, intercepta demandas e oferece em tempo oportuno respostas, constituindo para um SUS otimizado e melhor.

3.2. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Segundo Malta (2016), no Brasil, a ESF teve uma ampla expansão nos últimos anos com um maior incentivo do Ministério da Saúde, o que corrobora os dados apresentados a partir de 2008 neste estudo para este Município.

Foi elaborada e aprovada, em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que explicita a Saúde da Família como modelo preferencial de reorganização da atenção primária no SUS. Na PNAB atenção básica é definida como um conjunto de ações de saúde desenvolvidas em âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Estas ações se desenvolvem por meio de uma equipe multidisciplinar, em um território geograficamente definido e com sua respectiva população, tornando-se o primeiro ponto de contato da população com o Sistema de Saúde. E fortalece os princípios da APS em um Sistema Universal de saúde, como é o SUS: universalidade, acessibilidade, coordenação, vínculo, continuidade, integração, responsabilidade, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2006 e 2011).

No período entre os anos de 2008 e 2016, a proporção de cobertura potencial por Estratégia Saúde da Família no município, expandiu de aproximadamente 7% para 70%, um crescimento expressivo da atenção primária (BRASIL, 2017 MS/SAPS/DESF). Este crescimento de cobertura potencial de atenção à saúde demonstra a prioridade da atenção primária à saúde no planejamento do governo municipal vigente à época (PMS 2009-2013).

A análise do período em que ocorreu a exponencial expansão da APS, priorizando pela ESF, se deu em consonância aos eventos internacionais de massa na cidade – Jornada Mundial da Juventude 2013, Copa do Mundo 2014, Jogos Olímpicos e Paraolímpicos 2016, dentre outros. Tais eventos trouxeram investimentos externos e viabilizaram que a gestão municipal colocasse em foco o planejamento em saúde como prioridade de sua agenda.

Nesta perspectiva, cabe ressaltar que o setor saúde, eixo prioritário de investimento da gestão municipal 2009-2016, explicitado no Plano Plurianual e no Plano Municipal de Saúde (PPS 2008-2011 e PMS 2012-2015), teve a maior expansão de cobertura potencial populacional pelas equipes de Saúde da Família (eSF), no ano de 2011. Nota-se também um segundo grande crescimento da cobertura potencial pelas eSF no ano de 2016, porém, não houve manutenção desta cobertura – gestão posterior, 2017-2020, sendo perceptível a redução da cobertura ao término de 2018, cerca de 60% (MS/SAPS/DESF, 2019).

A Estratégia Saúde da Família tem como objetivo funcionar sendo a base das redes de atenção à saúde, por meio de suporte dos serviços de apoio diagnóstico, assistência

especializada e hospitalar, exatamente por assumir o papel principal da coordenação do cuidado e da longitudinalidade, possibilitadas pelo vínculo criado no primeiro contato.

A expansão da APS no município do Rio de Janeiro a partir da ESF começou pela AP 5.3 e teve inicialmente como principal meta a cobertura das regiões/bairros de maior vulnerabilidade social, conseqüentemente maiores necessidades em saúde, consolidando 100% de cobertura em diversos bairros cariocas, como o bairro da Rocinha e de Manguinhos. Frente aos diferentes cenários de desigualdades socioeconômicas, demográficas, e de acesso à saúde que a cidade carioca enfrenta, é um desafio diário propor a equidade em saúde, seja nas ações de prevenção, promoção e assistenciais.

A cidade é bastante heterogênea, apresentando diferentes graus de desenvolvimento em suas regiões, com a conseqüente desigualdade na distribuição e utilização dos recursos disponíveis, inclusive dos serviços de saúde. Indicadores de condições de vida de uma população, quando aplicados na Cidade do Rio de Janeiro, apontam grandes variações entre áreas às vezes bem próximas, pois devido à sua situação geográfica peculiar, havendo assentamentos muito pobres, principalmente nas encostas das montanhas, ao lado dos setores mais ricos da população. (...) O crescimento desordenado da cidade é um dos fatores que têm impacto direto no setor saúde (grifo da autora), tanto pelo aumento vertiginoso da violência urbana, quanto pela dificuldade de acesso de parte da população aos serviços públicos de saúde (PMS 2009-2013).

3.3. INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA

A expressão “condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde” (CSAP) é uma tradução adaptada do termo original “*ambulatory care sensitive conditions*” (condições sensíveis ao cuidado ambulatorial), este último cunhado no início da década de 1990 (ALFRADIQUE, 2009).

Os agravos denominados por condições sensíveis à atenção primária (CSAP) são os que os serviços da APS, quando devidamente ofertados em tempo oportuno e com qualidade, são capazes de resolver.

Sistemas universais de saúde com forte referencial em APS se mostraram altamente equitativos, reduzindo as diferenças de taxas de ICSAP entre grupos socialmente desiguais (BILLINGS, 1996).

As condições CSAP são as da prevenção do surgimento da doença (ex. agravos passíveis de imunização); as do controle adequado de enfermidades agudas (ex. gastroenterite); as de manejo efetivo das condições crônicas (ex. hipertensão e diabetes).

No que diz respeito às características da APS, as evidências atuais apontam majoritariamente que os componentes de acesso e longitudinalidade se relacionam inversamente às taxas de ICSAP (ROSANO et al, 2009).

A relação entre as hospitalizações e a qualidade do funcionamento da Atenção Primária à Saúde tem sido estudada por vários autores e em distintos sistemas de saúde, e tem indicado que altas taxas de hospitalizações por condições sensíveis à atenção ambulatorial apontam para uma baixa qualidade na Atenção Primária à Saúde. (CAMINAL, 2006; ROSANO, 2013)

Devido à heterogeneidade existente entre diversas listas nacionais e internacionais propostas para as CSAP e entre os perfis epidemiológicos de cada localidade, foi criada em 2008, a Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária.

A lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) é constituída por 120 categorias da CID-10 (de três dígitos) e quinze subcategorias (de quatro dígitos). Para fins de organização, ela está composta por vinte grupos de diagnósticos, agrupados de acordo com as possibilidades de intervenção e a magnitude dos agravos (ALFRADIQUE, 2009).

No SUS a principal fonte de informação sobre internações é a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), o documento básico que alimenta o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS). A AIH habilita a internação de cada paciente e gera os

valores correspondentes para pagamento do prestador de serviços, seja ele público ou contratado.

A AIH deve ser devidamente preenchida no momento da entrada ou durante a internação, pois os dados nela descritos irão servir como informação na tomada de decisões no âmbito da epidemiologia da saúde pública.

A Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) para as condições que compõem cada grupo é de suma importância para a correta classificação da causa ou do motivo da internação no preenchimento da AIH.

Sabe-se também que inconsistências no preenchimento dos dados podem trazer sérias consequências para o uso efetivo das informações. O uso de diretrizes norteadoras, como a obrigatoriedade de inserção do CID-10 na AIH, objetiva sanar inconsistências e garantir melhores resultados nas informações em saúde.

Cabe ressaltar que os partos não constituem como CSAP uma vez que representam um desfecho clínico natural da gestação.

Atualmente estão em vigência dois tipos de AIH: AIH-1 tipo normal cuja emissão é exclusiva do órgão gestor do SUS e a AIH-5, complementar, de longa permanência, para continuidade de informações de pacientes psiquiátricos ou crônicos que permaneceram internados após o prazo de apresentação da AIH-1, ou seja, de longa permanência. Para cálculo do indicador ICSAP recomenda-se a utilização apenas da AIH-1, seguida neste estudo.

A taxa bruta de ICSAP demonstra o número de ICSAP por 10.000 habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Esta taxa visa analisar variações geográficas e temporais na distribuição das ICSAP, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Cabe ressaltar que auxilia a avaliar a adequação do uso do recurso hospitalar, e subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência à saúde.

3.4. AS ÁREAS DE PLANEJAMENTO NA CIDADE CARIOCA

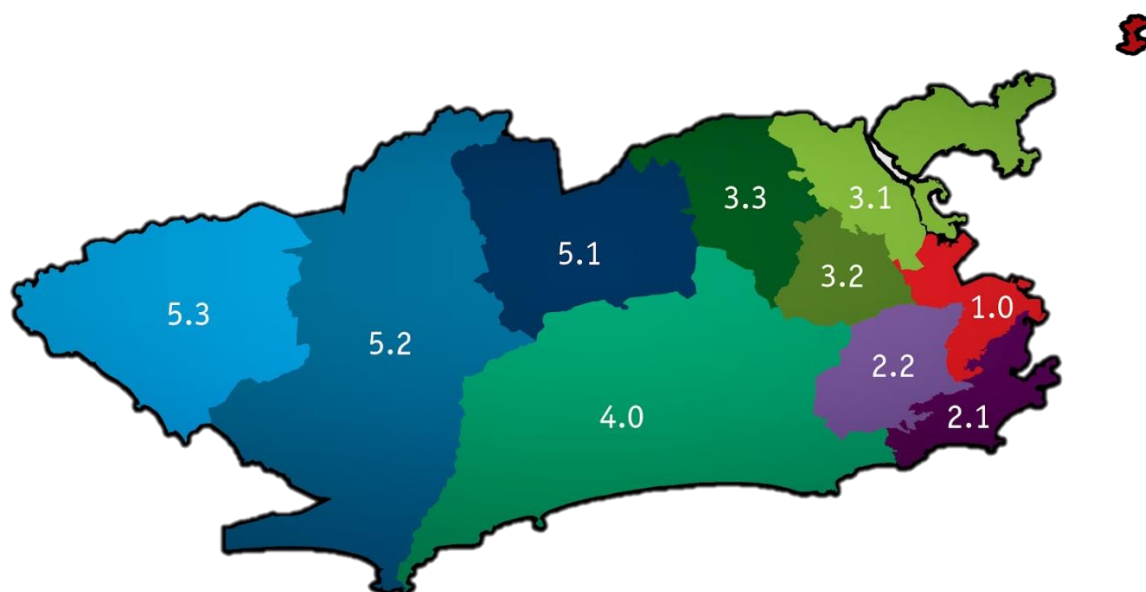
O município do Rio de Janeiro tem uma área de aproximadamente 1.200 Km² e uma população estimada para o ano de 2018 de 6.688.927 habitantes (IBGE, 2018). O mesmo é organizado em 33 Regiões Administrativas (R.A.) e 160 bairros, e dividida em quatro regiões geográficas comumente conhecidas como: Centro, Zona Norte, Zona Sul e Zona Oeste.

A cidade carioca é bastante heterogênea e apresenta diferentes graus de desenvolvimento e conseqüentemente, desigualdades na distribuição e utilização dos recursos disponíveis, inclusive nos serviços e estabelecimentos de saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) organiza desde 1993 a divisão da cidade em 5 grupos de Áreas de Planejamento (AP), divididas em 10 AP, constituídas por R.A./bairros para melhor controle e vigilância das ações sanitárias e dos serviços de APS na cidade.

Cada Área de Planejamento da cidade do Rio de Janeiro, segunda cidade mais populosa do Brasil, é um universo próprio, como se fossem dez grandes cidades em apenas uma. A identidade de uma AP determina formas de viver às vezes muito diferentes. E ainda, dentro de uma mesma AP existem regiões muito diversas e heterogêneas, o que reflete na dificuldade e indefinição de padrões.

Mapa 1. As dez Áreas de Planejamento (AP) da Cidade do Rio de Janeiro.



Fonte: S/SUBPAV/SMS-RJ, 2020.

Legenda: As 10 AP do município do Rio de Janeiro são: AP 1.0 - Centro e adjacências, AP 2.1 - Zona Sul, AP 2.2 - Grande Tijuca, AP 3.1 - Região da Leopoldina, AP 3.2 - Grande Méier, AP 3.3 Região de Madureira – AP 4.0 Zona Oeste, AP 5.1 Região de Bangu, AP 5.2 - Região de Campo Grande, AP 5.3 - Região de Santa Cruz.

As características de uma AP divergem entre si na maioria dos perfis, socioeconômico, desenvolvimento urbano, determinantes sociais, violência urbana, dentre outros. Não obstante, a expansão da ESF na cidade também ocorreu de forma diferenciada por AP onde a cobertura potencial de eSF priorizou o escopo do MS, sendo 1 eSF para uma média de 3.450 pessoas em determinada área de abrangência, por vezes ultrapassando o máximo de 4.000. Para identificá-la, utiliza-se ainda o número de residentes no município de acordo com a população estimada do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

<i>Cobertura potencial populacional</i>	:	$\frac{\text{Número de eSF} \times 3.450}{\text{População residente no município do RJ}}$	x 100
---	---	---	-------

Esta opção justifica-se pelo fato da ESF representar atualmente o modelo de APS mais indicado em todo o país para a população. Este indicador representa os recursos disponíveis para atender à população adscrita para a qual se destina, e não para a qual efetivamente utilizou a ESF.

As informações relativas à Estratégia Saúde da Família neste município foram obtidas a partir dos dados de cadastramento no CNES, referentes ao período da última década, conforme já explicitado. Esse período se refere à diretriz estratégica de expansão e qualificação da APS com base na ESF da gestão dos três últimos governos municipais da última década, entre os anos de 2008 e 2018.

Neste período cabe destacar que entre 2009 e 2016 a gestão municipal do Rio de Janeiro manteve como prioridade de agenda o empenho na expansão da APS, diferentemente do período anterior e posterior, que não priorizou a ESF para o setor saúde. Por isso, a escolha do período de 2008-2018 foi intencional. Nesse sentido, foi necessário comparar, seguindo a avaliação de políticas públicas, o período temporal por permitir a comparação antes, durante e depois de dois ciclos de gestão municipal.

Esta informação é pertinente pois se refere ao cálculo das variações percentuais que utilizaremos neste trabalho para comparar os resultados obtidos (2008, 2015, 2018). O ano de 2008 encerra um ciclo de gestão municipal (2005-2008) e os anos (2009-2012) representa um novo ciclo de quatro anos com novas diretrizes para a SMS. Cabe ressaltar que o ano de 2013 é um ano de continuidade da gestão anterior (2009-2012) e permite, portanto, avaliar o início de um novo ciclo da mesma gestão, com a mesma equipe na SMS (2009-2016). Por fim, o ano de 2018, reflete a metade de um novo ciclo e de nova equipe da SMS-RJ.

O histórico consolidado da cobertura potencial populacional estimada de equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Básica (eAB), está disponibilizado no Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) para o monitoramento do acesso aos serviços de Atenção Primária, com vistas ao fortalecimento do planejamento do SUS. Neste estudo foi considerado apenas o quantitativo de eSF implantadas para o cálculo da cobertura potencial populacional por ESF.

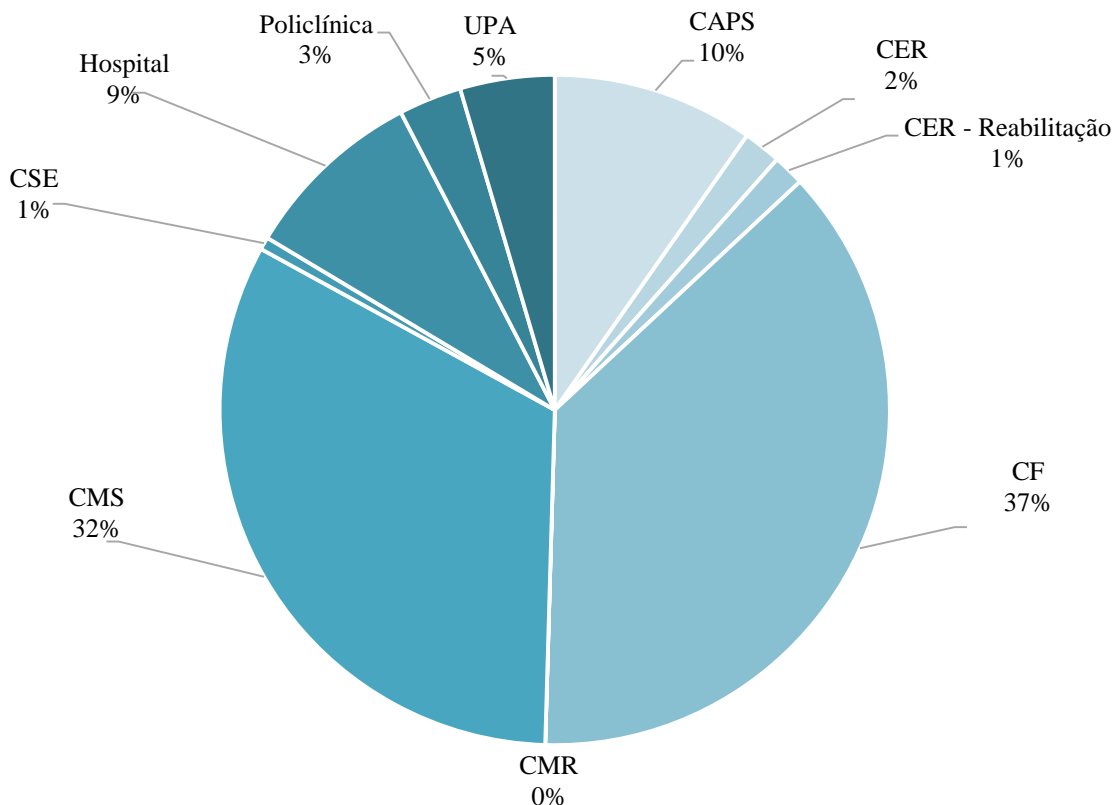
A cobertura potencial populacional por eSF utilizada em indicadores de saúde, deve se basear em eSF implantada, o que significa que deve ser considerado apenas o N° de eSF aptas para que o município receba os incentivos financeiros devidos, na competência selecionada (cadastradas no CNES e credenciadas pelo MS). Entretanto, equipes com cadastro no CNES, definidas pelo gestor municipal e aprovadas pelos respectivos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) e pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) podem não ter sido habilitadas pelo MS. Sendo assim, entende-se que para o cálculo do indicador deve ser considerado o número de equipes implantadas, pois o resultado de cobertura estará mais próximo da realidade.

O trabalho da eSF deve estar centrado nas necessidades de saúde dos usuários e na busca contínua pela melhoria da qualidade dos serviços ofertados. A equipe eSF é composta por no mínimo: um médico generalista ou preferencialmente especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, um auxiliar ou técnico de enfermagem, e agentes comunitários de saúde (ACS). Já a equipe eAB deve atender aos princípios e diretrizes para a APS, sendo facultativo ao gestor local a composição da equipe com ACS.

A ESF por ser considerada uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Primária, favorece a reorientação do processo de trabalho com maior potencial para ampliar a resolutividade das situações de saúde das pessoas e coletividades. Por este motivo optou-se neste estudo utilizar as eSF para analisar a cobertura no município.

A cidade do Rio de Janeiro possui Unidades de Saúde distribuídas por todas as 10 AP, que correspondem a 329 estabelecimentos de saúde (Gráfico 1), sendo 8,8% destes compostos por hospitais.

Gráfico 1. Distribuição de Unidades de Saúde no município do Rio de Janeiro.



Fonte: S/SUBPAV, acesso em outubro/ 2019.

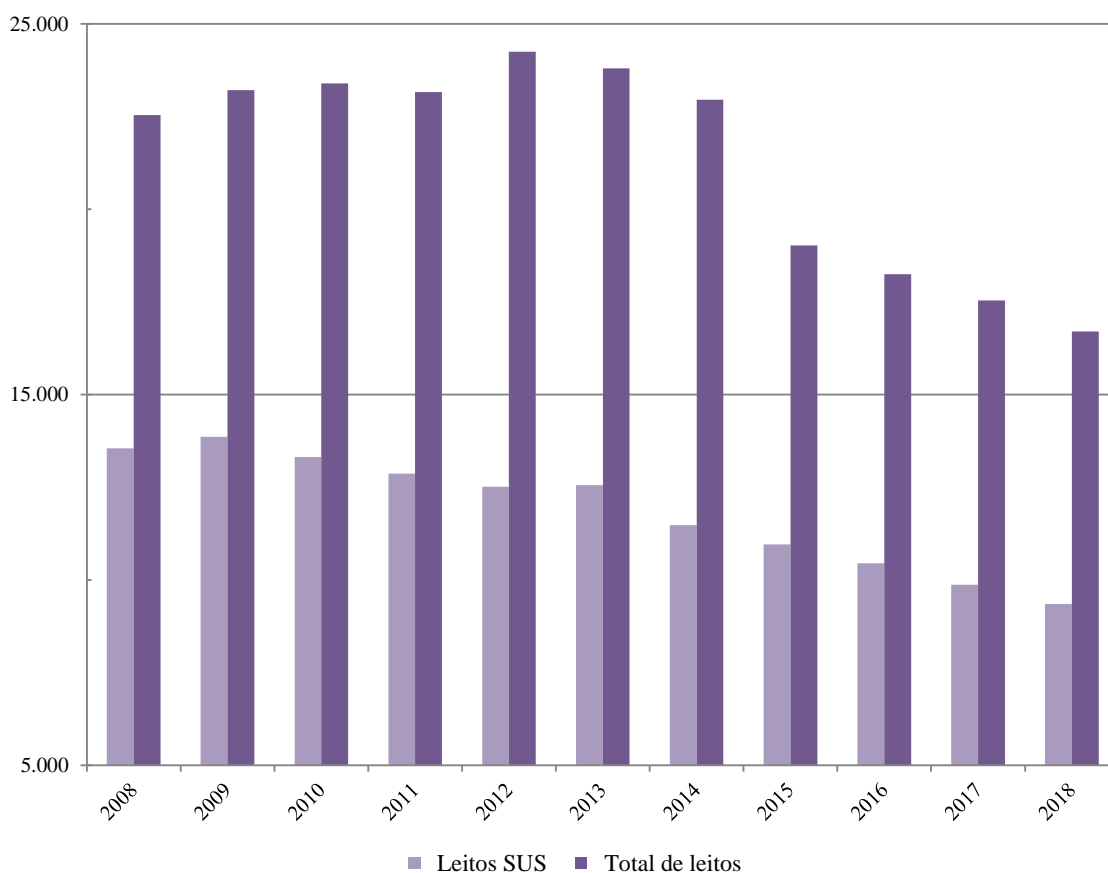
Legenda: CF: Clínica da Família; CMS: Centro Municipal de Saúde; CAPS: Centro de Atenção Psicossocial; Hospitais: Hospitais da esfera municipal, estadual e federal; UPA: Unidade de Pronto Atendimento; Policlínica: Policlínica com especialidades focais; CER - Coordenadoria de Emergência Regional; CSE: Centro de Saúde Escola; CER - Reabilitação: Centro Especializado em Reabilitação; *CMR: Centro Municipal de Reabilitação (incluído no CER - Reabilitação).

A estrutura de atenção às urgências no município do Rio de Janeiro inclui um número expressivo de serviços ligados às diferentes esferas de governo, com perfis variados de atendimento: as unidades de atenção primária (clínicas da família, centros municipais de saúde e postos de saúde); o componente pré-hospitalar móvel (SAMU); o componente de atendimento pré-hospitalar fixo (UPA e CER); e as emergências hospitalares. Em que pese o número expressivo de serviços existentes, problemas relativos à superlotação, qualidade, resolubilidade e integração seguem comprometendo a conformação da rede de atenção às urgências (LIMA et al., 2015).

De acordo com publicação no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, em 17 de março de 2017, pelos parâmetros normativos do SUS (Portaria GM/MS nº 1631/2015), uma cidade do tamanho da metrópole carioca, necessitaria de modo global de 10.473 leitos hospitalares para atender sua população. Em dezembro/2016, somando-se os leitos de

internação disponíveis no SUS (Gráfico 2), as unidades de saúde municipais, estaduais e federais contavam em 9.749 leitos e 7.196 leitos privados, totalizando, portanto, 16.945 leitos (CNES/MS, 2016), número muito superior ao necessário segundo o mesmo parâmetro calculado pelo gestor municipal do SUS em meados de 2017.

Gráfico 2. Distribuição de leitos hospitalares no município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.

Nota: A partir da competência de janeiro 2010 os dados referentes a leitos Complementares foram retirados da consulta referente a leitos de Internação, passando a constituir uma consulta específica conforme descrito na Nota Técnica. A partir do processamento de junho de 2012, houve mudança na classificação da natureza e esfera dos estabelecimentos. Com isso, temos: até maio de 2012 estas informações estão disponíveis como "Natureza" e "Esfera Administrativa"; de junho de 2012 a outubro de 2015, estão disponíveis tanto como "Natureza" e "Esfera Administrativa", como "Natureza Jurídica" e "Esfera Jurídica"; a partir de novembro de 2015, estão disponíveis como "Natureza Jurídica" e "Esfera Jurídica".

Esse diagnóstico sugere uma necessidade de qualificação dos leitos hospitalares na cidade, não se tratando, portanto, de uma questão de apenas ampliar sua oferta, mas de equipar os leitos existentes de forma mais adequada, com material e pessoal capacitado.

A Portaria GM/MS nº 1101/2002 (revogada), utilizava como parâmetro de leitos hospitalares totais o valor de 2,5 a 3,0 leitos para cada 1.000 habitantes. A partir da Portaria nº

1.631, de 1º de outubro de 2015, passou a vigorar o documento “Critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS”, que substituiu o parâmetro anterior por uma fórmula de cálculo a ser aplicada por cada especialidade de leito e que combina múltiplas variáveis.

Um dos grandes desafios enfrentados pela APS é a constante tentativa de ruptura da inércia do sistema atual, que trabalha com ações descontinuadas e desintegradas entre os três níveis de assistência à saúde. Para romper com essa fragmentação é necessário estimular mecanismos de integração entre os diversos pontos da rede, para que a APS possa trabalhar sob a lógica de ordenadora do cuidado, estimulando e favorecendo a eficácia das RAS.

Os serviços de saúde oferecidos e prestados à população devem ser organizados a partir de um diagnóstico epidemiológico, com base no planejamento para alocação de recursos, e disponibilização de serviços de acordo com as reais necessidades locais. A histórica ocorrência desigual da transição demográfica brasileira, e carioca, culminou em uma transição epidemiológica heterogênea, que justifica a existência de um sistema de saúde, ainda despreparado, voltado ao atendimento de forma fragmentada e episódica.

A APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede reitera sua necessidade diante do complexo e heterogêneo cenário da cidade carioca, a fim de reduzir a fragmentação da rede, agindo diretamente na capacidade de enfrentar aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário.

4. MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo possui desenho ecológico, longitudinal, retrospectivo, e de caráter quantitativo. Foi desenvolvido no município do Rio de Janeiro/RJ, com dados gerais de internações hospitalares no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2018 (última década), e agregados por área de planejamento.

A escolha deste município para estudo se deve à sua elevada cobertura de serviços de APS – em especial, Estratégia Saúde da Família –, e reconhecida reorganização do sistema municipal de saúde e sua respectiva informatização, através dos prontuários eletrônicos, há aproximadamente uma década.

Foi realizada a série histórica de percentual de cobertura potencial populacional por ESF com ênfase nas eSF de janeiro de 2008 a dezembro de 2018 tendo como base anual a estimativa do IBGE para cálculo populacional, uma vez que o último Censo Demográfico realizado consta da data de 2010.

A escolha pelo ano de 2008 como referência para a análise deste estudo se deu pelo fato de ter sido o ano anterior à expansão da ESF, conforme anteriormente citado no início desse trabalho, sendo facilmente interpretado o crescimento exponencial da cobertura potencial por equipe de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro a partir de 2009, e em especial nos anos de 2011 e 2016. Pode-se interpretar que em 2009 houve uma escolha pelo modelo de atenção à saúde, já iniciado na reorganização e reforma dos cuidados.

A informação sobre estas equipes é diretamente vinculada ao portal do DATASUS do MS, que é alimentado pelos dados informados pelas Unidades de saúde através do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde (CNES). Nesta perspectiva, pode haver atraso intencional na atualização das informações das equipes, no vínculo de determinado profissional à determinada equipe, para evitar redução e perda de credenciamento do MS, e consequentemente do repasse para financiamento da equipe.

Excluídas as internações de longa permanência e por parto, foram registradas 2.152.092 internações cobertas pelo SUS de indivíduos munícipes do Rio de Janeiro, no período que compreende janeiro de 2008 a dezembro de 2018, das quais 232.918 foram por CSAP, o equivalente a 10,8% no período.

Foi utilizada para melhor análise e interpretação das internações a taxa bruta, calculada através do número de internações hospitalares no SUS de munícipes do Rio de Janeiro, por

10.000 habitantes, considerando a População Estimada do IBGE do meio do ano, para o município do Rio de Janeiro, por ano analisado.

As internações gerais foram tabuladas e classificadas por AP de residência no município do Rio de Janeiro, e posteriormente identificados os principais grupos de ICSAP. Para a análise longitudinal da evolução de cada grupo ICSAP, foi calculada a variação %, com divisão do período de análise, gestão municipal, com vista a estreitar a relação com o % de cobertura potencial por eSF de cada AP no respectivo período.

Este estudo tem foco na análise de dados públicos secundários oriundos de diferentes fontes legadas da saúde. O processo envolveu as seguintes etapas:

- Extração dos dados secundários processados pelo DATASUS do MS e disponíveis em SIH-SUS, mês a mês do período de análise (microdados em arquivos RD);
- Extração dos dados secundários das AIH de curta duração, tipo 1, disponibilizados pelo TABNET da SMS-RJ, mês a mês, totalizando 132 extrações;
- Extração dos dados secundários da cobertura potencial por eSF do CNES;
- Cálculo bruto das taxas, considerando a população-padrão a do Censo Demográfico de 2010 do município do Rio de Janeiro;
- Extração da base de CEP dos Correios, dados públicos, para vinculação dos bairros às AP;
- Extração da estimativa populacional anual do IBGE e tabulação proporcional por AP de acordo com o último censo (2010);
- Extração dos dados secundários das projeções populacionais do município do Rio de Janeiro, e detalhado por AP, do Instituto Pereira Passos (IPP);
- Tabulação das AIH por ano para classificação em ICSAP e NICSAP; em faixa etária e sexo; raça/cor; por AP de residência; por grupo se ICSAP;
- Cálculo da variação percentual por período de gestão avaliado, 2008 – 2015, 2016 – 2018, 2008 – 2018.

No intuito dar maior credibilidade e integrar este estudo aos Planos Municipais de Saúde do período de análise à expansão da ESF pela cobertura potencial de eSF na cidade carioca, foi realizada a análise da variação percentual dos grupos ICSAP pelos períodos 2008 – 2015, 2016 – 2018, e 2008 – 2018. Esta decisão decorre devido ao Plano Municipal de Saúde (PMS) de cada gestão ser referente a três anos da gestão vigente e um ano da gestão seguinte, por exemplo:

gestão municipal de 2021 ocorrerá por 4 anos tendo seu término em 2024, e seu respectivo PMS será 2022 – 2025.

Os dados disponibilizados para extração são apresentados pelo período de competência do processamento da informação sobre a hospitalização, ou seja, o mês anterior ao da apresentação da AIH para faturamento. Na maioria das internações, o período de competência corresponde ao mês e ano de alta do paciente.

Por exemplo: entre 2000 e 2006, em cerca de 6% das internações, o ano de competência e o ano da alta não coincidem (Tabela 1). No ano de 2000, 12.514.503 internações ocorreram com data de alta. Destas, 11.814.404 foram pagas em 2000 e 700.099 em 2001. Isso pode ocorrer quando a AIH é apresentada com atraso ou quando ela é reapresentada por ter sido rejeitada em uma competência anterior.

Tabela 1. Total de AIH por Ano de Alta x Ano de Faturamento, 2000 - 2006.

Ano de Alta	Ano de Faturamento								Total de AIH no período 2000 - 2006
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
2000	11.814.404	700.099							12.514.503
2001		11.527.370	751.373						12.278.743
2002			11.482.826	816.068	185				12.299.079
2003				11.278.027	845.490	1			12.123.518
2004					11.108.183	840.379			11.948.562
2005						11.021.114	740.828	1	11.761.943
2006							10.921.671	726.476	11.648.147

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares / DATASUS - Ministério da Saúde

Isto justifica considerar o ano da alta hospitalar como opção para definir o período, visto que esta é a informação mais acurada do ano em que a hospitalização foi realizada, dentre aquelas disponíveis no SIH-SUS. Para que essa data possa ser utilizada é necessário importar os bancos de dados da AIH, que são arquivos reduzidos do tipo RD*.DBC, da Unidade da Federação de escolha, mês a mês, em todos os anos da análise.

A análise dos dados foi realizada através de estatística descritiva. Foi utilizado o software livre *RStudio* (versão 1.2.5019) para processamento dos dados, produção dos gráficos e tabelas, para exposição e interpretação dos resultados.

Para realização da análise exploratória das AIH foi necessário criar um banco de dados (Tabela 2). As variáveis consideradas para a criação deste banco utilizado nesta análise estão descritas como original e elaborada, considerando o período de janeiro de 2008 a dezembro de 2018. Variáveis descritas como “original” são aquelas que constavam no banco de dados original. Variáveis descritas como “elaborada”, são aquelas que não constavam no banco de dados original e foram elaboradas a partir de variáveis originais.

As análises das frequências relativa e absoluta das ICSAP e NICSAP, grupo ICSAP, faixa etária, sexo, e AP de residência, foram realizadas no software livre *RStudio* (versão 1.2.5019).

Tabela 2. Dicionário do Banco de dados.

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	TIPO	FONTE
CODMUN	Código do município em que ocorreu a internação.	Original	AIH
MUN_MOV	Município de residência do usuário que foi internado.	Original	AIH
ANO_CMPT	Ano de competência da internação.	Original	AIH
MES_CMPT	Mês de competência da internação.	Original	AIH
CEP	Cep de residência preenchido na AIH.	Original	Correios
AREA_PLANEJ	Área de Planejamento de residência de acordo com o Cep da AIH.	Elaborada	IPP
SEXO	Feminino, Masculino e Ignorado. O item ignorado foi incluído por constar como alternativa na AIH.	Original	AIH
IDADE	Idade em anos de acordo com Data de Nascimento informada na AIH.	Original	AIH
FAIXA_ETARIA	Foram consideradas as cinco faixas etárias: 0 a 9 anos; 10 a 19 anos; 20 a 29 anos; 30 a 59 anos; 60 anos e mais.	Elaborada	Excel
DIAG_PRINC	Causa preenchida que justificou a internação.	Original	AIH
CID10	CID 10 preenchido na internação de acordo com diagnóstico principal.	Original	AIH
TIPO_INTERNAC	Classificação do tipo de internação em ICSAP ou NICSAP.	Elaborada	Lista Brasileira CSAP
GRUPO_CSAP	Foram considerados os 20 grupos de causas e diagnósticos que constam na Lista Brasileira de CSAP (ANEXO I).	Elaborada	Lista brasileira CSAP
INTERNACOES_TT	Tipo da AIH, curta ou longa permanência.	Original	AIH

A vinculação da cobertura por ESF ao local de residência descrito na AIH é realizada através de tabulação em programa *Microsoft Excel®* (versão 2019 16.0.6742.2048), por listagem de CEP e bairros de residência, dados obtidos através de base de CEP dos Correios do ano de 2018.

Os dados das AIH no campo CID (preenchimento obrigatório) foram classificados para a obtenção e classificação das internações em NICSAP (não ICSAP) e ICSAP, segundo a Lista Brasileira de ICSAP (ANEXO I).

Primeiramente está identificada a evolução de cobertura potencial de ESF de acordo com o número de eSF por ano do período avaliado na cidade carioca (foi considerada a população estimada do IBGE por ano para o cálculo da cobertura). Após, estão expostos e interpretados os resultados das ICSAP em relação às internações gerais de todo o município do Rio de Janeiro, e o perfil por sexo e faixa etária selecionadas, e os grupos de causas.

Posteriormente, o mesmo está detalhado por AP, mantendo a identificação da cobertura na série histórica e a análise das ICSAP em relação às internações totais. Após a análise das ICSAP por AP, estão identificadas o perfil por sexo e faixa etária de acometimento, seguido dos grupos de ICSAP por AP e a variação % da distribuição desses grupos para análise da relação com o % de cobertura potencial populacional por eSF.

Foi calculado o coeficiente de correlação pearson para melhor análise da relação da evolução da cobertura potencial populacional por eSF e percentual de ICSAP entre 2008 e 2018, no município do Rio de Janeiro.

O coeficiente de correlação de Pearson (r) mede o grau da correlação linear entre duas variáveis quantitativas, sendo neste estudo o percentual de cobertura por eSF e o percentual ICSAP. O " r " é um índice adimensional com valores situados entre -1,0 e 1,0 inclusive, que reflete a intensidade de uma relação linear entre dois conjuntos de dados: $r = 1$ significa uma correlação perfeita positiva entre as duas variáveis; $r = -1$ significa uma correlação negativa perfeita entre as duas variáveis (se um aumenta o outro sempre diminui); $r = 0$ significa que as duas variáveis não dependem linearmente uma da outra (pode existir outra dependência "não linear"; assim, se resultado $r = 0$ deve ser investigado).

Para uma leitura mais dinâmica e elucidativa dos resultados encontrados e analisados, encontram-se apresentados os gráficos individuais das variáveis para o município do Rio de Janeiro, e a exposição de maior impacto por AP. Todos os gráficos de todas as variáveis foram realizados e estão disponíveis nos Apêndices deste trabalho, para conferência e avaliação dos resultados e discussão. Cabe ressaltar que houve falha na tentativa de qualificar a variável raça/cor para melhor análise do perfil demográfico, devido complete precária no preenchimento das AIH ser maior que 30%.

A criação de uma metodologia que possibilite comparações futuras, entre os municípios brasileiros, e dentro do próprio município, ao longo do tempo, apesar de suas limitações, torna-se fundamental para demonstrar a real necessidade de continuidade nos investimentos em APS, buscando melhorias na organização e coordenação do cuidado, principalmente em contextos de grandes iniquidades sociais, como o da capital Rio de Janeiro.

5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este estudo possui uma limitação quanto à sua validade interna, pois há influência tanto no diagnóstico da internação quanto à codificação das doenças pela CID-10 no momento do preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), quer seja pelo conhecimento clínico do médico ou por outros fatores organizacionais da unidade hospitalar.

Todavia, essa é a grande base de dados, composta de microdados, do Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS) com série histórica consolidada no sistema público de saúde brasileiro. Há que se considerar que a cobertura de saúde pelos planos privados é presente, havendo uma parte das internações que ocorrem no setor privado, e que não estão sendo consideradas na análise deste estudo.

Os estudos com taxas de ICSAP referem-se à análise proporcional de seus grupos, uma vez que as doenças de modo geral competem por um número de leitos hospitalares finitos (inferior à demanda), o que pode refletir em um aumento proporcional de condições competidoras se houver redução proporcional de um determinado grupo.

Confere saber que o fator humano é um agente que pode intervir tanto para a continuidade e lapidação da informação, como também para a quebra e a contravenção da mesma, sobretudo quando aqueles que trabalham diretamente na inserção e descrição desta não foram partícipes nos processos de criação, implantação ou reengenharia da mesma.

6. ASPECTOS ÉTICOS EM PESQUISA

A utilização da base de dados secundária, de domínio e acesso público, que não possui identificação nominal do paciente internado, isto é, a base de microdados das Autorizações para Internações Hospitalares (AIH) do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do Sistema Único de Saúde (SUS), disponível no site do DATASUS/MS, para o conjunto de municípios brasileiros, é irrestritamente pública.

Neste contexto, os aspectos éticos que envolvem seres humanos e em atendimento à Resolução CNS nº 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) serão respeitados, e será solicitado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da ENSP/Fiocruz, um “Parecer de Dispensa”, após a qualificação deste Projeto, conforme apontado pelo próprio CEP da ENPS/Fiocruz. (<http://andromeda.ensp.fiocruz.br/etica/node/200>)

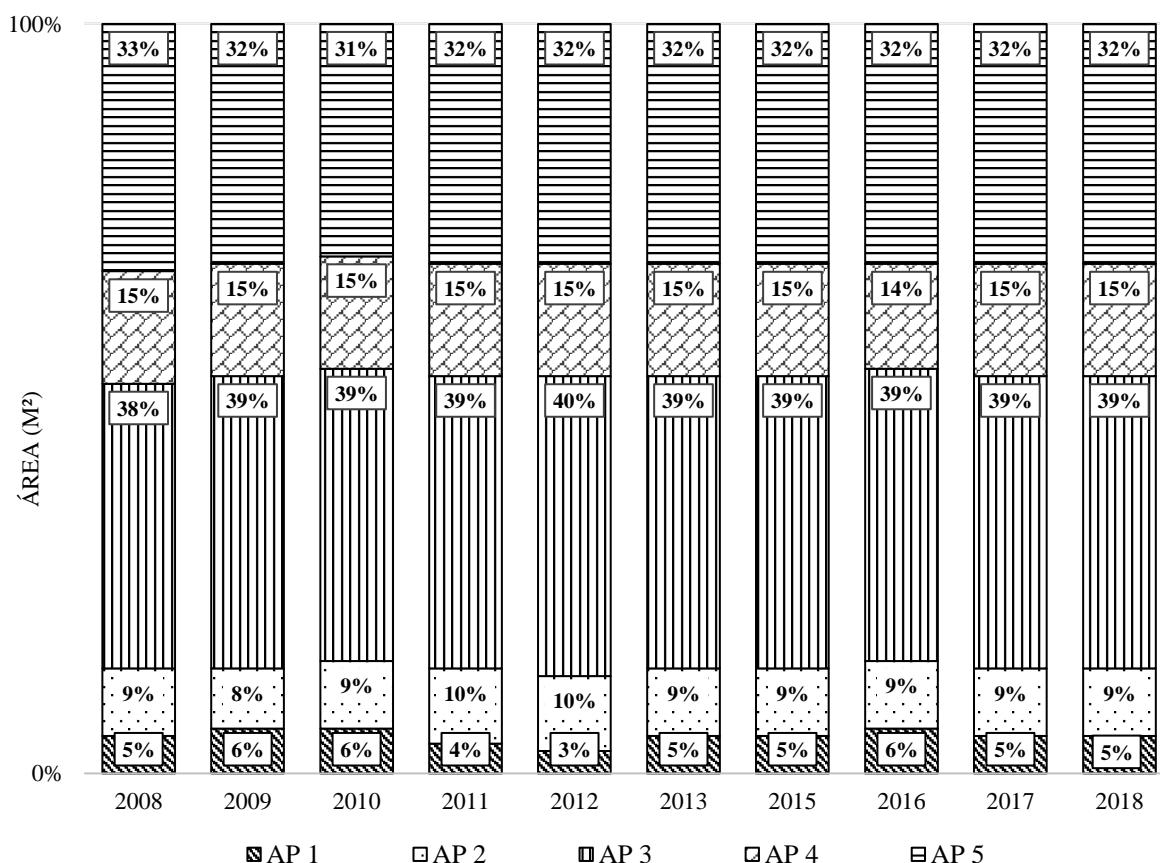
Portanto, este estudo, foi submetido ao CEP da ENSP/Fiocruz para obtenção do parecer supracitado, uma vez que utilizou dados secundários de domínio público. Entretanto foram respeitadas as normas vigentes no Brasil, relacionadas à ética em pesquisa com seres humanos. Os dados foram utilizados de forma global para análise e avaliação desta pesquisa, sem qualquer identificação ou vinculação individual.

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1. O contexto sociodemográfico do município do Rio de Janeiro.

A grande concentração de residentes em aglomerados subnormais, ‘favelas’, na AP 3, totaliza mais de 40% de ocupação da área geográfica de ‘favelas’ da cidade carioca, seguida pela AP 5 com 32% da área, conforme ilustrado no Gráfico 3. Nessa perspectiva, a AP 3 também concentra mais de 30% da população residente carioca, cerca de duas milhões de pessoas. Sendo assim, foi necessário investir na expansão da cobertura eSF desses territórios, em especial na AP 3 e 5 que concentram áreas de grande vulnerabilidade social e econômica, atrelado a altos índices de violência e, abrigam os bairros de Santa Cruz, Realengo, Complexo do Alemão, Maré e Manguinhos (IPP e IPEA, 2016).

Gráfico 3. Evolução percentual por áreas ocupadas pelas favelas cadastradas por AP, no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



Fonte: IPP - CTIC - Gerência de Estudos Habitacionais e Urbanos; Gerência de Cartografia e Cadastro Técnico, 2018 - Levantamento aerofotogramétrico 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2015 e imagem de satélite 2008, 2016, 2017 e 2018. Nota: A Resolução do Presidente do IBGE Nº 1/2005 estabeleceu o Sistema de Referência Geocêntrico para as Américas (SIRGAS) como novo sistema de referência geodésico para o Sistema Geodésico Brasileiro (SGB) e para o Sistema Cartográfico Nacional (SCN), em substituição ao SAD 69.

7.2. Sobre a cobertura potencial populacional eSF, proporção ICSAP, coeficiente de correlação de Pearson, e taxas ICSAP e NICSAP por 10 mil habitantes: análise por AP e para o município do Rio de Janeiro no período de 2008- 2018.

MENDONÇA (2016), identificou que a maior parte dos estudos com as ICSAP no Brasil utilizam a cobertura potencial por equipe de Saúde da Família como uma proxy do acesso à APS e, a maioria dos resultados demonstra associação positiva entre a cobertura potencial por eSF e a redução das ICSAP (ROSANO et. al, 2009; FERNANDES, 2009; MACINKO, 2010; FERREIRA, 2012; MACIEL, 2014; SORANZ et al, 2016).

A série histórica da distribuição percentual de cobertura potencial populacional por eSF e o indicador ICSAP indicam que há um aumento na cobertura no período de análise e, concomitantemente, uma redução significativa, porém não necessariamente paralela, nas taxas brutas ICSAP por 10.000 habitantes, conforme pode ser observado no Gráfico 4.

Tal fato destaca a importância do efeito tempo a ser considerado, que descreve um atraso entre a expansão da cobertura potencial populacional por eSF e a redução da proporção de ICSAP.

O coeficiente de correlação Pearson (r) foi calculado para melhor análise e validação dessa associação linear. A AP 2.2 (Gráfico 5a) é a única área que apresentou um comportamento diferente das demais AP; explicado pelo fato de ter sido a última AP a iniciar a expansão de cobertura de suas eSF e mesmo assim, com pouca expressão na expansão no período analisado.

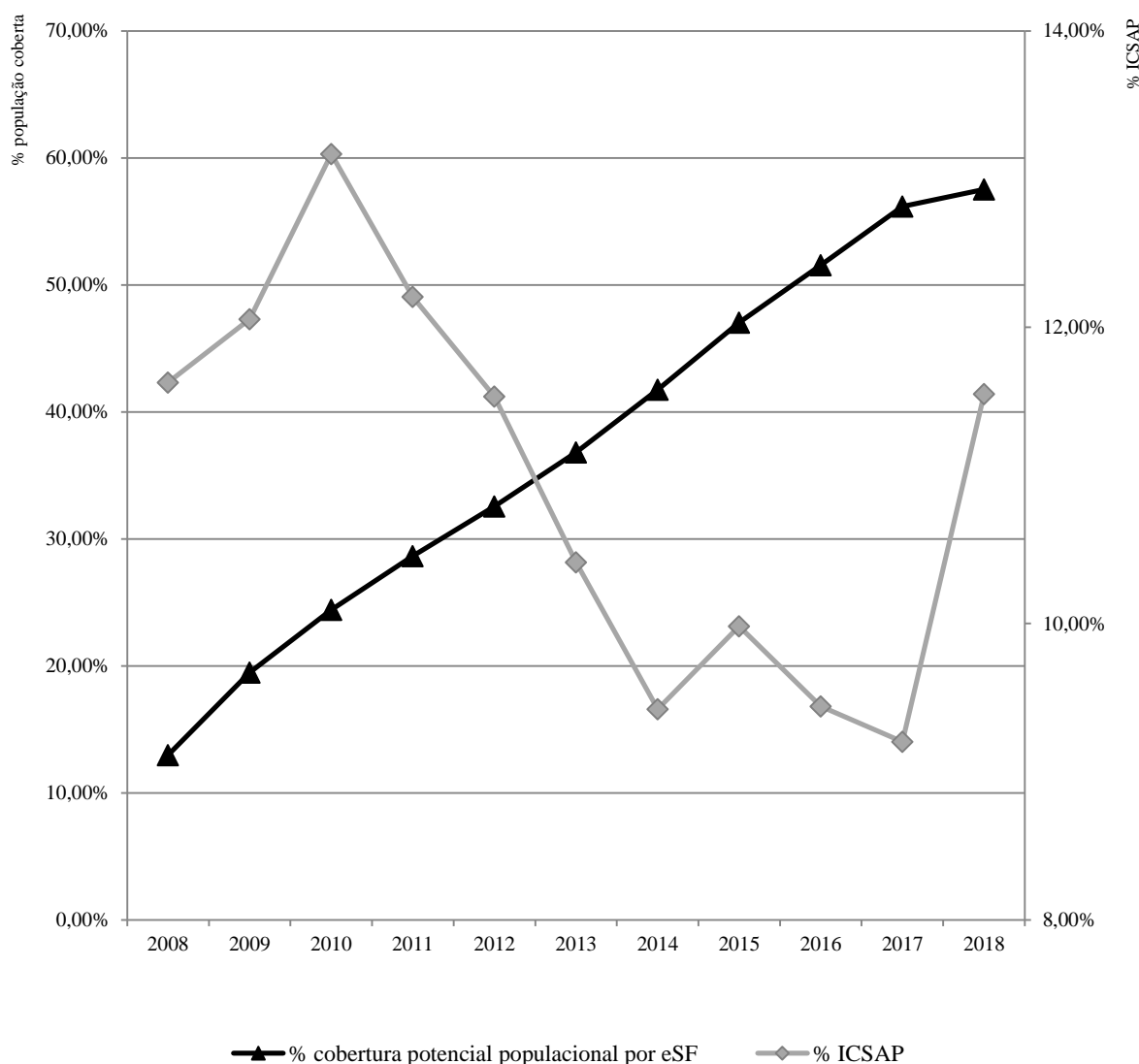
Conforme esperado, o ' r ' encontrado identifica forte associação negativa, ou seja, ao longo do período 2008-2018, na medida em que aumentou a cobertura potencial populacional carioca de eSF, houve redução da proporção das ICSAP, no município e em quase a totalidade das áreas de planejamento (Gráfico 5b).

Tendo como referência inicial o ano de 2008 (ano anterior à expansão da cobertura potencial populacional e à reforma da APS no Rio), observa-se que a expansão obteve um aumento significativo em todo o município, em especial após 2011, mantendo-se crescente até 2016, quando há estabilização seguida de declínio em 2018.

A proporção de ICSAP sobre o total de internações hospitalares decresceu de forma significativa a partir de 2011, havendo controle em 2015 seguido de decréscimo, e considerável aumento em 2018, ano atípico. Esta análise evidencia o primeiro achado desse estudo: que o efeito da expansão da cobertura eSF na redução da proporção de ICSAP não é imediato, ou seja, decorre em médio e longo prazo, sendo o ano de 2018 um ano destoante nessa associação.

Acreditamos que os dois últimos anos da série analisada, refletem um segundo efeito, tardio: a redução do número de profissionais por eSF, maior rotatividade dos mesmos e, também a diminuição do número de eSF completas, entre 2017 e 2018, quando comparadas às eSF completas entre 2014-2016 (SORANZ, 2017).

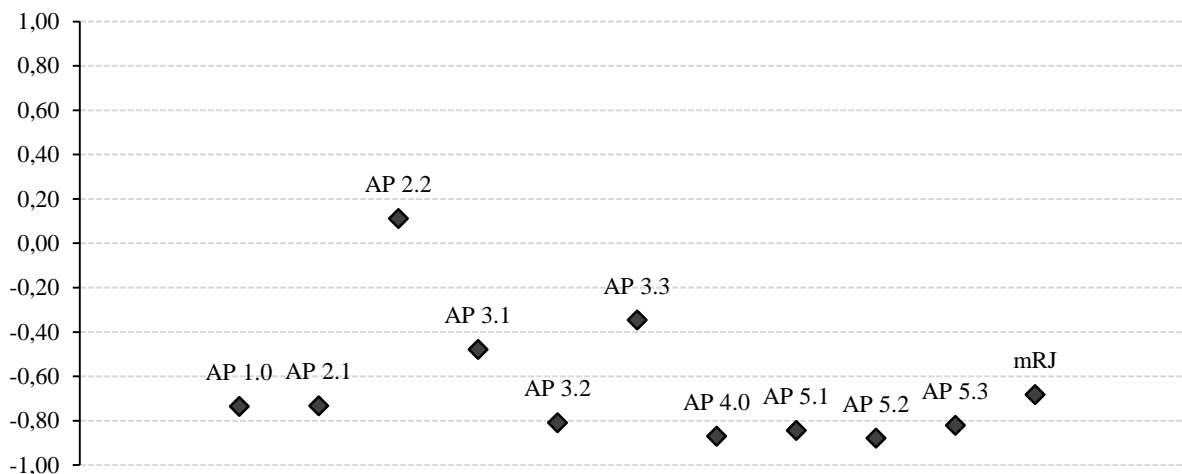
Gráfico 4. Análise temporal da cobertura potencial populacional de eSF x percentual de ICSAP de residentes do Rio de Janeiro, pela estimativa populacional do IBGE no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



Fonte: DSF/SAPS/MS, a partir do número de equipes tipo eSF implantadas.

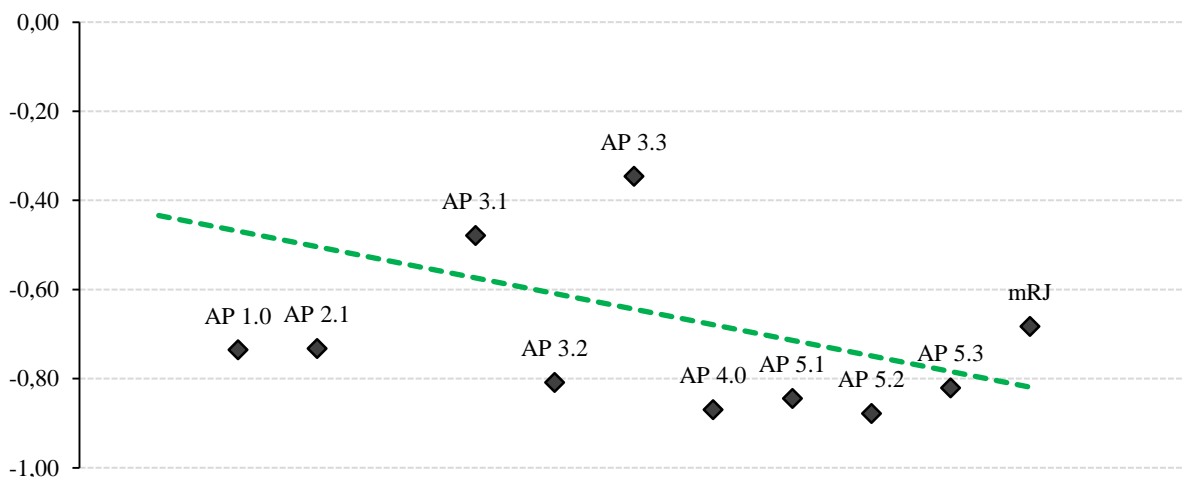
Nota: Considerou-se que uma eSF possui uma média de 3.450 pessoas cadastradas. Considerou-se a proporção ICSAP em relação ao total de internações hospitalares dos residentes do município do Rio de Janeiro, a partir dos microdados do SIH/SUS. Para os dados populacionais, foi considerada a estimativa anual do IBGE, estimativa populacional para o meio do ano, de cada ano de análise.

Gráfico 5a. Coeficiente de correlação Pearson (r) para percentual de cobertura potencial populacional de eSF e percentual de ICSAP, por AP de residência e no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



Fonte: DSF/SAPS/MS, a partir do número de equipes tipo eSF implantadas. Nota: Considerou-se que uma eSF possui uma média de 3.450 pessoas cadastradas. Considerou-se a proporção ICSAP em relação ao total de internações hospitalares dos residentes do Rio de Janeiro a partir dos microdados do SIH/SUS. Para os dados populacionais, foi considerada a estimativa anual do IPP, estimativa populacional para o meio do ano, de cada ano de análise. Legenda: Valores dos coeficientes de correlação de Pearson: AP 1.0: -0,74; AP 2.1: -0,73; AP 2.2: 0,11; AP 3.1: -0,48; AP 3.2: -0,81; AP 3.3: -0,35; AP 4.0: -0,87; AP 5.1: -0,84; AP 5.2: -0,88; AP 5.3: -0,82; mRJ: -0,68.

Gráfico 5b. Coeficiente de correlação Pearson (r) com linha de tendência para percentual de cobertura potencial populacional de eSF e percentual de ICSAP, por AP de residência e no município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



Fonte: DSF/SAPS/MS, a partir do número de equipes tipo eSF implantadas. Nota: Considerou-se que uma eSF possui uma média de 3.450 pessoas cadastradas. Considerou-se a proporção ICSAP em relação ao total de internações hospitalares dos residentes do Rio de Janeiro a partir dos microdados do SIH/SUS. Para os dados populacionais, foi considerada a estimativa anual do IPP, estimativa populacional para o meio do ano, de cada ano de análise. Legenda: Valores dos coeficientes de correlação de Pearson: AP 1.0: -0,74; AP 2.1: -0,73; AP 3.1: -0,48; AP 3.2: -0,81; AP 3.3: -0,35; AP 4.0: -0,87; AP 5.1: -0,84; AP 5.2: -0,88; AP 5.3: -0,82; mRJ: -0,68.

Estudo que analisou a relação da expansão de cobertura potencial eSF e redução da proporção de ICSAP para a cidade do Rio de Janeiro, entre 2009-2016, concluiu que: *é de se esperar que uma atenção primária com alta cobertura, boa estrutura física, profissionais bem formados e processos de trabalhos organizados tenham melhores resultados e possam resolver problemas dos pacientes evitando internações desnecessárias, isto é, o manejo clínico na APS preveniria a evolução de certas doenças para estágios em que a internação é necessária* (SORANZ, 2017).

No período de 2009-2016, a expansão da ESF no Rio de Janeiro deu prioridade às áreas de maior carência assistencial na tentativa de ampliar a cobertura por contiguidade territorial, fazendo com que diversos bairros atingissem 100% de cobertura de eSF. No total, no período de análise deste estudo (2008-2018), foram inauguradas 123 Clínicas da Família sendo 115, no período de 2009-2016 e 08 no período de 2017-2018 (informação disponível em CNES).

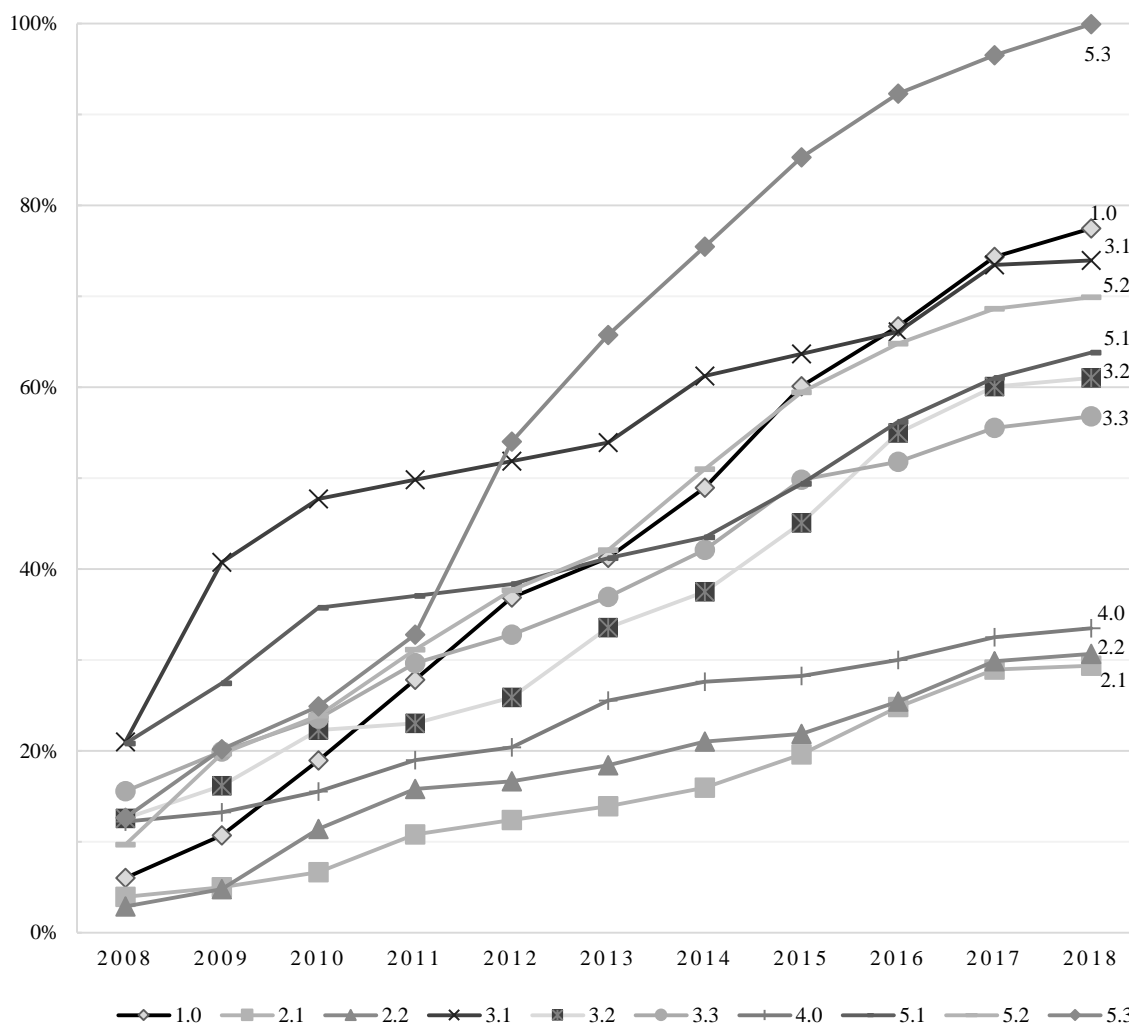
No total, até abril de 2020 existiam 123 Clínicas da Família no município do Rio de Janeiro (ANEXO III). Essas unidades de saúde são estruturalmente adequadas e equipadas, desde insumos a inovações tecnológicas, contribuindo para maior capacitação e formação das equipes de atendimento, e a incorporação do maior Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, para fomentar a oferta de profissionais para a rede (JUSTINO et al, 2016).

Desde meados da década de 2010, a rede de atenção primária é composta por dois tipos de unidades: tipo A (unidades de saúde onde todo o território é coberto por equipes de Saúde da Família); tipo B (unidades de saúde tradicionais reformadas, que possuem equipes de Saúde da Família e, equipes de Atenção Básica que cobrem parcialmente o território).

As Clínicas da Família e Centros Municipais de Saúde são unidades de saúde com estrutura adequada para um bom atendimento e boas práticas da APS, incluindo suporte diagnóstico como raios-x, ultrassom e coleta de exames laboratoriais, além de disporem de inovações tecnológicas, consultórios informatizados com prontuário eletrônico, e acesso à internet. Essas condições quando implantadas, não se restringiram aos aspectos estruturais, tendo havido uma grande valorização profissional com a incorporação de outro Programa de Residência, o de Enfermagem de Família e a Multidisciplinar, para garantir a atuação de profissionais especialistas frente ao crescimento das unidades. Esse novo Programa iniciou com a oferta de 60 vagas em 2015, e já em 2020, em parceria com a UFRJ e UERJ abriu 104 vagas de R1 (RIO DE JANEIRO, 2014; 2019).

Seguindo o princípio da equidade, a implantação das eSF na capital carioca se deu prioritariamente em Áreas de Planejamento que possuíam maior vulnerabilidade social e econômica. A distinta velocidade de evolução no percentual de cobertura potencial em cada uma das dez AP do município do Rio de Janeiro pode ser observada no Gráfico 6, e decorre das peculiaridades locorregionais, seja por vulnerabilidade social, seja por ausência de estabelecimentos de saúde da rede, identificadas em diagnósticos territoriais prévios e apontadas para serem priorizadas nos planejamentos de saúde dos Planos Municipal de Saúde (PMS), Estratégico e Plurianual (PPA) elaborados durante a Reforma da APS no Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2009; 2010; SORANZ, 2017).

Gráfico 6. Evolução da cobertura potencial populacional por eSF por Área de Planejamento - Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



Fonte: DSF/SAPS/MS, a partir do número de equipes tipo ESF implantadas (isto é, equipes com apoio financeiro do MS). Nota: Considerou-se para a cobertura, que uma eSF possui uma média de 3.450 pessoas cadastradas. Para os dados populacionais, foi considerada a estimativa populacional anual do IPP, para o meio do ano, de cada ano de análise.

Nesse cenário, a AP 1.0 merece destaque no período - possuía cobertura potencial de cerca de 6% obtendo quase 78% ao fim de 2018 - apesar de conter vasto aparato de estabelecimentos de saúde disponíveis nesta região central da cidade, também possui a menor extensão de área geográfica (m²), possuindo grande parte de sua população residente de aglomerados subnormais e população trabalhadora de outros bairros e municípios do Estado, com intenso movimento de migração pendular.

Já a AP 2.1 apesar de contemplar o maior IDH entre as AP (com exceção do bairro da Rocinha que ocupa 32º posição no ranking), possui a maior carga de doenças crônicas não transmissíveis devido ao avançado perfil etário da população residente. Essa AP partiu de 3% de cobertura potencial de eSF, ampliando para 30% ao término de 2016. A área também carece de cuidados prolongados e por vezes, de maior tempo demandado de cuidado aos seus usuários, em elevada proporção de idosos, com morbidades.

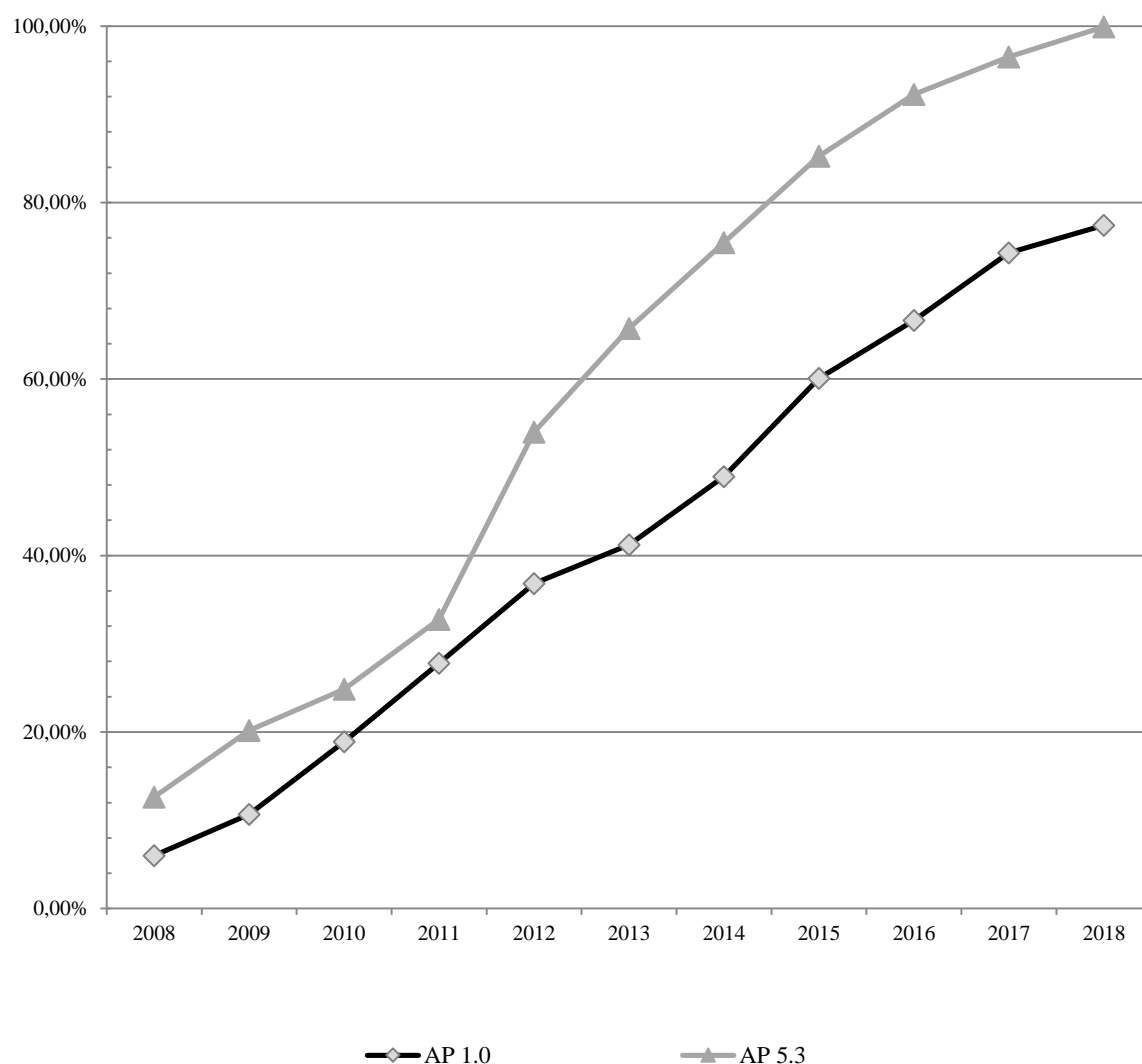
No grupo das AP 3, a AP 3.1 possuía no início da série, em torno de 21% de cobertura potencial eSF. A seguir, obteve significativo investimento na cobertura e, atingiu 50% em 2011 e 70% em 2016. A AP 4.0 é a segunda maior em extensão territorial, com 294Km², aproximadamente ¼ do território carioca. Esta região ainda é um vetor de expansão urbana de média e alta renda, e obteve crescimento de 20% na cobertura potencial, saindo de cerca de 10% para mais de 33% em 2018.

No grupo das AP 5 devido ao vazio assistencial atrelado a grande vulnerabilidade social, essa área obteve prioridade para o início da implantação das eSF já em 2009. No início da expansão, a AP 5.3 contava com cobertura potencial populacional de cerca de 10%, e após elevado investimento realizado na APS, atingiu 100%. No que tange a cobertura potencial por ESF, é a única AP (Gráfico 7) do município carioca a atingir 100% de cobertura.

Cabe ressaltar que foi considerado o número de equipes implantadas (número de equipes pagas pelo Ministério da Saúde) no período analisado, que não é igual ao número cadastrado pela SMS-RJ (número de equipes em atividade) e nem igual ao número credenciado (teto de equipes previamente autorizado pelo Ministério da Saúde).

A informação sobre estas equipes é diretamente vinculada ao portal do DATASUS do MS, que é alimentado pelos dados informados pelas Unidades de saúde através do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde (CNES), com atualização mensal, ou seja, a competência atual se refere sempre ao mês anterior.

Gráfico 7 - Evolução da cobertura potencial populacional por eSF nas AP 1.0 e AP 5.3 - Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



Fonte: DSF/SAPS/MS, a partir do número de equipes tipo ESF implantadas (equipes com apoio financeiro do MS). Nota: Considerou-se para a cobertura, que uma eSF possui uma média de 3.450 pessoas cadastradas. Para os dados populacionais, foi considerada a estimativa populacional anual do IPP, para o meio do ano, de cada ano de análise.

Durante o período analisado, a evolução do nº de eSF na cidade carioca obteve um aumento maior que 700%, iniciando 2008 com 150 eSF, atingindo 2016 com 1.183 eSF, e em 2018, retroagindo para 1.171, isto é, os dois últimos anos analisados (2017-2018) refletem a diminuição do número de eSF no município do Rio de Janeiro. Por outro lado, este dado ganha maior relevância ao considerarmos o mesmo critério de responsabilidade sanitária de uma eSF para a cobertura de pessoas cadastradas (1 eSF em média sendo responsável por 3.450 habitantes), que nesse período passou de 7% (cerca de meio milhão de cariocas), para mais de 60%, abrangendo mais de quatro milhões de cariocas (Gráfico 8).

No Gráfico 8 com a evolução de equipes por AP apresentado, o número de equipes cadastradas ativas no período era superior ao número apresentado de equipes implantadas, pois a SMS-RJ durante um período custeou sozinha dezenas de eSF (Tabela 3).

Isso se deu ao fato de que, durante o período do 2º semestre de 2016 e 1º semestre de 2017, não havia o credenciamento e pagamento de novas equipes pelo Ministério da Saúde (2016). Equipes em atividade, não estavam habilitadas em Portaria pelo MS, apesar de estarem em pleno funcionamento e atuantes no território com cadastro ativo no CNES (equipes cadastradas).

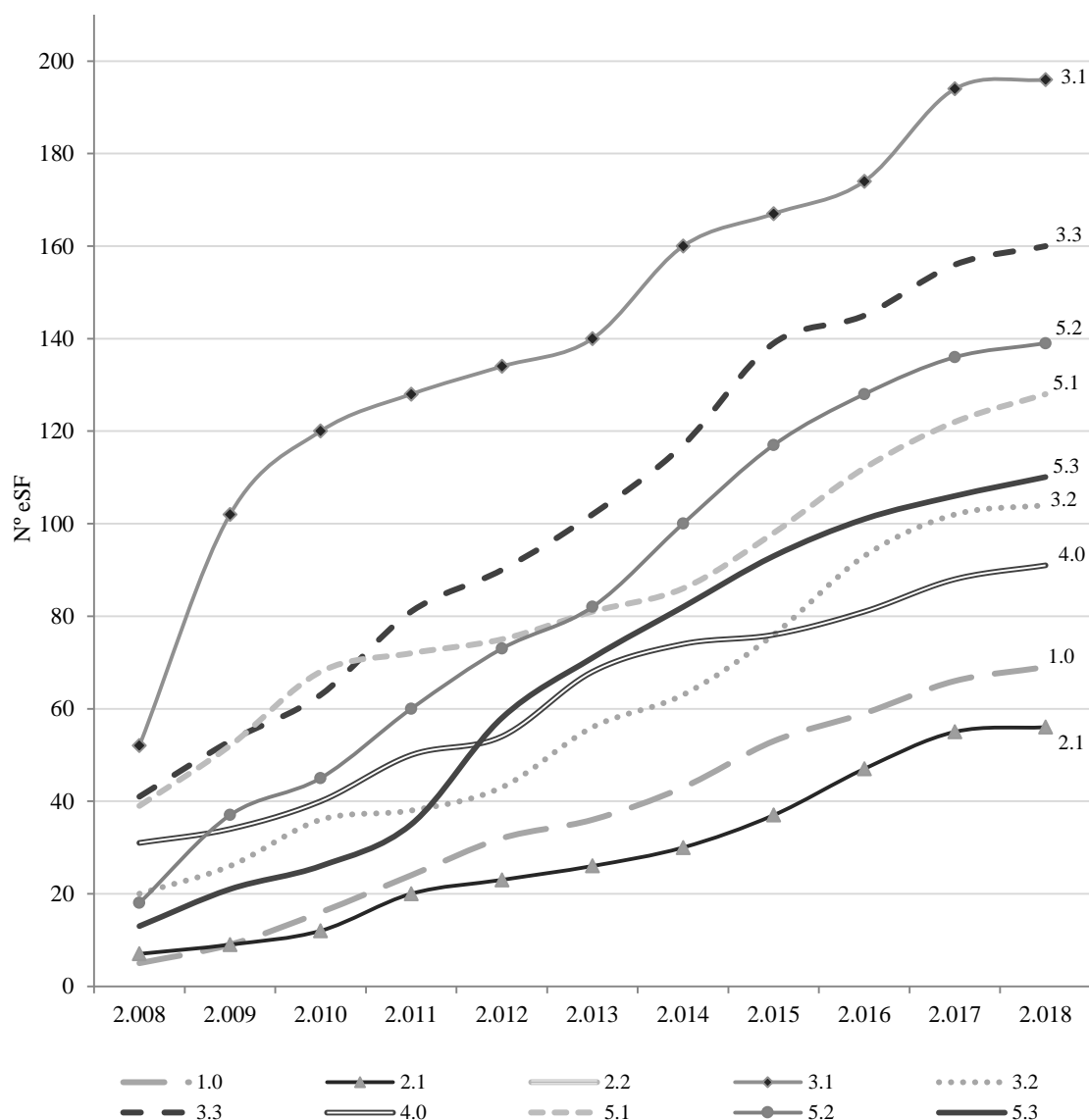
Na competência de novembro de 2016, fica claro este fato, onde o município do Rio de Janeiro apresentou um número muito superior de eSF cadastradas (1.224) em relação ao número de eSF implantadas (971). Esta diferença, no período de maio de 2016 a maio 2017 foi de exorbitantes 217 equipes cadastradas e “não implantadas segundo o CNES”, ou seja, quase 750 mil cariocas estão fora das estatísticas oficiais de equipes implantadas segundo o Ministério da Saúde no final do ano de 2016.

Tabela 3. Credenciamento e implantação das equipes de estratégia Saúde da Família, Município do Rio de Janeiro, 2016 – 2017.

Competência Mês / Ano	Nº eSF cadastradas	Nº eSF implantadas	Competência Mês / Ano	Nº eSF cadastradas	Nº eSF implantadas
JUL/2016	976	970	JAN/2017	1.188	967
AGO/2016	1.006	969	FEV/2017	1.238	969
SET/2016	1.027	970	MAR/2017	1.240	970
OUT/2016	1.092	958	ABR/2017	1.220	970
NOV/2016	1.124	951	MAI/2017	1.232	970
DEZ/2016	1.127	958	JUN/2017	1.238	970

Fonte: e-Gestor AB, MS/SAPS/DESF.

Gráfico 8 – Evolução temporal do nº de equipes de Saúde da Família por área de planejamento (AP) - Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



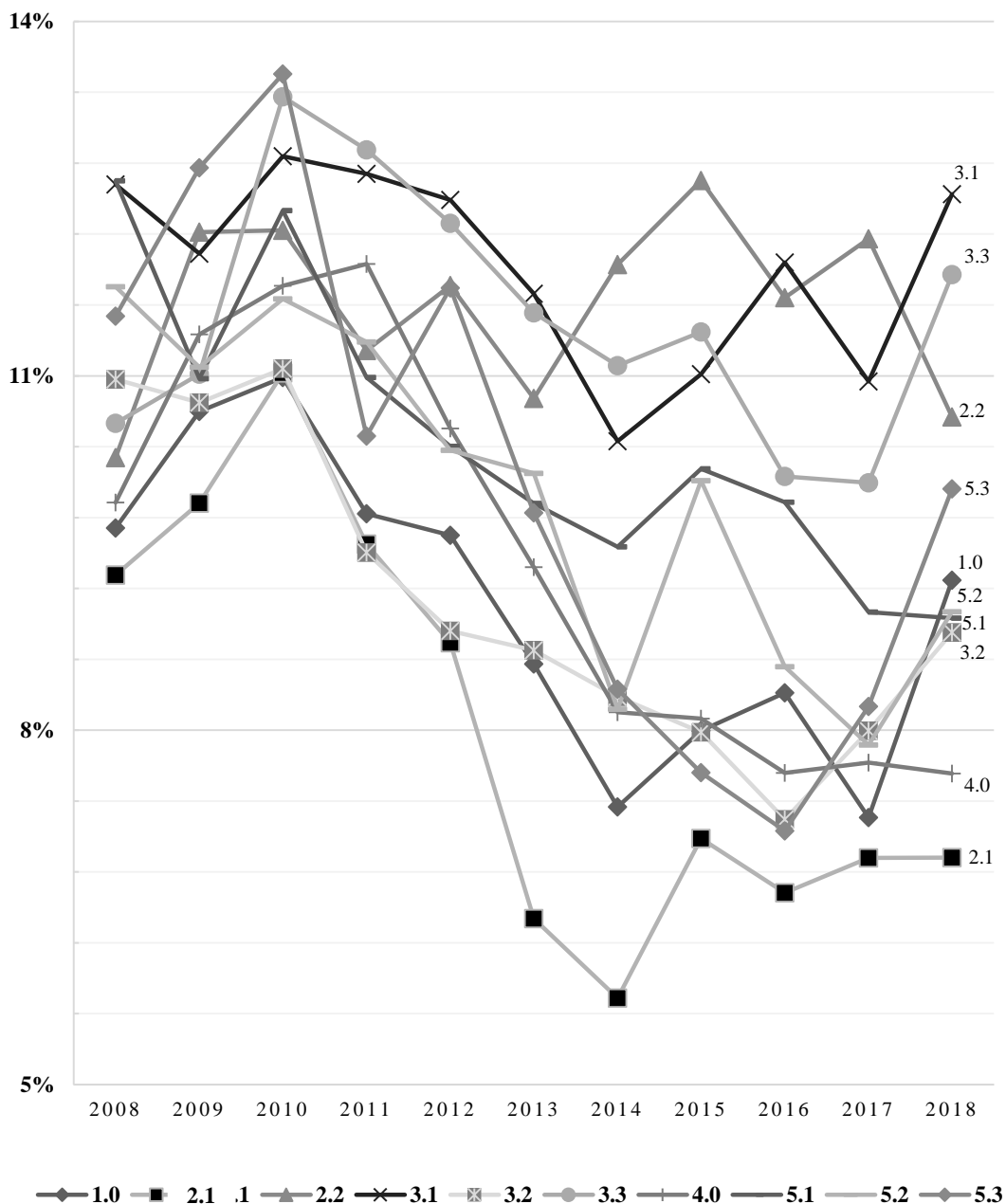
Fonte: Elaboração própria, CNES/MS, número de equipes implantadas.

Nota: No município do Rio de Janeiro o número de equipes implantadas (financiadas pelo MS) era inferior ao número de equipes cadastradas (ativas na prática), pois no ano de 2016/2017, o MS não fez o repasse financeiro ao município do Rio de Janeiro no mês de referência de criação das eSF, entre junho/2016 e maio/2017.

O histórico crescimento desordenado da cidade é um dos fatores que têm impacto direto no setor saúde, tanto pelo aumento da violência urbana, quanto pela dificuldade de acesso de parte da população aos serviços públicos de saúde. A distribuição da proporção das ICSAP em relação ao total de internações ao ano de acordo com a AP de residência no Rio de Janeiro, está ilustrada no Gráfico 9, e auxilia na interpretação dos valores acerca das internações passíveis de intervenção pelas eSF.

Cabe ressaltar que o SIH-SUS não identifica se a utilização da AIH foi por pessoa coberta por eSF, o que pode dificultar essa análise. Consideramos como proxy para essa cobertura, o local de residência dos usuários (dados agregados por bairro).

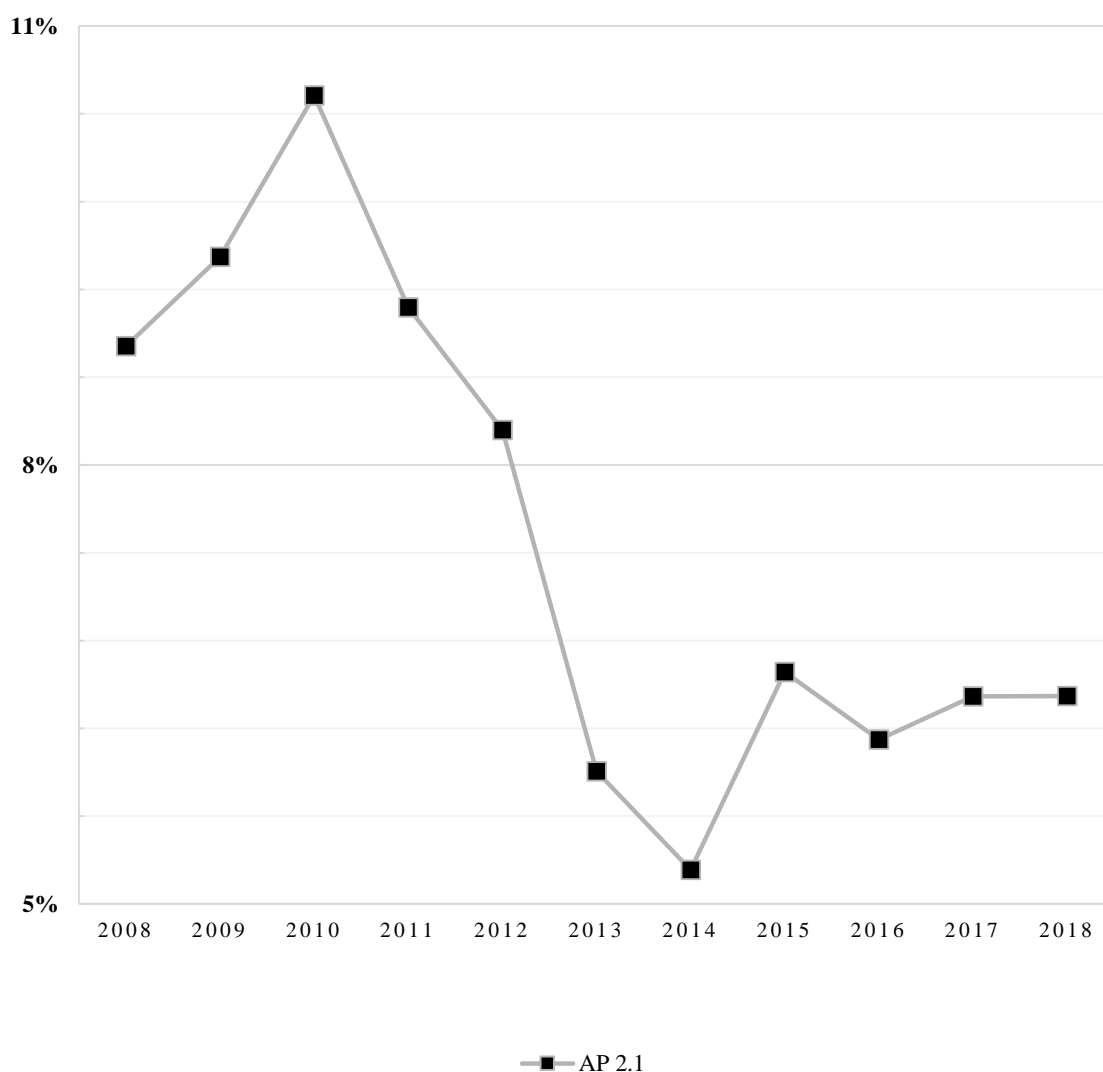
Gráfico 9 - Evolução temporal da proporção das ICSAP em relação ao total de internações hospitalares por AP de residência - Município do Rio de Janeiro - 2008 – 2018.



Fonte: Elaboração própria, a partir dos microdados do Sistema de Informação Hospitalar, SIH-SUS.
 Nota: Considerou-se o percentual ICSAP por AP de residência por ano, em relação ao total de internações hospitalares por AP de residência por ano, no município do Rio de Janeiro.

Chama-nos a atenção para a tendência observada na AP 2.1 (Gráfico 10), aquela com o melhor desempenho na redução do percentual de ICSAP em relação ao total de internações no período entre 2008 e 2018, entre os moradores das dez AP do município do Rio de Janeiro. O maior impacto ocorreu no ano 2013, atingindo aproximadamente 5% em 2014, menor valor encontrado para a proporção ICSAP durante o período de análise deste estudo para residentes da capital carioca.

Gráfico 10 - Evolução temporal da proporção das ICSAP em relação ao total de internações hospitalares por residentes da AP 2.1 - Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



Fonte: Elaboração própria, a partir dos microdados do Sistema de Informação Hospitalar, SIH-SUS.

Nota: Considerou-se o percentual ICSAP de residentes da AP 2.1 por ano, em relação ao total de internações hospitalares por AP de residência por ano, no município do Rio de Janeiro.

7.2.1. Sobre as taxas brutas ICSAP e NICSAP por 10 mil habitantes: análise por AP e para o município do Rio de Janeiro no período de 2008- 2018.

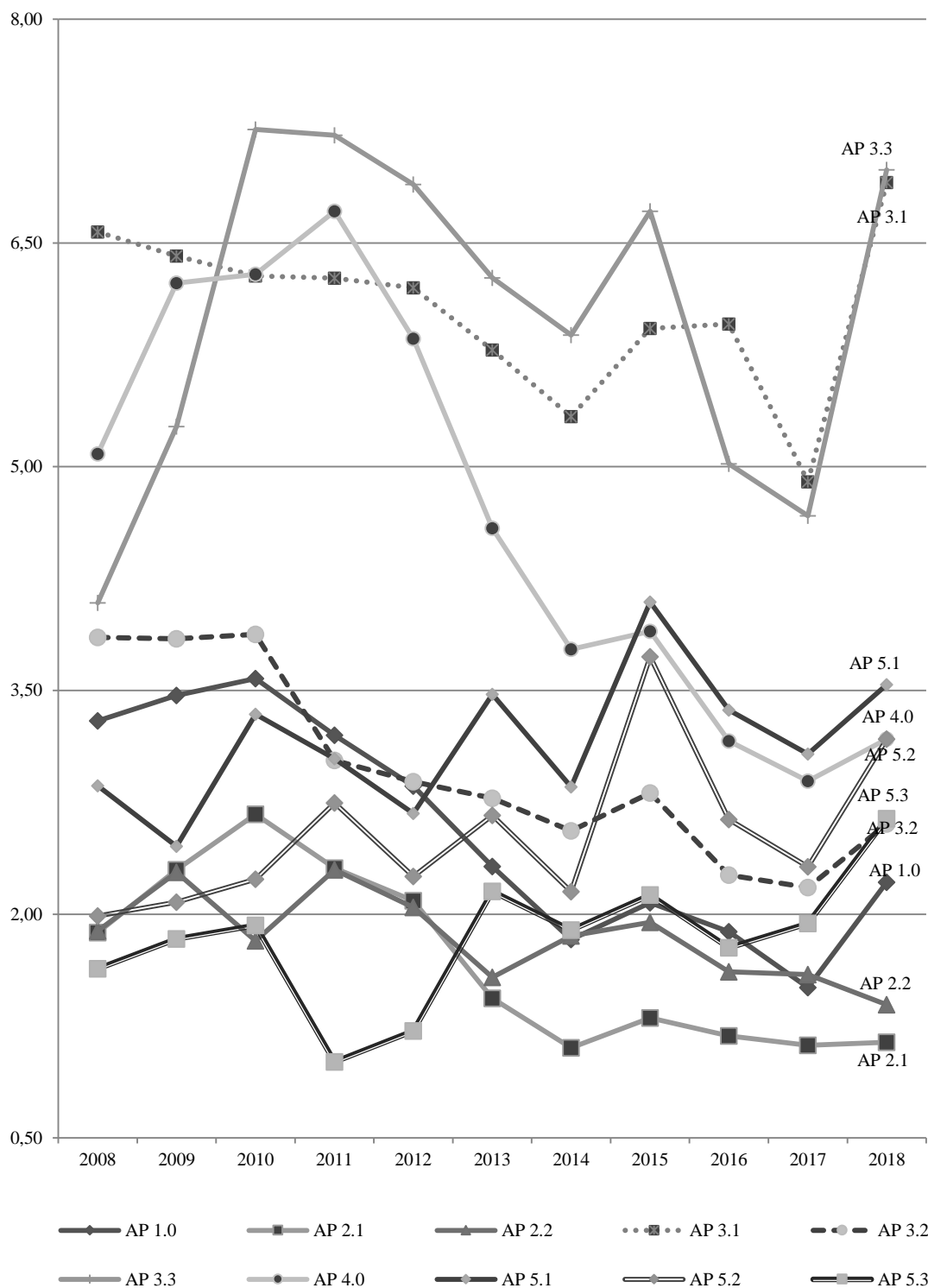
Uma outra forma de analisar as internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) é utilizar uma população-padrão de referência, para reduzir os efeitos da estrutura etária de cada área de planejamento (com maior ou menor proporção de idosos, por exemplo). Após a realização dessa técnica demográfica, pelo método direto, considerando uma população-padrão, por exemplo, a população-residente do município do Rio de Janeiro do Censo Demográfico 2010, calculam-se as “taxas brutas” por 10.000 habitantes para as ICSAP e para as NICSAP.

Contudo, a falta de disponibilidade de estimativas por sexo e/ou faixa etária para as AP impediu que as mesmas fossem calculadas. Havia apenas as estimativas do Instituto Pereira Passos (IPP) para a população-residente total por AP. Por isso, optou-se pelo cálculo das taxas brutas de ICSAP e NICSAP por 10.000 habitantes. É importante também se avaliar as NICSAP para se comparar as tendências temporais entre ambas as taxas e verificar se o possível efeito de redução das taxas ICSAP se refletem na segunda taxa.

Quando analisadas a evolução temporal das taxas brutas ICSAP em relação ao total de internações no período de 2008 a 2018, há diferenças observadas durante a década entre as AP, estando relacionadas a diferentes fatores: precariedade na informatização das AIH em 2008; perda de 3,5% das ICSAP do período analisado que não continham CEP e/ou bairro de residência; aumento do acesso com expansão da cobertura das eSF; disputa finita por leitos hospitalares; dentre outros.

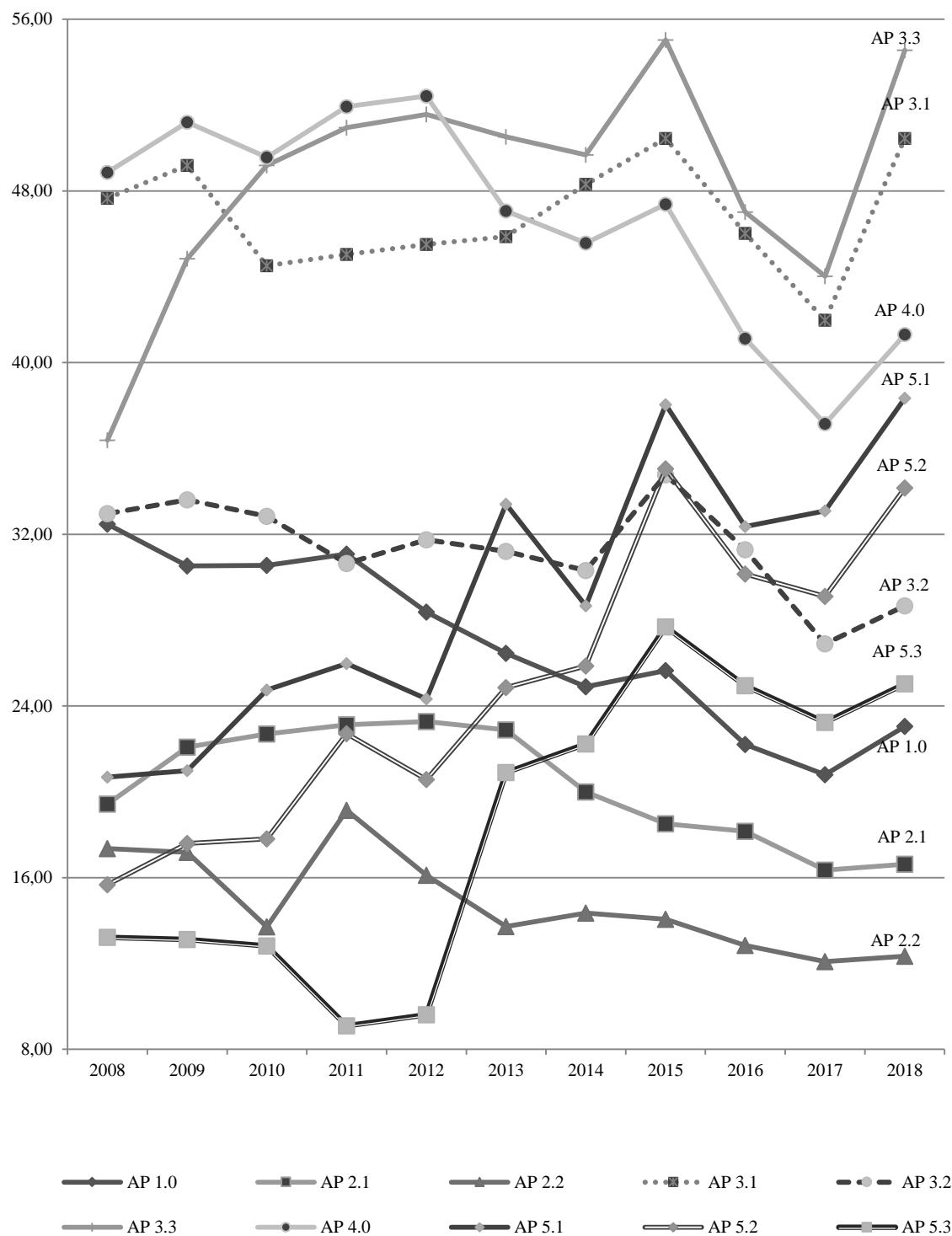
Sendo assim, foram calculadas as taxas brutas para 10.000 habitantes, de internações por condições sensíveis à APS (ICSAP), e de internações por condições não sensíveis à APS (NICSAP), utilizando como referência a estimativa populacional anual por AP do IPP. Os Gráficos 11 e 12, ilustram as respectivas taxas ICSAP e NICSAP por AP, para fins de comparação ao longo do período deste estudo. Tanto as hospitalizações por CSAP quanto as NICSAP, na capital carioca, mostraram tendência de declínio ao longo do período estudado, com exceção de 2018, com aumento atípico. Porém, as taxas de ICSAP sofreram uma maior redução entre 2008-2015, que parece ser explicada, em grande parte, pela consolidação da expansão de cobertura potencial populacional por eSF.

Gráfico 11. Distribuição das taxas brutas de ICSAP por 10.000 habitantes no SUS, por AP de residência no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



Fonte: Elaboração própria, a partir da leitura e crítica dos microdados das AIH mensais reduzidas, disponíveis no site do DATASUS/MS. Nota: A taxa bruta considerou o número de AIH no SUS de municípios por AP de residência do Rio de Janeiro, por 10.000 habitantes, pela população estimada por ano por AP do IPP. Legenda: ICSAP = internações por condições sensíveis à atenção primária.

Gráfico 12. Distribuição das taxas brutas de NICSAP por 10.000 habitantes no SUS, por AP de residência no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



Fonte: Elaboração própria, a partir da leitura e crítica dos microdados das AIH mensais reduzidas, disponíveis no site do DATASUS/MS. Nota: A taxa bruta considerou o número de AIH no SUS de munícipes por AP de residência do Rio de Janeiro, por 10.000 habitantes, pela população estimada por ano por AP do IPP.

Legenda: NICSAP = internações por condições não sensíveis à atenção primária.

7.3. Sobre a análise das ICSAP por sexo e faixa etária para o município do Rio de Janeiro e as AP, no período de 2008-2018.

Durante o período, as internações hospitalares de moradores do município do Rio de Janeiro por CSAP foram majoritariamente do sexo feminino (62,81%), com exceção na faixa etária de 0 a 9 anos, em que o sexo masculino prevalece 10% maior, e na faixa etária de 60 anos e mais, com maior frequência do sexo masculino desde 2011, e mais evidente a partir de 2014 (Gráficos 13 e 14). O maior risco de internações de idosos do sexo masculino também foi observado em estudo realizado no estado do Rio de Janeiro (ROMERO, 2010). O diferencial de gênero poderia ser explicado por atitudes comportamentais relacionadas a hábitos, estilo e padrões de vida, sendo os homens mais expostos aos riscos à saúde ao longo da vida e por buscarem menos os serviços de prevenção e promoção da saúde quando comparados às mulheres.

Foi verificada a tendência de redução das taxas ICSAP por 10.000 habitantes durante toda a década, para ambos os sexos e faixas etárias, com exceção de habitantes entre 20 e 59 anos de idade, que obteve maior redução para o sexo masculino.

O somatório consolidado anual por faixa etária e sexo de cada AP ao longo de 2008-2018, se mostrou próximo ao perfil do município do Rio de Janeiro, com algumas exceções identificadas na Tabela 4.

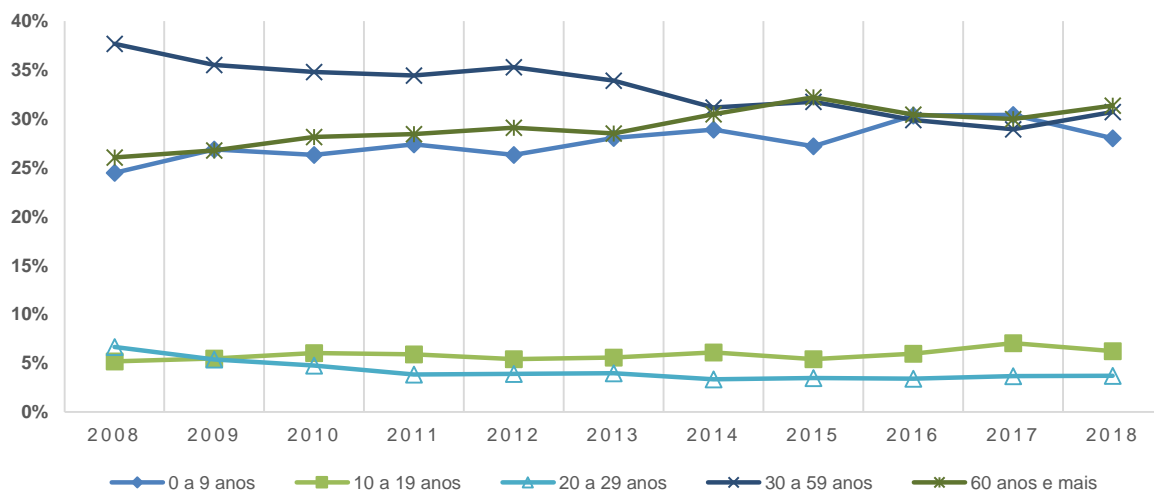
Na análise por AP há exceções, como na AP 1.0, que possui predomínio das ICSAP no sexo masculino nas faixas etárias de 0 a 9 anos e de 30 anos em diante. A AP 2.1 manteve as taxas brutas ICSAP com perfil próximo ao municipal, com predominância no sexo feminino, em especial atenção nos anos de 2009 e 2016 na faixa etária 60 anos e mais, possuindo percentual inferior ao municipal. Já a AP 2.2 mantém para as ICSAP a predominância municipal no sexo feminino, salvo o grupo etário de 0 a 9 anos para o sexo masculino, cuja faixa etária para ambos os sexos era 20% acima do percentual municipal.

Já o perfil de ICSAP encontrado na AP 3.1 para o sexo masculino na faixa etária 60 anos e mais, a partir de 2012, possui 5% acima do perfil municipal. A AP 3.2 apresenta na faixa etária de 0 a 9 anos para o sexo masculino 10% acima do município do Rio de Janeiro, nos últimos três anos do período analisado. A AP 3.3 apresentou a mesma tendência de queda das ICSAP que o município, em especial na faixa etária de 30 a 59 anos para ambos os sexos.

A AP 4.0 identificou na última década o predomínio das ICSAP no sexo feminino, com exceção de 0 a 9 anos e 30 – 59 anos. Na AP 5.1, a brusca redução das ICSAP no sexo masculino para 20 a 29 anos nos quatro primeiros anos de análise chama a atenção para um provável

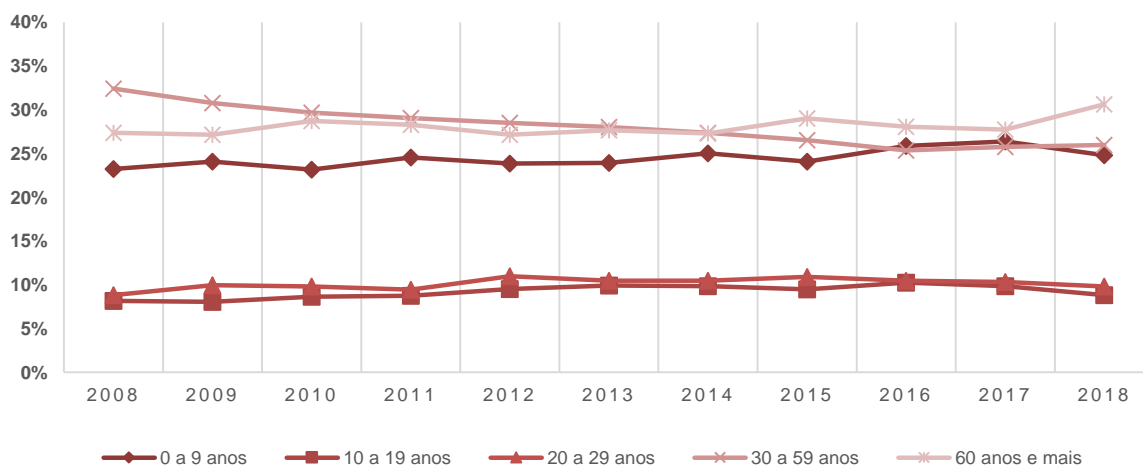
aumento no acesso aos serviços de saúde nessa área, acompanhado de aumento no mesmo sexo de 0 a 9 anos. A AP 5.3 também evidencia aumento brusco na faixa etária de 0 a 9 anos, principalmente no sexo masculino, de 2008 a 2012. Na AP 5.2 houve redução de ICSAP para ambos os sexos, de 30 a 59 anos de idade, sendo maior de 2008 a 2013.

Gráfico 13. Evolução percentual do peso relativo anual da faixa etária das ICSAP de residentes do sexo masculino no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



Fonte: Elaboração própria, a partir da leitura e crítica dos microdados das AIH mensais reduzidas, disponíveis no site do DATASUS/MS. Nota: Consideradas apenas as ICSAP para o perfil demográfico por sexo e faixa etária, agrupada em cinco categorias, dos municípios do Rio de Janeiro. Em cada ano, o total 100% corresponde a soma das faixas etárias.

Gráfico 14. Evolução percentual do peso relativo anual da faixa etária das ICSAP de residentes do sexo feminino no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



Fonte: Elaboração própria, a partir da leitura e crítica dos microdados das AIH mensais reduzidas, disponíveis no site do DATASUS/MS. Nota: Consideradas apenas as ICSAP para o perfil demográfico por sexo e faixa etária, agrupada em cinco categorias, dos municípios do Rio de Janeiro. Em cada ano, o total 100% corresponde a soma das faixas etárias.

Tabela 4. Distribuição da proporção de ICSAP e peso relativo anual das faixas etárias selecionadas e sexo masculino e feminino, por AP de residência e para o Município do Rio de Janeiro - 2008 – 2018.

	Faixa etária	Sexo	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Mun. RJ	0 a 9 anos	F	23,25%	24,08%	23,15%	24,54%	23,86%	23,92%	25,01%	24,07%	25,86%	26,36%	24,80%	
		M	24,47%	26,85%	26,30%	27,38%	26,29%	28,05%	28,91%	27,19%	30,32%	30,38%	28,02%	
	10 a 19 anos	F	8,16%	8,06%	8,63%	8,73%	9,50%	9,92%	9,85%	9,49%	10,26%	9,83%	8,82%	
		M	5,18%	5,50%	6,03%	5,92%	5,42%	5,58%	6,11%	5,42%	5,97%	7,04%	6,23%	
	20 a 29 anos	F	8,82%	9,95%	9,81%	9,44%	10,97%	10,48%	10,48%	10,91%	10,48%	10,32%	9,81%	
		M	6,66%	5,39%	4,76%	3,85%	3,92%	3,97%	3,35%	3,47%	3,41%	3,68%	3,72%	
	30 a 59 anos	F	32,42%	30,76%	29,68%	29,03%	28,51%	28,03%	27,36%	26,54%	25,34%	25,74%	25,96%	
		M	37,66%	35,50%	34,78%	34,43%	35,28%	33,89%	31,16%	31,72%	29,87%	28,91%	30,68%	
	60 anos e mais	F	27,36%	27,15%	28,73%	28,26%	27,16%	27,66%	27,30%	28,99%	28,07%	27,74%	30,62%	
		M	26,04%	26,76%	28,13%	28,43%	29,09%	28,51%	30,48%	32,19%	30,42%	29,98%	31,35%	
	AP 1.0	0 a 9 anos		35,67%	35,86%	32,89%	28,94%	31,15%	28,92%	27,75%	27,98%	32,34%	30,46%	27,93%
		30 a 59 anos	M	31,00%	28,11%	32,65%	33,02%	36,09%	35,23%	31,07%	34,29%	29,83%	23,53%	25,26%
60 anos e mais			22,46%	25,46%	23,81%	26,81%	24,60%	26,82%	32,73%	29,08%	27,00%	25,63%	24,96%	
AP 2.1	60 anos e mais	F	20,87%	27,15%	31,71%	34,37%	28,71%	22,25%	25,60%	27,55%	27,08%	22,98%	26,94%	
AP 2.2	0 a 9 anos	M	25,04%	21,12%	22,84%	32,64%	36,07%	43,59%	48,79%	47,89%	50,00%	49,38%	41,94%	
AP 3.1	60 anos e mais	M	30,16%	26,88%	27,64%	31,05%	30,99%	30,75%	31,93%	36,76%	35,91%	30,80%	31,81%	
AP 3.2	0 a 9 anos	M	31,19%	32,52%	33,47%	25,41%	25,98%	32,26%	32,98%	32,03%	39,33%	33,33%	31,42%	
AP 3.3	30 a 59 anos	F	33,12%	33,46%	29,56%	33,41%	29,65%	28,00%	28,03%	27,96%	25,00%	26,77%	25,18%	
		M	43,20%	36,98%	36,99%	38,40%	38,09%	35,62%	29,86%	30,23%	29,16%	29,82%	31,29%	
AP 4.0	0 a 9 anos 30 a 59 anos	F	24,58%	26,62%	27,68%	30,66%	31,30%	31,59%	34,02%	30,26%	33,19%	32,32%	23,98%	
			32,76%	29,91%	26,80%	26,34%	25,37%	23,76%	25,07%	22,11%	24,63%	22,71%	27,45%	
AP 5.1	0 a 9 anos 20 a 29 anos	M	8,06%	8,77%	16,05%	33,71%	18,39%	23,05%	15,85%	22,03%	23,17%	19,92%	21,27%	
			32,09%	23,13%	15,09%	4,35%	4,74%	4,68%	5,88%	3,88%	4,85%	5,50%	4,78%	
AP 5.2	30 a 59 anos	F	41,64%	37,12%	35,43%	31,16%	35,39%	34,84%	29,79%	28,17%	31,18%	32,04%	29,07%	
		M	48,32%	41,76%	40,24%	38,37%	36,65%	36,63%	32,22%	34,51%	32,92%	33,06%	32,46%	
AP 5.3	0 a 9 anos	F	13,98%	10,98%	18,54%	16,61%	19,79%	17,31%	17,13%	24,12%	22,36%	26,34%	24,89%	
		M	13,92%	14,93%	21,66%	30,82%	23,80%	21,86%	23,83%	27,52%	29,49%	27,64%	24,84%	

Fonte: Elaboração própria, a partir da leitura e crítica dos microdados das AIH mensais reduzidas, disponíveis no site do DATASUS/MS. Nota: O percentual ICSAP levou em consideração a taxa bruta ICSAP por 10.000 habitantes por AP de residência no município do Rio de Janeiro, pela população anual estimada por AP do IPP. O percentual identificado por ano, possui o total 100% correspondente a soma das faixas etárias.

Legenda: mRJ = município do Rio de Janeiro; F = feminino; M = masculino.

7.4. Sobre a análise da proporção das ICSAP por grupos de causa da lista brasileira de ICSAP, para o município do Rio de Janeiro e variações percentuais das AP no período de 2008-2018.

O padrão da proporção das ICSAP no período analisado foi dividido em 20 grupos, conforme a lista brasileira define (BRASIL, 2008). A distribuição por grupo evidencia a maioria das ICSAP (34%) concentradas nas internações por pneumonias bacterianas e por infecção de pele, seguidas dos acometimentos cerebrovasculares. Em uma análise global há redução do número absoluto de internações ao longo do tempo, com exceção do ano de 2018, em que o total (n = 24.395) retorna a valores de 2010 (n = 24.299) (Tabela 5).

Na análise dos grupos por agravos crônicos e degenerativos observou-se um comportamento de queda contínua nas internações ao longo dos anos avaliados, em doenças como hipertensão, angina pectoris, insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares e diabetes mellitus que mostraram inicialmente discreto crescimento e posteriormente queda contínua até 2018. Estudo realizado no mesmo cenário constatou que o aumento da cobertura da ESF possui associação a uma queda linear no número de internações cardiovasculares (PEREIRA, 2018).

Na análise das ICSAP por AP na última década foi possível identificar os principais grupos de causas específicas sensíveis à APS, com seu respectivo perfil de acometimento. A AP 1.0 conforme explicitado anteriormente, possui grande parte de sua população residindo em aglomerados subnormais, o que auxilia no entendimento das principais causas de ICSAP estarem relacionadas às infecções de pele e tecidos subcutâneos (13,3%), pneumonias bacterianas (11,1%), e infecções do rim e trato urinário (8,4%).

No que tange às ICSAP a AP 2.1 se assemelha ao perfil municipal e, concentra mais de 38% de suas causas devido às pneumonias bacterianas (17,7%), infecção de pele e tecidos subcutâneos (11,6%) e doenças cerebrovasculares (9,2%). Já a AP 2.2 concentra cerca de 40% das internações por epilepsias (11%), infecções do rim e trato urinário (10,3%), seguidos pelas doenças das vias aéreas inferiores (10%) e infecção de pele e tecidos subcutâneos (9,6%).

Na AP 3 ocorre semelhança nos principais grupos de causa ICSAP sendo as infecções de pele e tecidos subcutâneos (36,2%) junto das pneumonias bacterianas (40,9%) responsáveis por mais de 77,1% das ICSAP. A semelhança entre a 3.1 e 3.3 é maior devido às características territoriais e grandes quantitativos populacionais, o que acarreta nos maiores números de ICSAP no período deste estudo (AP 3.1: 42.234 e AP 3.3: 42.136). A AP 3.2 apresenta valor próximo da metade de ICSAP no período, 20.683 ocupando a quarta posição em quantidade de internações em relação às demais AP.

No que tange às ICSAP da última década, o acometimento da AP 4.0 foi similar ao do município para as pneumonias bacterianas (15,5%) e infecção de pele e tecidos subcutâneos (13,7%), seguidos pelas doenças cerebrovasculares (9,5%).

A AP 5 quando detalhada demonstra causas similares de ICSAP, porém com percentuais diferentes de respectivo acometimento, como exemplos: AP 5.1 com 40% das internações sensíveis devido às doenças cerebrovasculares (10,8%), diabetes melitus (10%), infecção do rim e trato urinário (9,4%) e infecção de pele e tecidos subcutâneos (9%); AP 5.2 com mais de 45% das internações oriundas de infecção de pele e tecidos subcutâneos (15,2%), infecção do rim e trato urinário (11,1%), doenças cerebrovasculares (10,8%) e diabetes melitus (8,9%); AP 5.3 com mais de 39% de ICSAP por doenças cerebrovasculares (15,3%), infecção de pele e tecidos subcutâneos (12,2%) e diabetes melitus (12%). Importante identificar que a AP 5.1 foi a única com percentual expressivo para ICSAP pelo grupo de condições evitáveis (10,2%).

É preocupante que o percentual de causas sensíveis atrelado a causas como infecções de pele, diabetes melitus, epilepsia, hipertensão e deficiências nutricionais, patologias controláveis na APS, se diagnosticadas e tratadas adequadamente e em tempo oportuno, ainda seja considerável (acima de 30%) no ano de 2018 no município do Rio.

As pneumonias bacterianas junto das infecções de pele e tecidos subcutâneos foram os principais grupos de doenças infecciosas no período, apresentando um comportamento de aumento na primeira metade da avaliação, seguido de diminuição nos anos posteriores. Este achado revelou a importância da expansão da cobertura por eSF, que contribuiu para o decréscimo na taxa de internação por esses agravos.

Quanto às causas mais prevalentes de ICSAP, as que se destacaram indicam a necessidade simultânea de controle de agravos infecciosos e de doenças crônicas não transmissíveis, pelos serviços de saúde do SUS.

Dada a importância desses agravos para as condições gerais de saúde da população carioca, tais resultados, evidentes nos números a eles relacionados, poderão direcionar o planejamento de ações e a alocação de recursos financeiros à melhoria dessas condições sensíveis às internações, sua prevenção, promoção e recuperação da saúde.

Tabela 5 - Evolução temporal da distribuição por grupos das ICSAP no SUS, de residentes do Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.

Grupo ICSAP	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	n = 20.195	n = 22.287	n = 24.299	n = 23.911	n = 22.232	n = 21.110	n = 18.800	n = 22.345	n = 18.690	n = 17.026	n = 24.395
1	0,41%	0,16%	0,16%	0,21%	0,48%	0,40%	0,32%	0,27%	0,18%	0,28%	0,31%
2	7,83%	5,62%	4,34%	5,12%	6,14%	5,55%	3,48%	3,94%	3,93%	3,98%	3,80%
3	1,24%	0,83%	1,12%	1,45%	1,09%	0,98%	1,01%	0,92%	0,59%	0,66%	0,46%
4	0,04%	0,02%	0,03%	0,02%	0,01%	0,01%	0,00%	0,01%	0,02%	0,02%	0,00%
5	2,02%	2,01%	2,40%	2,43%	2,49%	3,06%	3,51%	2,71%	1,90%	1,23%	1,35%
6	0,79%	0,79%	0,76%	0,83%	0,94%	0,85%	1,17%	0,98%	1,19%	1,11%	0,88%
7	12,52%	13,59%	16,84%	14,05%	12,77%	12,25%	11,21%	9,34%	9,57%	11,32%	12,42%
8	2,78%	2,23%	1,95%	1,95%	1,84%	1,62%	1,42%	1,45%	1,79%	2,09%	2,14%
9	5,71%	5,84%	4,92%	5,42%	5,86%	5,60%	4,89%	5,21%	5,47%	5,14%	6,68%
10	7,96%	6,71%	5,66%	6,51%	4,87%	4,38%	4,13%	4,14%	3,40%	3,03%	5,08%
11	3,35%	3,50%	3,42%	3,11%	4,04%	3,24%	3,22%	3,31%	3,40%	2,88%	2,70%
12	7,88%	7,64%	6,95%	6,89%	6,66%	6,30%	6,11%	6,78%	6,11%	6,27%	5,45%
13	10,79%	9,31%	9,17%	9,19%	9,55%	9,93%	10,61%	10,11%	9,23%	9,51%	9,53%
14	8,55%	8,77%	8,54%	8,57%	7,40%	7,30%	7,63%	8,32%	8,56%	8,90%	8,05%
15	2,48%	2,85%	2,59%	2,78%	3,38%	2,79%	3,29%	3,76%	3,32%	4,45%	4,66%
16	7,68%	8,40%	8,84%	8,82%	8,48%	8,76%	9,86%	10,13%	11,18%	10,44%	11,26%
17	9,12%	11,56%	12,03%	11,23%	11,31%	12,83%	12,53%	11,66%	12,69%	13,87%	12,54%
18	1,81%	1,76%	1,56%	1,68%	1,58%	1,62%	1,68%	1,81%	2,15%	2,04%	1,73%
19	2,65%	2,93%	3,35%	3,59%	3,67%	3,75%	3,98%	4,17%	3,83%	3,30%	3,81%
20	4,40%	5,48%	5,36%	6,16%	7,43%	8,78%	9,94%	10,96%	11,50%	9,46%	7,14%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: Elaboração própria, a partir dos microdados do Sistema de Informação Hospitalar, SIH-SUS. Nota: Grifo da autora para ênfase nos três maiores % do ano. Considerou-se o total de internações no SUS por ICSAP por ano de municípios para 2008-2018 como denominador do cálculo de cada proporção, em que o numerador é o total de ICSAP por Grupo por ano no SUS por município do Rio de Janeiro para 2008-2018. Legenda Grupos: 1. Doenças imunizáveis; 2. Condições evitáveis; 3. Gastroenterites infecciosas; 4. Anemia; 5. Deficiências nutricionais; 6. Infecções de ouvido, nariz e garganta; 7. Pneumonias bacterianas; 8. Asma; 9. Doenças das vias aéreas inferiores; 10. Hipertensão; 11. Angina pectoris; 12. Insuficiência cardíaca; 13. Doenças cerebrovasculares; 14. Diabetes mellitus; 15. Epilepsias; 16. Infecção no rim e trato urinário; 17. Infecção da pele e tecido subcutâneo; 18. Doença inflamatória de órgãos, pélvicos femininos; 19. Úlcera gastrointestinal; 20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto.

Com a Reforma da Atenção Primária à Saúde em dois governos municipais sob a mesma gestão (2009-2012; 2013-2016) que enunciou a APS como prioridade, era esperado que a distribuição da variação percentual por grupo de causa ICSAP no período deste estudo (Gráfico 15), identificasse diferentes desfechos para diferentes períodos de gestão. Esta é a razão pela qual está exposto no Gráfico 16, a variação percentual por grupo ICSAP por AP, identificando o período com melhor evolução, ou seja, a variação percentual que obteve menor aumento ao longo do tempo, conseqüentemente maior redução ICSAP.

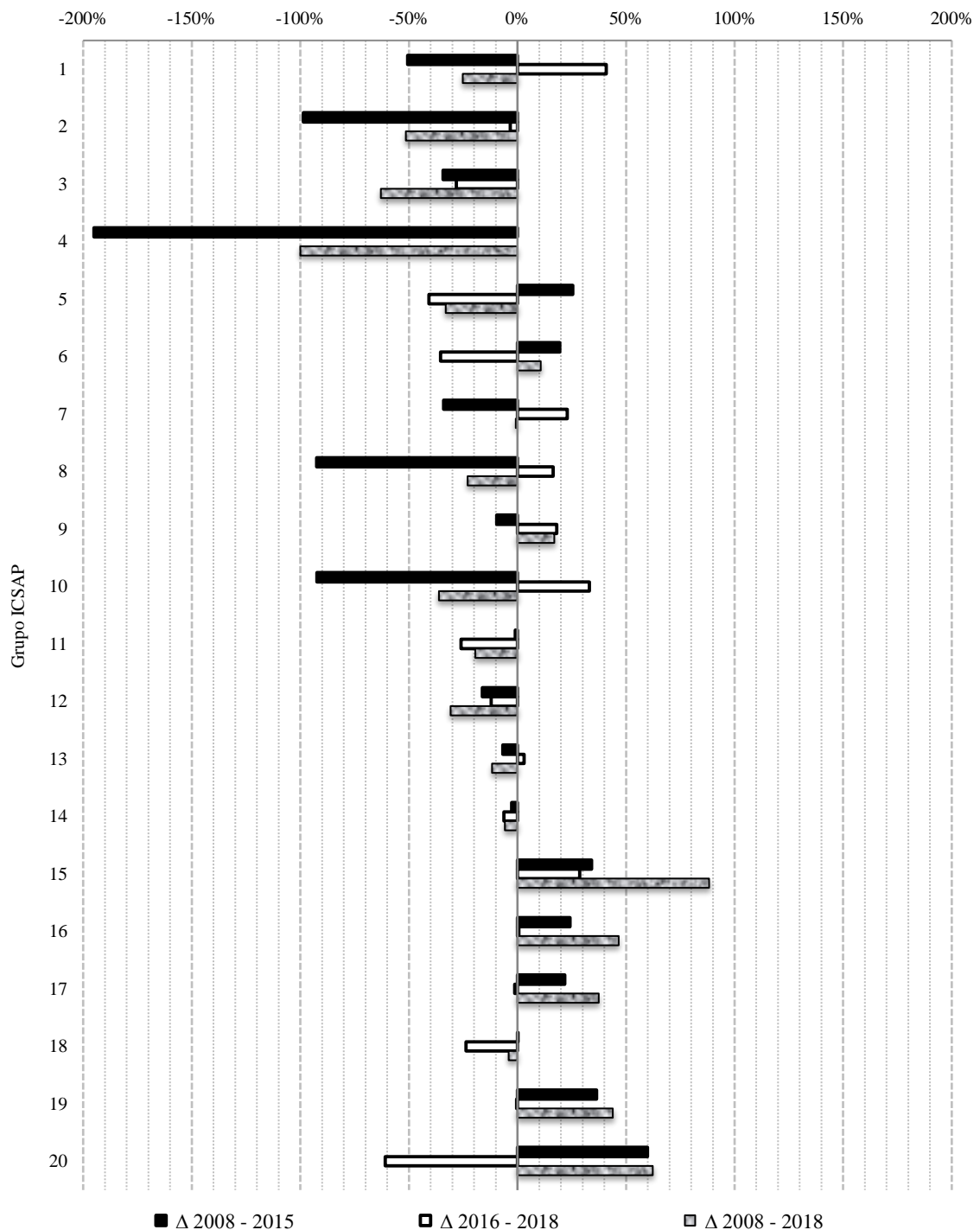
Os períodos de avaliação da distribuição da variação compreendem o ano anterior à expansão da cobertura potencial por eSF na cidade com dois períodos da mesma gestão municipal, período seguinte à expansão da ESF, e a totalidade do período de análise proposto neste estudo. A evolução da variação percentual no período de expansão da cobertura por eSF se faz presente na maioria das AP com boa evolução, ou seja, encerrou o ano do período de análise menor do que quando iniciou. Exemplo fiel dessa afirmativa é a AP 2.1 e a AP 5 nos anos que compreendem 2008 – 2015.

Nessa perspectiva, ao analisarmos a lista brasileira por grupo de causa por AP com melhor variação na última década, levando em conta os períodos de avaliação, fica evidente o impacto positivo na redução de internações por: doenças imunizáveis (AP 5.1), condições evitáveis (AP 5.2), pneumonias bacterianas (3.2), asma (5.3), e doenças relacionadas ao pré-natal e parto (AP 5.1).

É interessante notar que os períodos com melhor desempenho foram quase a totalidade os dos anos 2008 – 2015, sugerindo relação direta com a expansão da cobertura potencial populacional de eSF no contexto do período da Reforma da APS na cidade. O impacto nas principais causas de ICSAP com ênfase nas causas por anemia, asma, e hipertensão, no período de 2008 - 2015, reafirmam a necessidade das ações realizadas na APS, uma vez que se tratam de condições clínicas de baixa complexidade e fácil manejo.

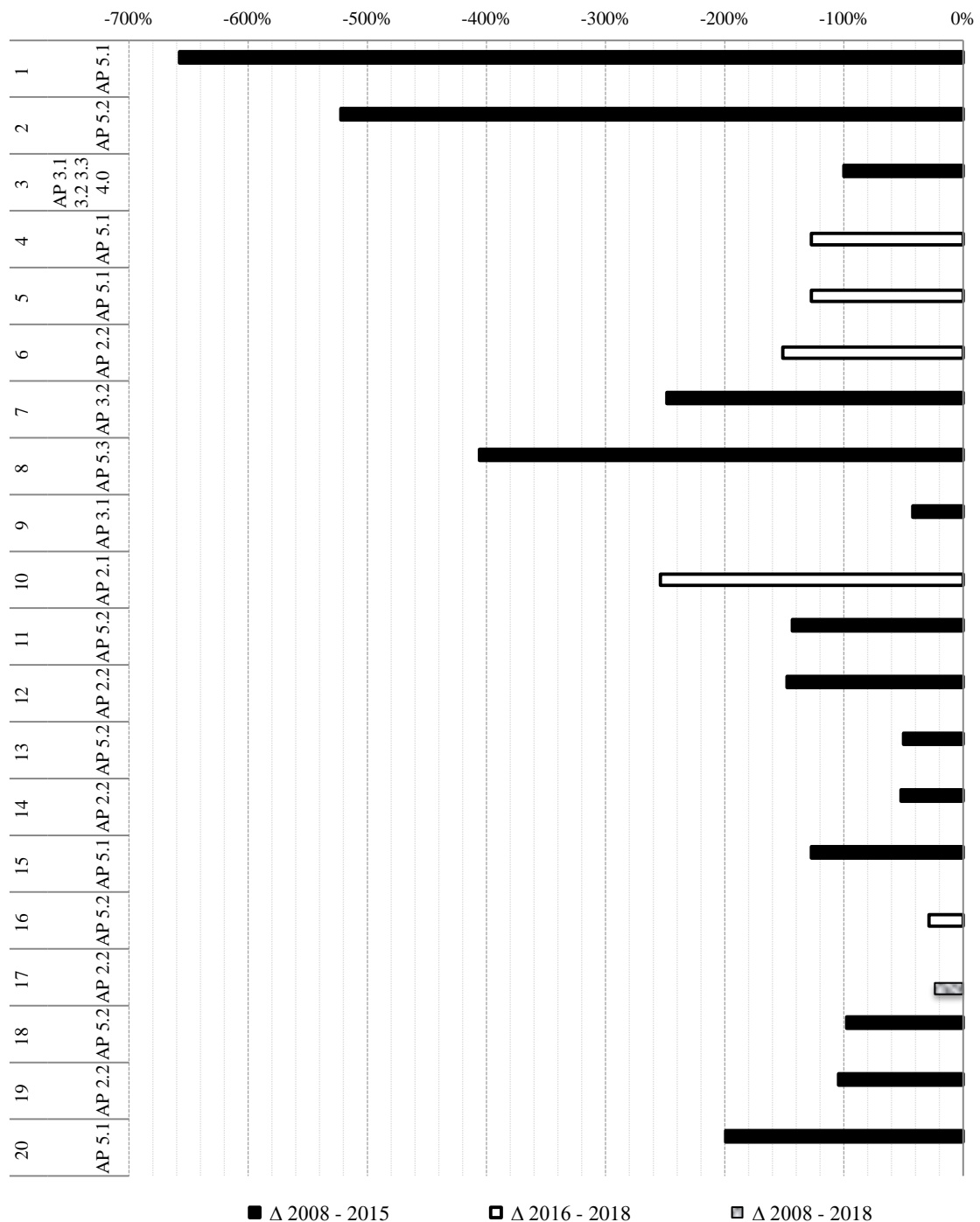
Importante destacar que ao expandir o acesso aos serviços de saúde e ações de promoção de saúde no modelo da APS houve considerável redução nas internações de causas por doenças imunizáveis, condições evitáveis, pneumonias bacterianas, asma e doenças relacionadas ao pré-natal e ao parto. Este fato pode ser relacionado ao acesso da população aos serviços públicos de APS, que disponibilizam além da assistência ao cuidado programado e por condição aguda, a medicação adequada ao tratamento proposto, na maioria das vezes.

Gráfico 15. Distribuição da variação por grupo das ICSAP no SUS, de residentes do Município do Rio de Janeiro, Δ 2008 – 2015, Δ 2016 – 2018, Δ 2008 – 2018.



Fonte: Elaboração própria, a partir dos microdados do Sistema de Informação Hospitalar, SIH-SUS. Nota: Considerou-se a variação percentual por Grupo ICSAP nos três períodos de análise Δ 2008 – 2015, Δ 2016 – 2018, Δ 2008 – 2018, de residentes do município do Rio de Janeiro. Legenda dos grupos: 1. Doenças imunizáveis; 2. Condições evitáveis; 3. Gastroenterites infecciosas; 4. Anemia; 5. Deficiências nutricionais; 6. Infecções de ouvido, nariz e garganta; 7. Pneumonias bacterianas; 8. Asma; 9. Doenças das vias aéreas inferiores; 10. Hipertensão; 11. Angina pectoris; 12. Insuficiência cardíaca; 13. Doenças cerebrovasculares; 14. Diabetes mellitus; 15. Epilepsias; 16. Infecção no rim e trato urinário; 17. Infecção da pele e tecido subcutâneo; 18. Doença inflamatória de órgãos, pélvicos femininos; 19. Úlcera gastrointestinal; 20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto.

Gráfico 16. Distribuição da melhor evolução na variação por grupo ICSAP no SUS, por AP de residência no Município do Rio de Janeiro, Δ 2008 – 2015, Δ 2016 – 2018, Δ 2008 – 2018.



Fonte: Elaboração própria, a partir dos microdados do Sistema de Informação Hospitalar, SIH-SUS. Nota: Considerou-se a melhor distribuição como a maior variação percentual negativa por Grupo ICSAP em um dos três períodos de análise Δ 2008 – 2015, Δ 2016 – 2018, Δ 2008 – 2018, por AP de residência no município do Rio de Janeiro. Legenda dos grupos: 1. Doenças imunizáveis; 2. Condições evitáveis; 3. Gastroenterites infecciosas; 4. Anemia; 5. Deficiências nutricionais; 6. Infecções de ouvido, nariz e garganta; 7. Pneumonias bacterianas; 8. Asma; 9. Doenças das vias aéreas inferiores; 10. Hipertensão; 11. Angina pectoris; 12. Insuficiência cardíaca; 13. Doenças cerebrovasculares; 14. Diabetes mellitus; 15. Epilepsias; 16. Infecção no rim e trato urinário; 17. Infecção da pele e tecido subcutâneo; 18. Doença inflamatória de órgãos, pélvicos femininos; 19. Úlcera gastrointestinal; 20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto.

8. CONCLUSÕES

O planejamento é a ferramenta vital na organização dos serviços para tomada de decisões, e precisa estar presente em todos os setores da saúde pública. Tendo por objetivo ordenar e tornar a rede de atenção à saúde eficiente e acessível a todos, há a necessidade de planejar e organizar constantemente a rede municipal de saúde de forma a atender as necessidades da população usuária. Por isso, no contexto da expansão do número de eSF e de sua cobertura potencial populacional, foi fundamental a elaboração e implementação dos Planos Municipal de Saúde (2009-2012), Plano Estratégico e Plano Plurianual (PPA) da Prefeitura do Rio Janeiro no período de 2009-2016.

As AP são muito heterogêneas em função da história, evolução da ocupação, e retratos diferentes da expansão das eSF na cidade carioca. A saúde tem estreita relação com as condições de vida, trabalho e ambiente, incluindo o acesso de primeiro contato aos serviços de saúde e as ações de vigilância e promoção da saúde. Apesar dos inúmeros avanços da última década, o município possui cerca de 1.000 favelas distribuídas por seus bairros, com condições inadequadas de abastecimento de água, esgotamento sanitário, destino do lixo e drenagem pluvial, que impactam diretamente na saúde da população residente.

Neste contexto, a distribuição espacial do território carioca precisa possibilitar um melhor arranjo da oferta de serviços para a população, devendo ser reavaliada, sempre que possível, a partir de estudos técnicos de viabilidade e necessidade, a fim de evitar intervenções políticas e a pressão de grupos organizados que podem interferir na decisão da instalação de serviços de saúde.

As internações hospitalares dependem de uma série de fatores: morbidades, condições socioeconômicas, fatores individuais e os determinantes externos estruturais. Entre esses determinantes podem ser destacados a disponibilidade de leitos e a vinculação dos usuários aos serviços de saúde (APS). O conhecimento sobre o número de leitos oferecidos é uma informação aparentemente disponível no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), mas não verossímil, pois varia de acordo com as necessidades e rearranjos do próprio hospital, uma vez que não há na legislação penalização ao gestor municipal pela falta de atualização destes registros.

A expansão da ESF pela cobertura potencial populacional pelas eSF na cidade carioca aumentou significativamente no período analisado, atingido o ápice em 2016 com 60% da população (se considerarmos o nº de equipes implantadas completas conforme o CNES e cerca

de 70% se considerarmos todas as equipes cadastradas pela própria SMS-RJ em dezembro/2016).

O ano de 2018 encerrou com uma cobertura potencial abaixo de 60%. Já se levarmos em consideração o mês de referência mais atualizado disponível no CNES, no momento de finalização dessa Dissertação, isto é, fevereiro de 2020, o nº total de eSF (todos os tipos) é de 1.014 equipes. Como a população-estimada pelo IBGE para 2019 (dados de 2020 ainda não se encontram disponíveis) era de 6.718.903 (IBGE, 2019), encontraremos nova queda na cobertura potencial populacional de eSF, ou seja, em fevereiro/2020 a cobertura de equipes implantadas conforme o CNES é de apenas 52,1%, retrocedendo aos valores de 2015. Deve-se destacar que ainda se encontra abaixo dos valores preconizados pelo Ministério da Saúde, onde meta de cobertura ESF para cidades com porte populacional do Rio de Janeiro é de 70%.

Os resultados deste estudo mostram que o percentual de expansão da cobertura potencial populacional por eSF no município do Rio de Janeiro, entre 2008 e 2018, esteve associado à significativa redução nas ICSAP, principalmente dos 0 aos 9 anos. A queda das hospitalizações nesta faixa etária, normalmente por grupo de causas evitáveis, aconteceu num cenário marcado pela expansão da APS, evidenciado pelo aumento da cobertura por eSF. Destaca-se essa redução nos três ciclos de gestão municipal analisados, mesmo após o ajuste pelo tempo. Além disso, neste mesmo período, foi verificada ampliação do acesso a leitos hospitalares com a RCAPS (SORANZ, 2017).

O efeito inesperado de maior magnitude no estrato da proporção de ICSAP em relação às internações totais pode ser explicado pela ampliação do acesso aos serviços de saúde com a expansão exponencial da cobertura por eSF, inferior a 7% e atingindo mais de 60% do município. Em cenário de expansão, mesmo um baixo percentual de cobertura por eSF, pode produzir efeito nas ICSAP, uma vez que essa cobertura inicial costuma concentrar-se nas áreas socioeconomicamente mais vulneráveis do município, o que pode resultar numa diminuição das desigualdades de acesso aos serviços de saúde ao incorporar à rede de atenção à saúde áreas que anteriormente eram desprovidas desses serviços.

Uma possível hipótese para a associação da cobertura potencial populacional por eSF com a redução concomitante das NICSAP, que foi significativa no estrato analisado, relaciona-se com o elenco disponível de diagnóstico da Lista brasileira de condições sensíveis à atenção primária à saúde. Sendo uma lista única para todas as faixas etárias, não há aprofundamento de algumas condições que poderiam ser evitáveis pela ação de serviços de atenção primária à saúde, podendo não estar contempladas.

Ao realizar comparação da Lista Brasileira de CSAP com a Lista de Causas de Mortes Evitáveis por intervenções do SUS, identifica-se que parte das condições descritas especialmente no grupo de causas “reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde”, não consta na primeira lista descrita.

É importante destacar que os cenários de APS operacionalizam intervenções de promoção da saúde no SUS diariamente, o que poderia explicar a associação encontrada neste estudo.

A redução das ICSAP na faixa etária de 0 a 9 anos, sugere que a relação entre as taxas brutas de ICSAP em crianças e a cobertura potencial populacional por eSF pode ser atribuído à consolidação desta e, explicada pelo fato deste grupo etário ser alvo de políticas públicas de saúde mais consolidadas, como o Programa Nacional de Imunização (PNI) e as rotinas de acompanhamento à gestante, à puérpera e ao bebê nos primeiros meses de vida, preconizadas e desenvolvidas na APS desde a década de 1980.

Apesar da análise dos efeitos dos determinantes sociais não ser o foco deste estudo, é possível notar que a relação da redução das ICSAP com a expansão da cobertura potencial populacional por eSF ocorre em cenários marcados por melhorias nos indicadores demográficos e socioeconômicos de determinadas AP no município, como renda, urbanização, escolaridade e IDH (IPP, 2018). Estudos específicos sobre o efeito desses determinantes sociais nas ICSAP das AP do município do Rio de Janeiro poderiam demonstrar que o melhor desempenho desses indicadores se reflete em redução das taxas de internações gerais e evitáveis para toda a população.

A análise da relação da cobertura potencial populacional por eSF em cada AP na capital carioca e as internações por condições sensíveis, demonstra um efeito positivo desse modelo de organização da APS nas condições de saúde da população carioca.

Com este estudo foi possível identificar que a expansão da APS no município do Rio de Janeiro impactou positivamente nas ICSAP, mesmo com a presença das singularidades das AP, demonstrando uma redução tanto na taxa quanto na proporção deste indicador, com exceção do ano de 2018. Isso significa que a expansão de 2009-2016 ainda sustentou resultados positivos na redução das ICSAP até 2017, mesmo com o início da redução no número de eSF ainda nesse mesmo ano.

Um apontamento importante é que ao analisar a relação entre as ICSAP por AP de residência e a cobertura potencial populacional por eSF por AP de residência, pode-se inferir que existe uma relação direta, pois no período estudado houve um aumento da cobertura e

redução das ICSAP no município do Rio de Janeiro. Entretanto, esta relação não ocorreu de modo uniforme nas AP, o que pode sustentar a hipótese de que a expansão da cobertura potencial dessa estratégia sem a qualidade necessária não provoca impacto sobre as internações sensíveis à atenção primária.

Desse modo, pode-se supor que, embora a ampliação da cobertura potencial por eSF na cidade carioca possa estar contribuindo para a melhoria da qualidade da APS, talvez essa melhoria não esteja acontecendo de modo uniforme e com a qualidade necessária, em toda a cidade. Nessa direção, a AP 2.1, primeira AP com o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da SMS-RJ iniciado em 2012, demonstrou melhores resultados.

Dessa forma, identifica-se que o indicador ICSAP é factível como um dos parâmetros para avaliação do efeito de um sistema organizado a partir da APS, viabilizando, a partir da análise de dados brutos, a legitimação da lista brasileira.

Cabe ressaltar que as questões sociais, econômicas e de processo de trabalho influenciam o indicador estudado, ou seja, os atributos e a efetividade da APS não podem ser analisados e discutidos partindo unicamente dessas internações.

Mesmo com limitações importantes oriundas dos problemas de subnotificação e erros nos preenchimentos das AIH, principalmente no registro do CID10 pelos profissionais de saúde, têm sido encontrados nos últimos anos avanços significativos na qualidade dos sistemas de informação em saúde.

Destaca-se ainda como uma limitação dessa temática a unicidade da Lista brasileira de CSAP. A Lista que considera as mesmas causas evitáveis para todas as faixas etárias, não leva em conta as peculiaridades de doenças específicas que acometem crianças, adultos e idosos.

A importância do indicador “internações por condições sensíveis à atenção primária” e o seu uso como medida indireta de efetividade da APS reitera a necessidade de adequação dos códigos da Lista brasileira de condições sensíveis à Atenção Primária pelas faixas etárias populacionais, modo semelhante ao que acontece com a Lista brasileira de mortes evitáveis por intervenções do SUS.

Dessa forma, com listas específicas para crianças, adultos e idosos, os efeitos das ações na APS poderiam ser medidos com maior precisão, auxiliando de maneira mais ágil e eficiente, o planejamento e a gestão das ações e serviços de saúde. A ESF cumpre com os requisitos de um bom sistema de APS; e existem muitas evidências sobre sua efetividade.

Por isso, é urgente que a ESF (e o SUS) não sofra cortes que interrompam os resultados até aqui encontrados e que passe a ser defendida como uma conquista e um valor ético por toda a sociedade brasileira (grifo da autora). (MACINKO, 2018)

Macinko (2018) demonstrou os efeitos das ações no nível da Atenção Primária à Saúde com ênfase nas equipes de Saúde da Família consolidadas, gerando melhoria das condições de saúde das populações por ela cobertas. Ressaltou também a importância do fortalecimento das ações em saúde na APS, com o intuito de ofertar assistência resolutiva ao primeiro contato e evitar hospitalizações desnecessárias.

Este estudo é o primeiro a comparar as ICSAP antes e depois da Reforma dos Cuidados em Saúde Primário (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro de forma desagregada para cada uma das Áreas de Planejamento (AP), incluindo o período de 2008 (último ano de uma gestão municipal), passando por 2009-2016 (dois ciclos com a mesma gestão municipal na SMS) e 2017-2018 (início de um novo ciclo e nova gestão municipal).

Apesar dos avanços teóricos e metodológicos evidenciados neste estudo, investigações no âmbito nacional são importantes para compreender a relação entre a expansão da cobertura potencial populacional por equipes de Saúde da Família, vinculada aos serviços de Atenção Primária à Saúde e as internações por condições sensíveis a APS em cenários de cobertura consolidados há mais tempo.

Contudo, frisa-se que estudos individuados de base populacional, como estudos de coorte seriam mais adequados para investigar os desfechos que aqui analisamos por sexo, faixa etária e grupos, auxiliando na compreensão dos determinantes que atuam direta e indiretamente na redução das internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP).

REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, ME; 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). Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, 2009.

BILLINGS, J; ANDERSON, GM; NEWMAN, LS. Recent findings on preventable hospitalization. Health Aff, 15(3): p. 239-49, 1996.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações e dá outras providências. Diário Oficial da União, 19 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB). Histórico de Implantação de Equipes. Novembro, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 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 Agentes Comunitários de Saúde (PACS). In: BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. 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, n.204, p.55, Seção 1, pt1. 24 out. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 221 de 17 de abril de 2008 publica em forma de anexo a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. Diário Oficial da União, Poder Executivo Brasília. 21 de setembro, Seção 1:50, 2008c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 1.631, de 01 de outubro de 2015. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015; p.156: il. – (Serie Articulação Interfederativa, v.1). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília: Orientações acerca dos indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela vida e de gestão para o biênio 2010-2011. Editora do Ministério da Saúde, 2011.

CAMINAL, HJ. El reto de evaluar la atención primaria de salud: calidad asistencial y hospitalizaciones evitables. *Rev Calidad Asistencial*. 21(04); 2006.

CERQUEIRA, D; et al. Indicadores multidimensionais de educação e homicídios nos territórios focalizados pelo pacto nacional pela redução de homicídios. (Nota técnica, n. 18). Brasília: IPEA, 2016.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Saúde para todos no ano 2000. Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários. 12 de setembro de 1978, Alma-Ata, Cazaquistão, URSS. 1978.

FERNANDES, VBL; CALDEIRA, AP; FARIA, AA; RODRIGUES NETO, JF. Interações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*; 43(6): p. 928-936, 2009.

FERREIRA, M; DIAS, BM; MISHIMA, SM. Interações por condições sensíveis: possibilidade de avaliação na atenção básica. *Rev. Eletr. Enf., Goiânia*, v. 14, n. 4, p.760-70, 2012.

IBGE. IBGE divulga as estimativas da população dos municípios para 2019. Rio de Janeiro: Agência IBGE de Notícias, 2020.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil da cidade do Rio de Janeiro, 2015.

JUSTINO, ALA; OLIVER, LL; MELO, TP de. Implementation of the Residency Program in Family and Community Medicine of the Rio de Janeiro Municipal Health Department, Brazil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, vol.21, n.5, 2016.

MACIEL, AG; CALDEIRA, AP; DINIZ, FJLS. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre o perfil de morbidade hospitalar em Minas Gerais. *Saúde em Debate* 38 (n. esp.): p. 319-330, 2014.

MACINKO, J; DOURADO, I; AQUINO, R; BONOLO, P De F; LIMA-COSTA, MF; MEDINA, MG; et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Aff (Millwood)*; 29(12): p. 2149–2160, 2010.

MACINKO, J; MENDONÇA, CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde em Debate* 42 (n. esp. 1): p. 18-37, 2018.

MAGALHÃES, ALA; de MORAIS NETO, OL. Desigualdades intraurbanas de taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária na região central do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*; Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 2049-2062, 2017.

MALTA, DC; et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde – 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*; 21(2): p. 327-38, 2016.

MENDONÇA, CS; HARZHEIM, E; DUNCAN, BB; NUNES, LN; LEYH, W. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy Plan.* 27(4): p. 348–55, 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasil. Ministério da Saúde, 2ª edição, 2008.

PEREIRA, MHB; COSTA, AAZ; SOUZA, MHN; et al. Estratégia saúde da família no município de Rio de Janeiro: Avaliação da cobertura e internações por condições cardiovasculares. *Rev. Fund Care Online.* 10(3): p. 605-611, 2018.

PINTO, LF; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, 2018.

PINTO, LF; et al. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) no Distrito Federal: comparação com outras capitais brasileiras no período de 2009 a 2018. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2105-2114, 2019.

RIO DE JANEIRO. PLANO ESTRATÉGICO DA PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO 2009-2012 - pós-2016. O Rio mais integrado e competitivo. *Rio de Janeiro: Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro*; 2010.

RIO DE JANEIRO. PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, PMS 2009 – 2013. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, Rio de Janeiro – 2009.

RIO DE JANEIRO. PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, PMS 2014 – 2017. Secretaria Municipal de Saúde, Rio de Janeiro – 2013.

RIO DE JANEIRO. PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, PMS 2017 – 2020. Secretaria Municipal de Saúde, Rio de Janeiro – 2018.

RIO DE JANEIRO. SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO. Regulamenta o Processo Seletivo para o Programa de Residência em Enfermagem em Saúde da Família para o Ano de 2015. EDITAL SMA Nº 123, de 30 de outubro de 2014.

RIO DE JANEIRO. SUBSECRETARIA DE SERVIÇOS COMPARTILHADOS. Convênio nº 09/2018 firmado entre a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). EDITAL CVL/SUBSC Nº 213, de 24 e outubro de 2019.

ROMERO, DE; MARQUES, A; BARBOSA, AC; SABINO, R. Internações de idosos por cuidados prolongados em hospitais do SUS no Rio de Janeiro: uma análise de suas características e da fragilidade das redes sociais de cuidado. In: Camarano AA, organizadora. Cuidados de longa duração para população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA. v.1, p. 249-78, 2010.

ROSANO, A; LOHA, CA; FALVO R Van der ZEE, J; RICCIARDI, W; GUASTICCHI, G; et al. The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: A systematic review. Europe Journal Public Health, 23(3): p. 356–60, 2013.

SENNA, MCM. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(sup): p. 203-211, 2002.

SORANZ, D; PINTO, LF; PENNA GO. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1327-1338, 2016.

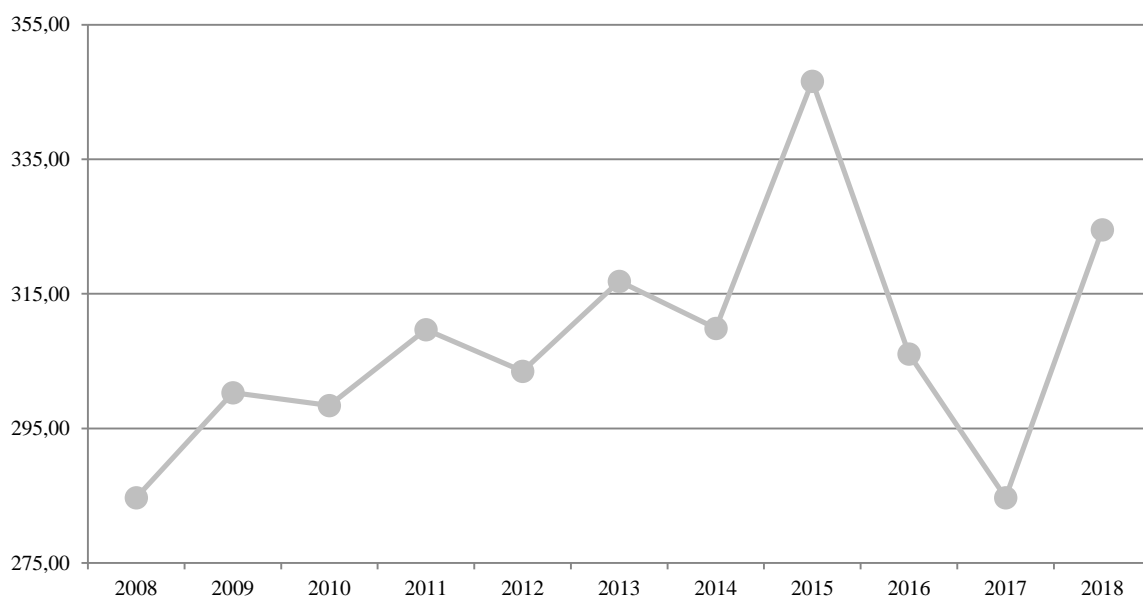
SORANZ, D. Reforma da atenção primária em saúde na cidade do Rio de Janeiro (2009-2016): uma avaliação de estrutura, processo e resultado. Tese (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017.

TORRES, RL. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no município de Cotia: aspectos organizacionais e sociodemográficos. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A – GRÁFICOS

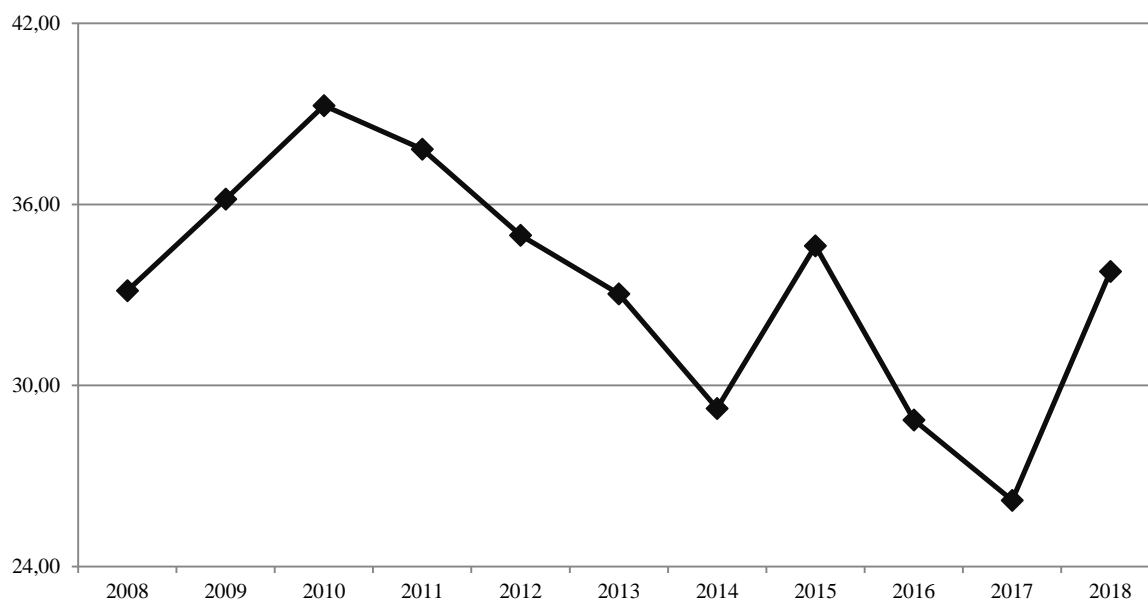
Gráfico A1. Distribuição das taxas brutas NICSAP por 10.000 habitantes no SUS, de residentes do Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



Fonte: Elaboração própria, a partir da leitura e crítica dos microdados das AIH mensais reduzidas, disponíveis no site do DATASUS/MS. Nota: A taxa bruta considerou o número de AIH no SUS por AP de residência do Rio de Janeiro, por 10.000 habitantes, pela população estimada por ano por AP do IPP.

Legenda: NICSAP = internações por condições não sensíveis à atenção primária.

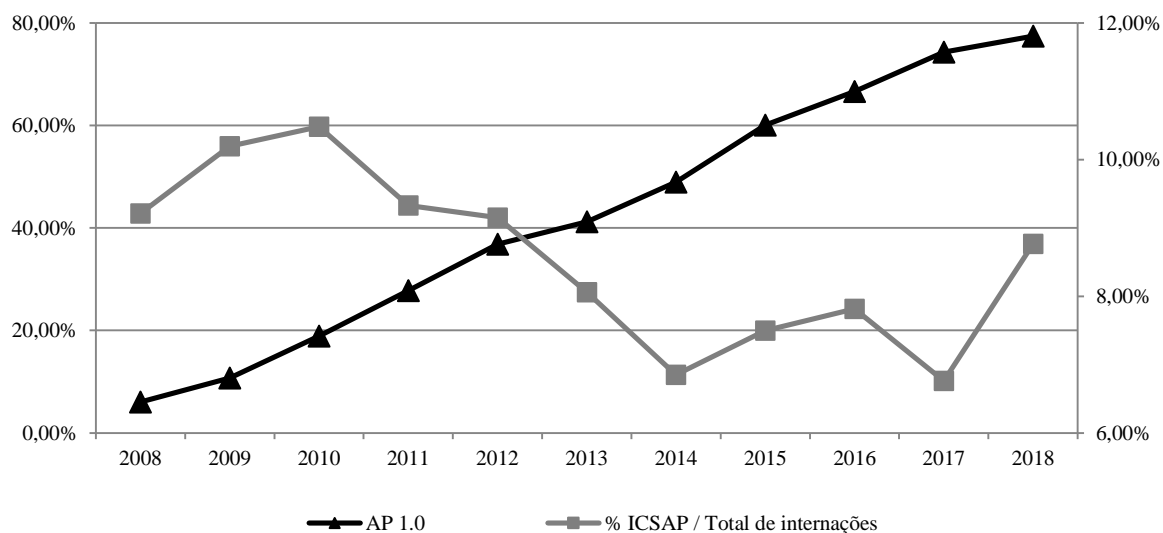
Gráfico A2. Distribuição das taxas brutas ICSAP por 10.000 habitantes no SUS, de residentes do Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



Fonte: Elaboração própria, a partir da leitura e crítica dos microdados das AIH mensais reduzidas, disponíveis no site do DATASUS/MS. Nota: A taxa bruta considerou o número de AIH no SUS por AP de residência do Rio de Janeiro, por 10.000 habitantes, pela população estimada por ano por AP do IPP.

Legenda: ICSAP = internações por condições sensíveis à atenção primária.

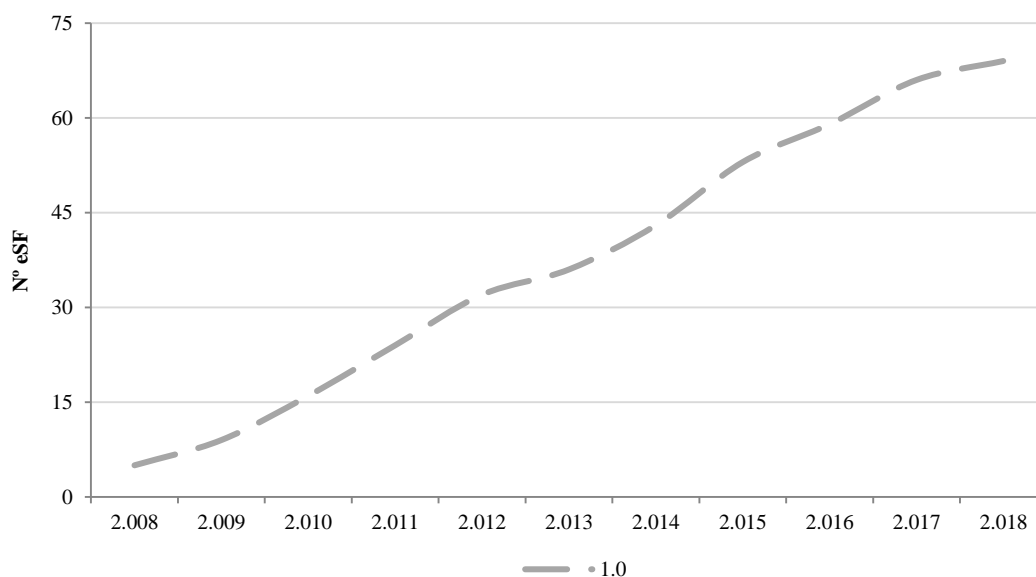
Gráfico A3. Série histórica anual do % de cobertura potencial eSF x proporção de ICSAP, de residentes da AP 1.0 do Rio de Janeiro, pela estimativa populacional do IBGE para a AP 1.0 no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



Fonte: DAB/SAS/MS, a partir do número de equipes tipo eSF implantadas.

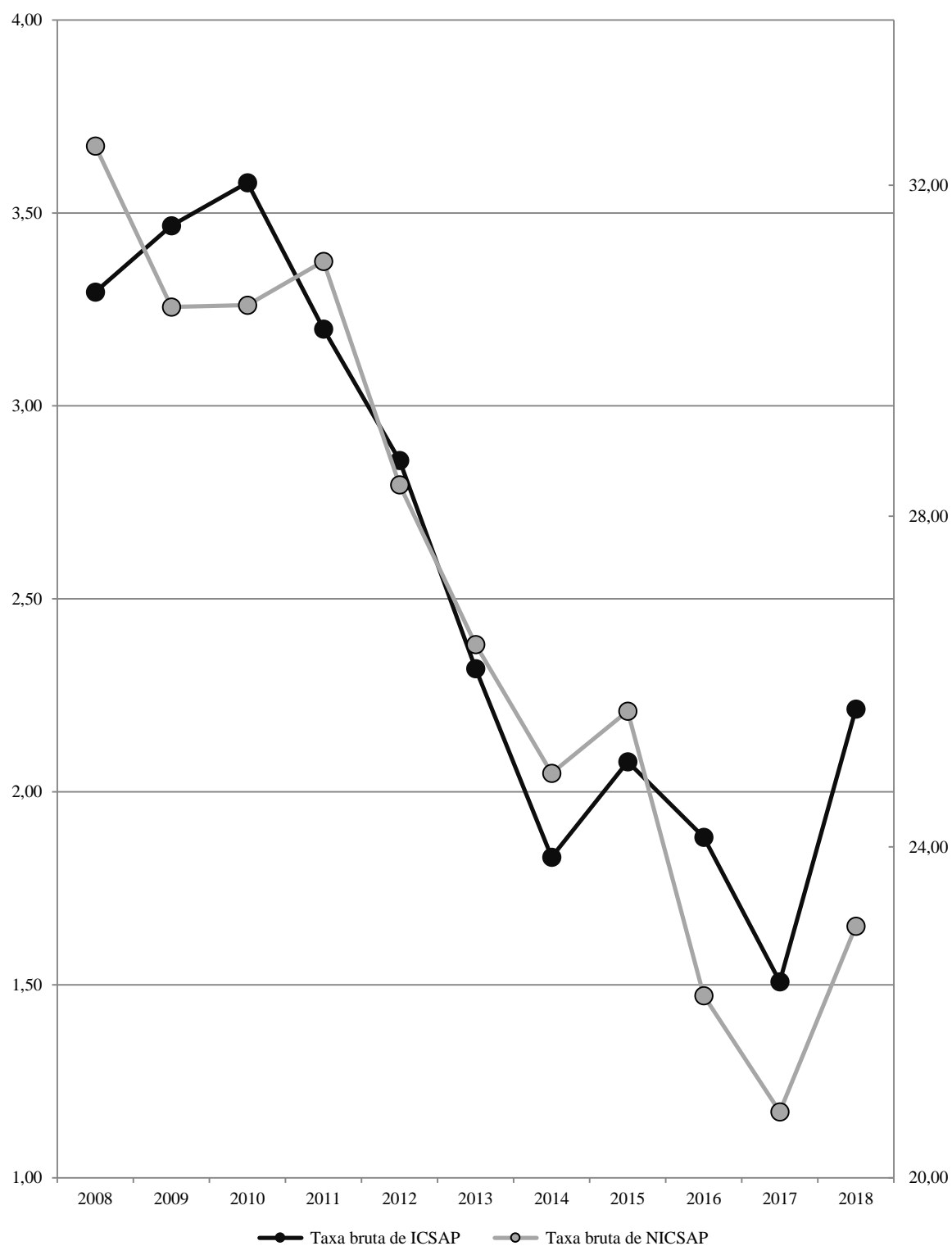
Nota: Considerou-se que uma eSF possui uma média de 3.450 pessoas cadastradas. Considerou-se a proporção ICSAP em relação ao total de internações hospitalares dos residentes da AP 1.0 do município do Rio de Janeiro. Para os dados populacionais, foi considerada a estimativa anual do IPP por AP do município do Rio de Janeiro, estimativa populacional para o meio do ano, de cada ano de análise.

Gráfico A4. Evolução temporal de cobertura potencial eSF da AP 1.0 do Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



Fonte: DAB/SAS/MS, a partir do número de equipes tipo eSF implantadas. Nota: Considerou-se que uma eSF possui uma média de 3.450 pessoas cadastradas. Para os dados populacionais, foi considerada a estimativa anual do IPP por AP do município do Rio de Janeiro, estimativa populacional para o meio do ano, de cada ano de análise.

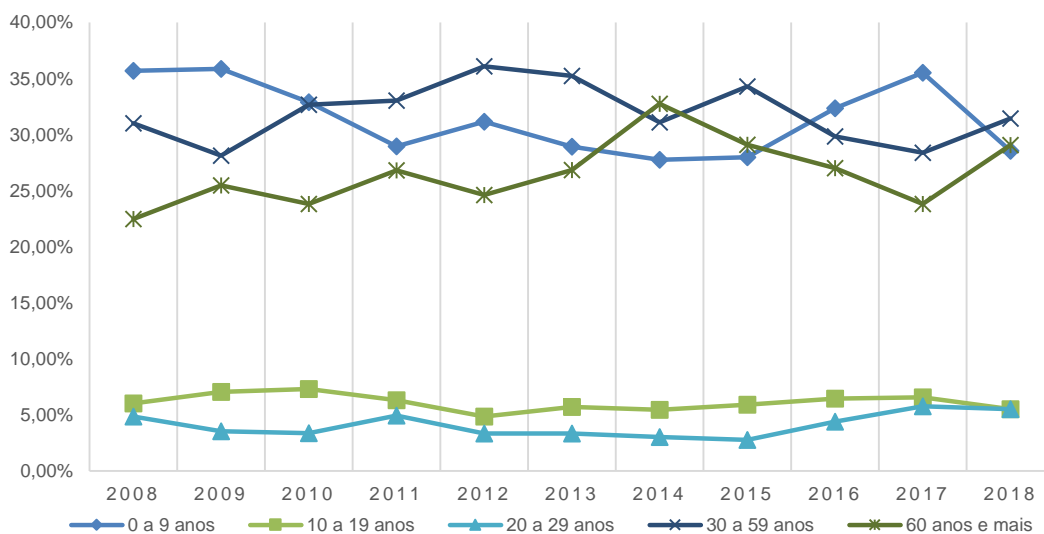
Gráfico A5. Distribuição das taxas brutas de ICSAP e NICSAP por 10.000 habitantes no SUS, de residentes da AP 1.0 no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



Fonte: Elaboração própria, a partir da leitura e crítica dos microdados das AIH mensais reduzidas, disponíveis no site do DATASUS/MS. Nota: A taxa bruta considerou o número de AIH no SUS de residentes da AP 1.0 do Rio de Janeiro, por 10.000 habitantes, pela população anual estimada do IPP para a AP 1.0.

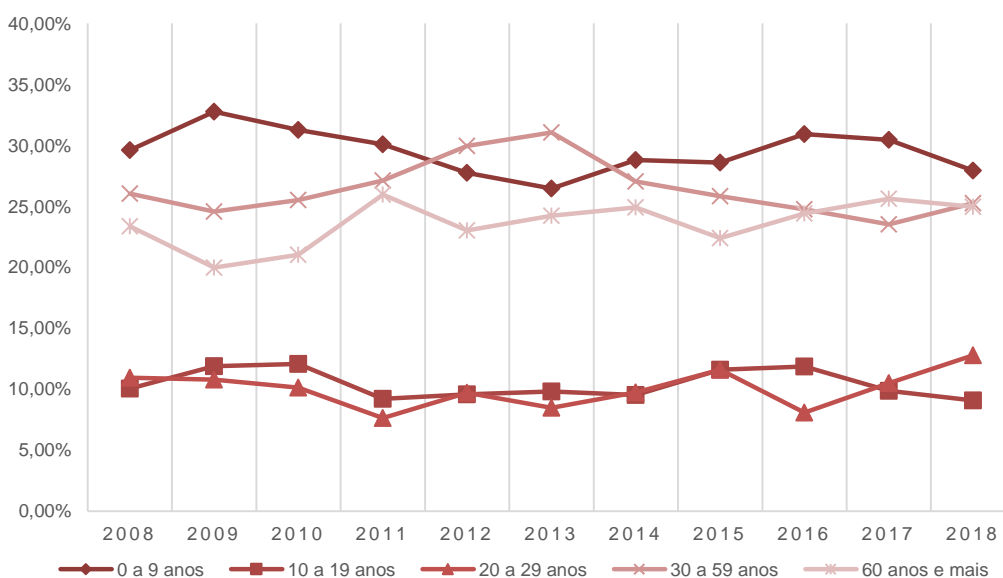
Legenda: ICSAP = internações por condições sensíveis à atenção primária; NICSAP = internações por condições não sensíveis à atenção primária.

Gráfico A6. Evolução % do peso relativo anual da faixa etária das ICSAP do sexo masculino de residentes da AP 1.0 do Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



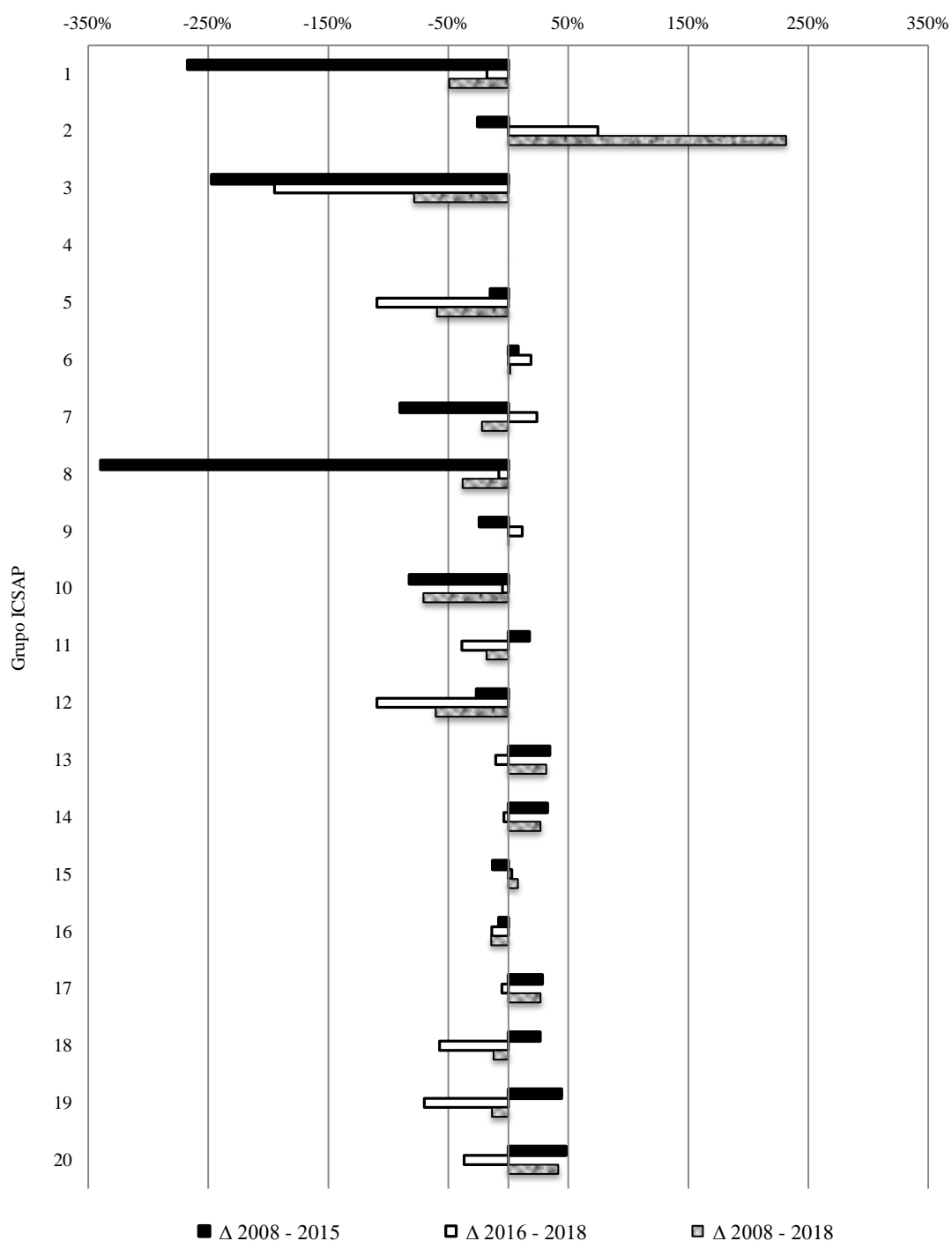
Fonte: Elaboração própria, a partir da leitura e crítica dos microdados das AIH mensais reduzidas, disponíveis no site do DATASUS/MS. Nota: Foram considerados apenas as internações por condições sensíveis a atenção primária (ICSAP) para a elaboração do perfil demográfico por sexo masculino e faixa etária, agrupada em cinco categorias, dos residentes da AP 1.0 do Rio de Janeiro no período de análise. Em cada ano, o total 100% corresponde a soma das faixas etárias.

Gráfico A7. Evolução % do peso relativo anual da faixa etária das ICSAP do sexo feminino de residentes da AP 1.0 do Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



Fonte: Elaboração própria, a partir da leitura e crítica dos microdados das AIH mensais reduzidas, disponíveis no site do DATASUS/MS. Nota: Foram considerados apenas as internações por condições sensíveis a atenção primária (ICSAP) para a elaboração do perfil demográfico por sexo feminino e faixa etária, agrupada em cinco categorias, dos residentes da AP 1.0 do Rio de Janeiro no período de análise. Em cada ano, o total 100% corresponde a soma das faixas etárias.

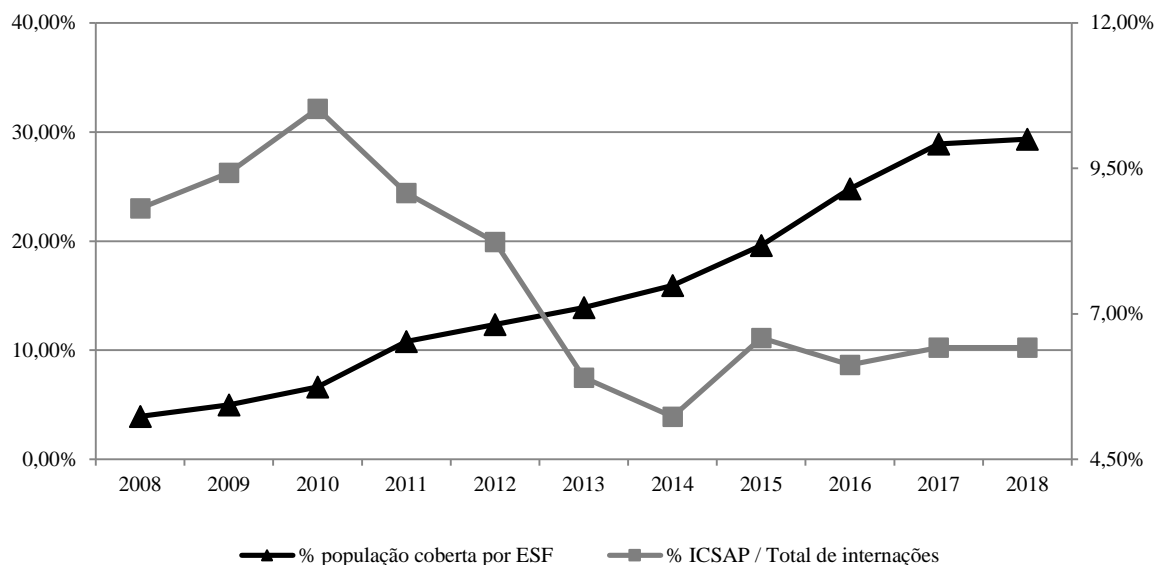
Gráfico A8. Distribuição % da variação por grupo das ICSAP no SUS, de residentes da AP 1.0 do Município do Rio de Janeiro, Δ 2008 – 2015, Δ 2016 – 2018, Δ 2008 – 2018.



Fonte: Elaboração própria, a partir dos microdados do Sistema de Informação Hospitalar, SIH-SUS.

Nota: Considerou-se a variação percentual por Grupo ICSAP nos três períodos de análise Δ 2008 – 2015, Δ 2016 – 2018, Δ 2008 – 2018, de residentes da AP 5.3 do município do Rio de Janeiro. Legenda dos grupos: 1. Doenças imunizáveis; 2. Condições evitáveis; 3. Gastroenterites infecciosas; 4. Anemia; 5. Deficiências nutricionais; 6. Infecções de ouvido, nariz e garganta; 7. Pneumonias bacterianas; 8. Asma; 9. Doenças das vias aéreas inferiores; 10. Hipertensão; 11. Angina pectoris; 12. Insuficiência cardíaca; 13. Doenças cerebrovasculares; 14. Diabetes mellitus; 15. Epilepsias; 16. Infecção no rim e trato urinário; 17. Infecção da pele e tecido subcutâneo; 18. Doença inflamatória de órgãos, pélvicos femininos; 19. Úlcera gastrointestinal; 20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto.

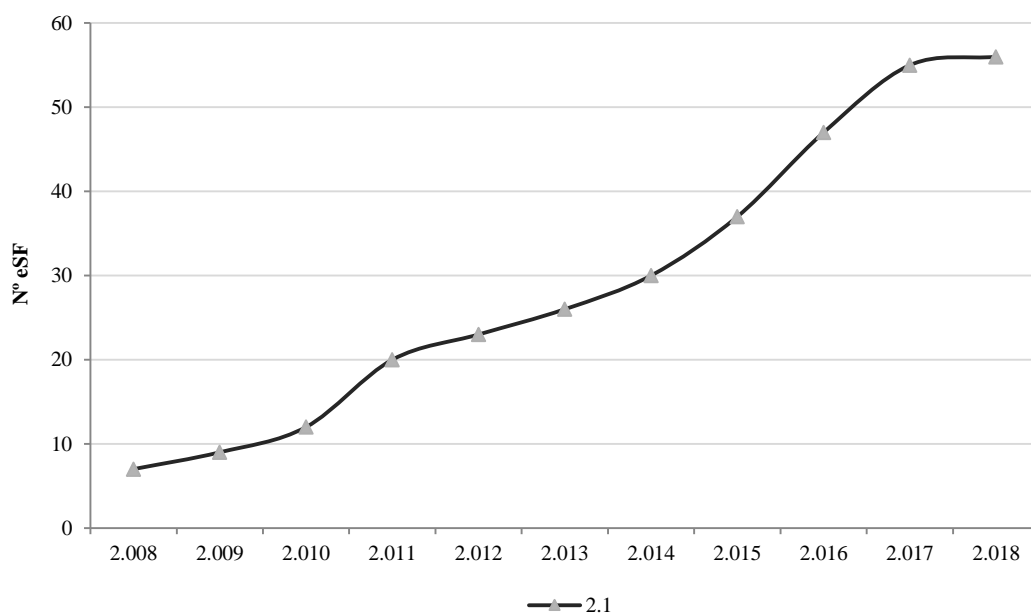
Gráfico A9. Série histórica anual do % de cobertura eSF x % ICSAP / Total de internações de residentes da AP 2.1 no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



Fonte: DAB/SAS/MS, a partir do número de equipes tipo eSF implantadas.

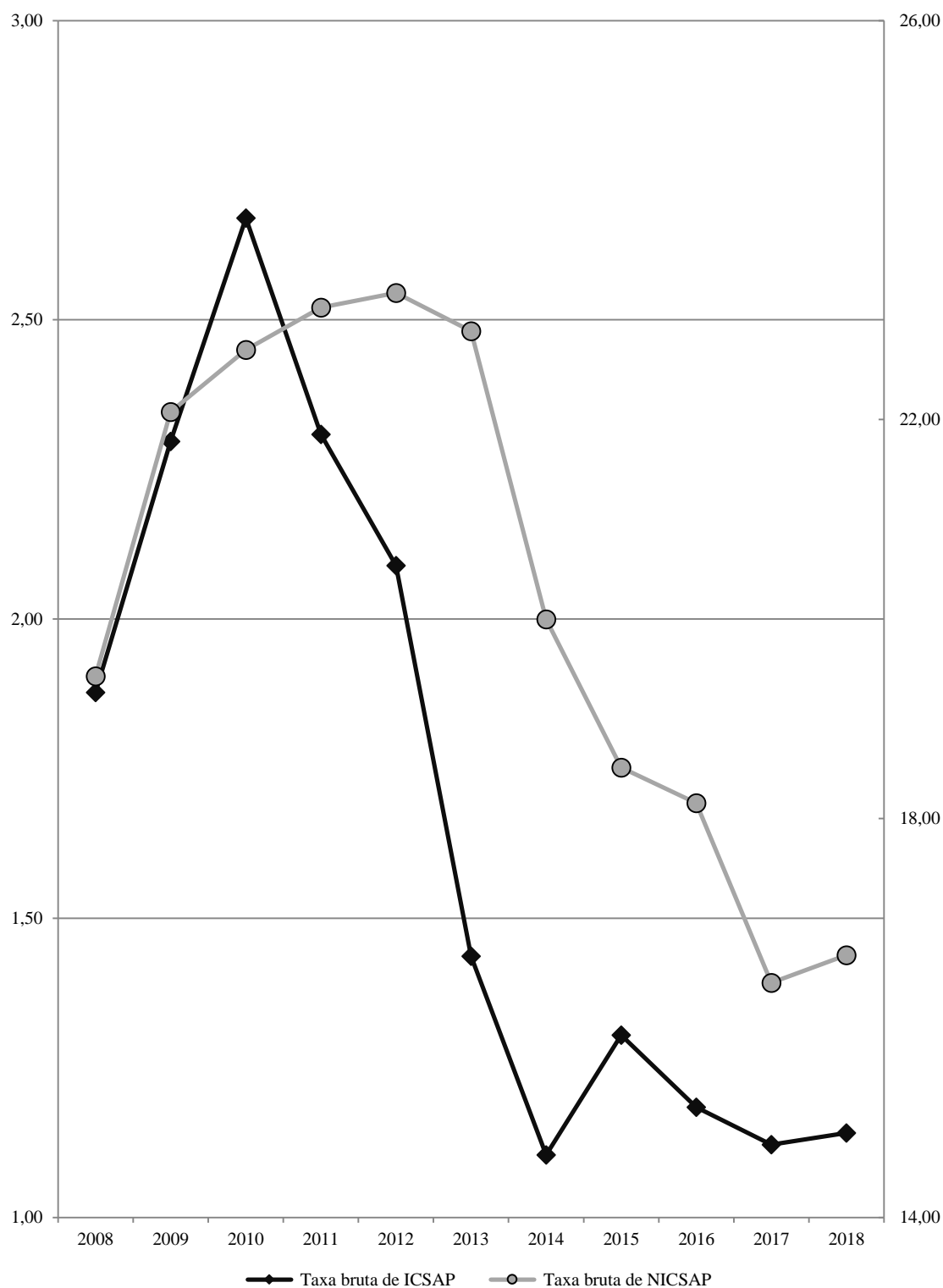
Nota: Considerou-se que uma eSF possui uma média de 3.450 pessoas cadastradas. Considerou-se a proporção ICSAP em relação ao total de internações hospitalares dos residentes da AP 2.1 do município do Rio de Janeiro. Para os dados populacionais, foi considerada a estimativa anual do IPP por AP do município do Rio de Janeiro, estimativa populacional para o meio do ano, de cada ano de análise.

Gráfico A10. Evolução temporal de cobertura potencial eSF da AP 2.1 do Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



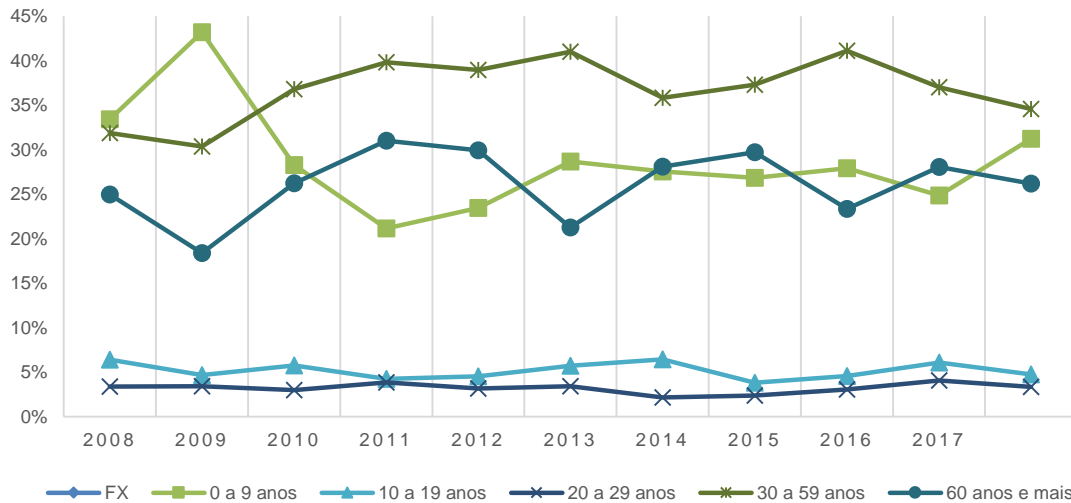
Fonte: DAB/SAS/MS, a partir do número de equipes tipo eSF implantadas. Nota: Considerou-se que uma eSF possui uma média de 3.450 pessoas cadastradas. Para os dados populacionais, foi considerada a estimativa anual do IPP por AP do município do Rio de Janeiro, estimativa populacional para o meio do ano, de cada ano de análise.

Gráfico A11. Distribuição das taxas brutas de ICSAP e NICSAP por 10.000 habitantes no SUS, de residentes da AP 2.1 no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



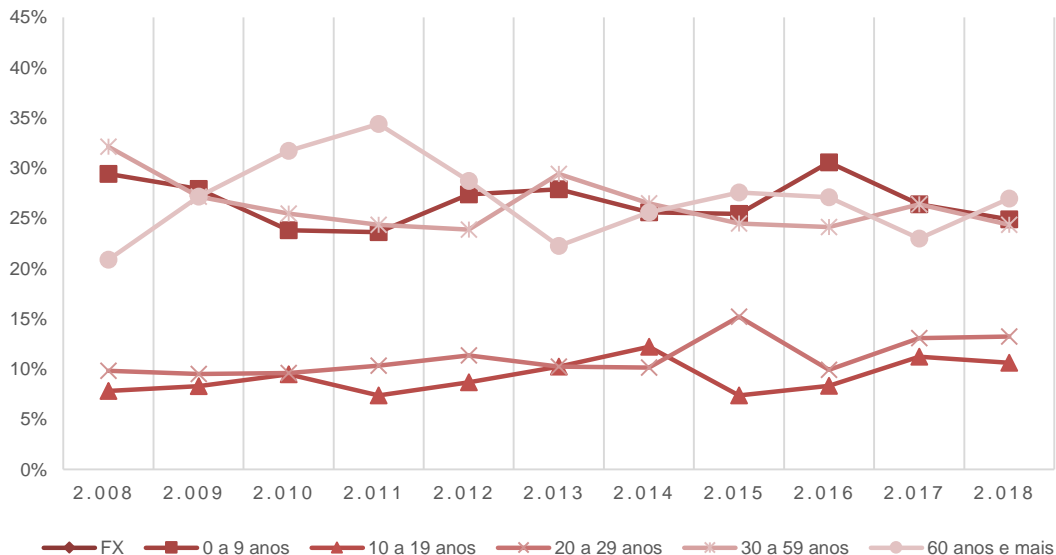
Fonte: Elaboração própria, a partir da leitura e crítica dos microdados das AIH mensais reduzidas, disponíveis no site do DATASUS/MS. Nota: A taxa bruta considerou o número de AIH no SUS de residentes da AP 2.1 do Rio de Janeiro, por 10.000 habitantes, pela população anual estimada do IPP para a AP 2.1.
 Legenda: ICSAP = internações por condições sensíveis à atenção primária; NICSAP = internações por condições não sensíveis à atenção primária.

Gráfico A12. Distribuição % das ICSAP no SUS por sexo masculino e faixa etária, de residentes da AP 2.1 no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



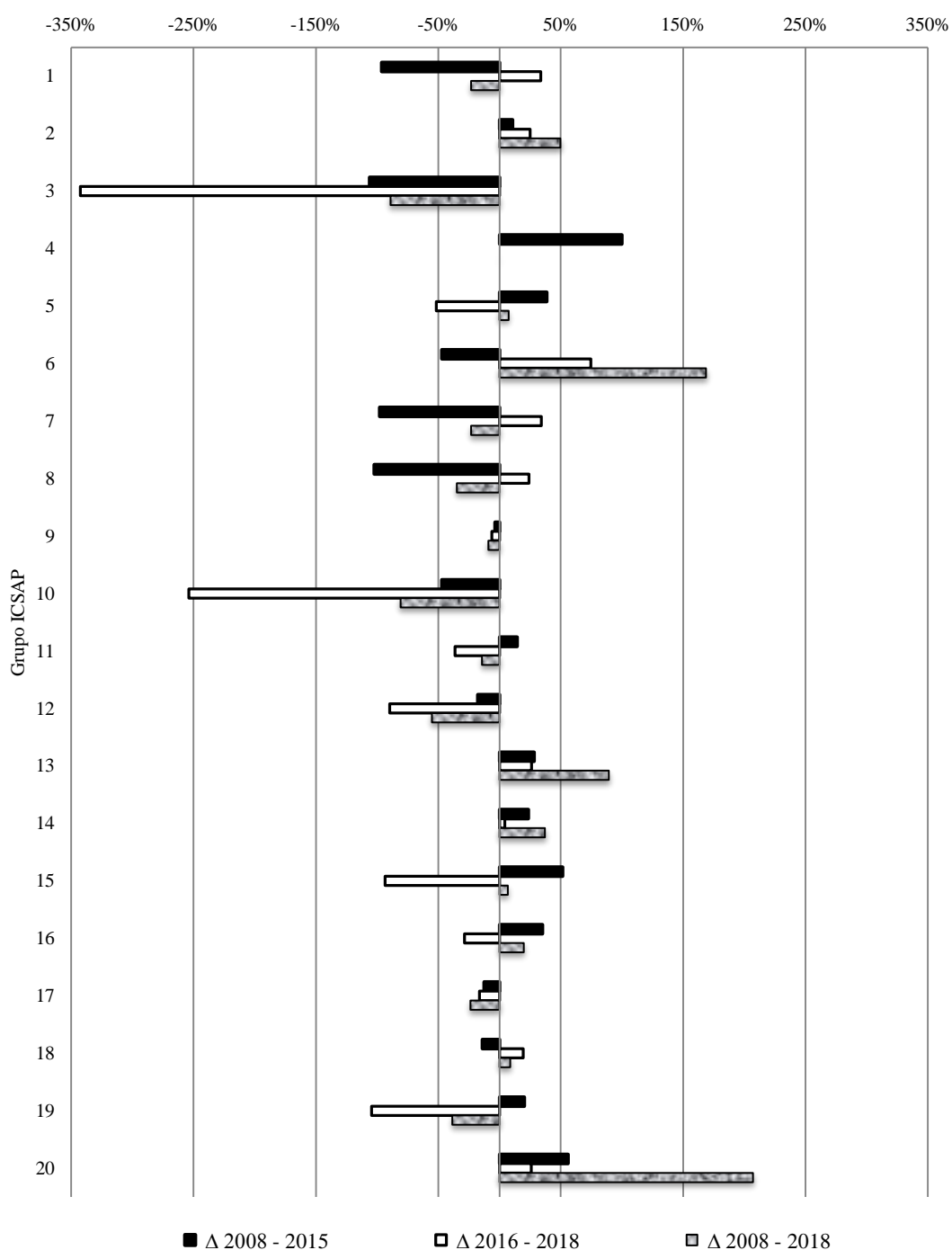
Fonte: Elaboração própria, a partir da leitura e crítica dos microdados das AIH mensais reduzidas, disponíveis no site do DATASUS/MS. Nota: Foram considerados apenas as internações por condições sensíveis a atenção primária (ICSAP) para a elaboração do perfil demográfico por sexo masculino e faixa etária, agrupada em cinco categorias, dos residentes da AP 2.1 do Rio de Janeiro no período de análise.

Gráfico A13. Distribuição % das ICSAP no SUS por sexo feminino e faixa etária, de residentes da AP 2.1 no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



Fonte: Elaboração própria, a partir da leitura e crítica dos microdados das AIH mensais reduzidas, disponíveis no site do DATASUS/MS. Nota: Foram considerados apenas as internações por condições sensíveis a atenção primária (ICSAP) para a elaboração do perfil demográfico por sexo masculino e faixa etária, agrupada em cinco categorias, dos residentes da AP 2.1 do Rio de Janeiro no período de análise.

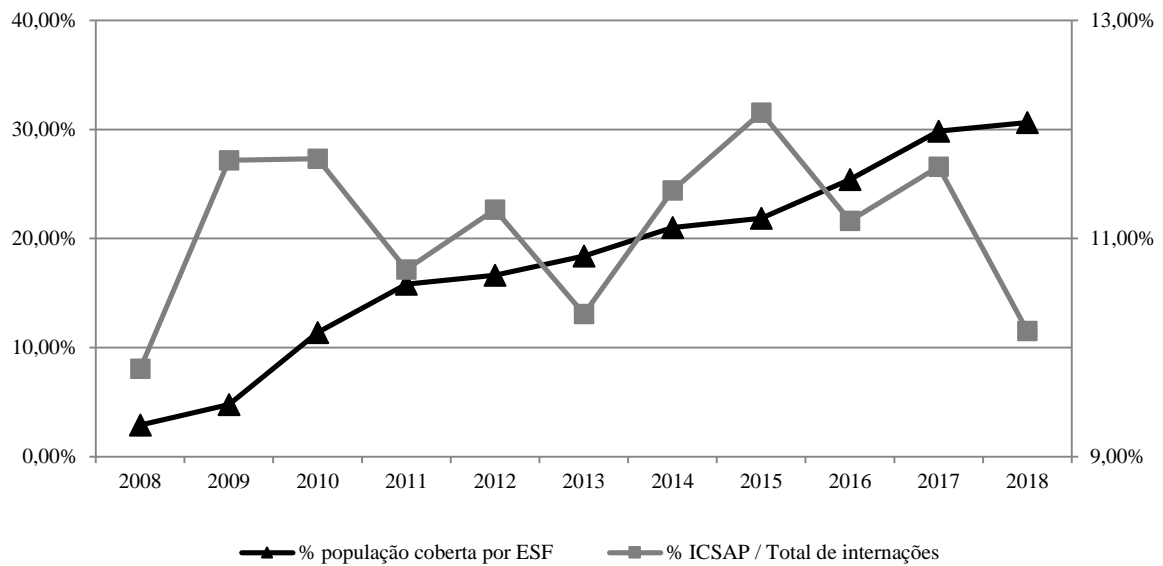
Gráfico A14. Distribuição % da variação por grupo das ICSAP no SUS, de residentes da AP 2.1 do Município do Rio de Janeiro, Δ 2008 – 2015, Δ 2016 – 2018, Δ 2008 – 2018.



Fonte: Elaboração própria, a partir dos microdados do Sistema de Informação Hospitalar, SIH-SUS.

Nota: Considerou-se a variação percentual por Grupo ICSAP nos três períodos de análise Δ 2008 – 2015, Δ 2016 – 2018, Δ 2008 – 2018, de residentes da AP 5.3 do município do Rio de Janeiro. Legenda dos grupos: 1. Doenças imunizáveis; 2. Condições evitáveis; 3. Gastroenterites infecciosas; 4. Anemia; 5. Deficiências nutricionais; 6. Infecções de ouvido, nariz e garganta; 7. Pneumonias bacterianas; 8. Asma; 9. Doenças das vias aéreas inferiores; 10. Hipertensão; 11. Angina pectoris; 12. Insuficiência cardíaca; 13. Doenças cerebrovasculares; 14. Diabetes mellitus; 15. Epilepsias; 16. Infecção no rim e trato urinário; 17. Infecção da pele e tecido subcutâneo; 18. Doença inflamatória de órgãos, pélvicos femininos; 19. Úlcera gastrointestinal; 20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto.

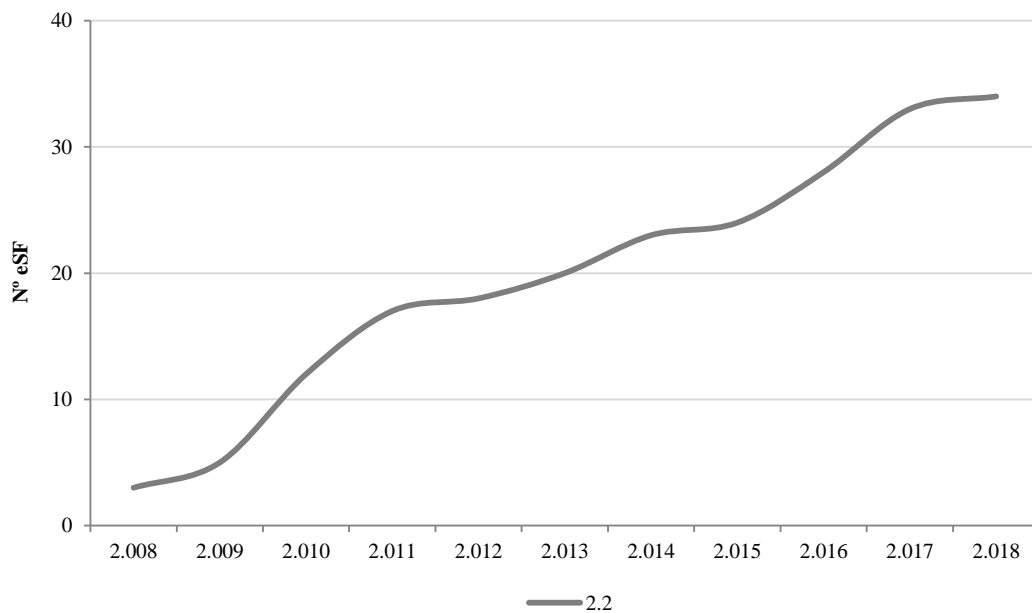
Gráfico A15. Série histórica anual do % de cobertura eSF x % ICSAP / Total de internações de residentes da AP 2.2 no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



Fonte: DAB/SAS/MS, a partir do número de equipes tipo eSF implantadas.

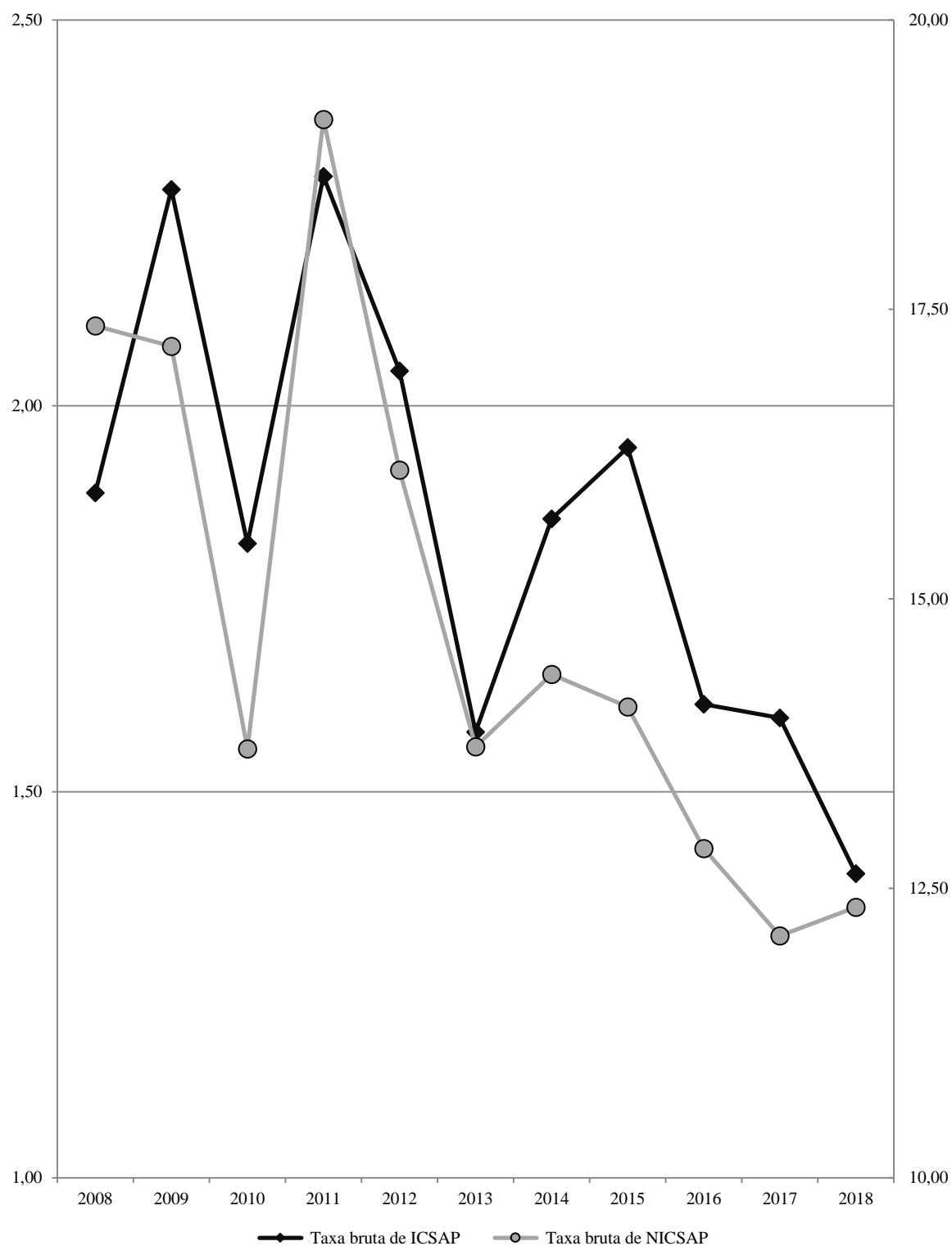
Nota: Considerou-se que uma eSF possui uma média de 3.450 pessoas cadastradas. Considerou-se a proporção ICSAP em relação ao total de internações hospitalares dos residentes da AP 2.2 do município do Rio de Janeiro. Para os dados populacionais, foi considerada a estimativa anual do IPP por AP do município do Rio de Janeiro, estimativa populacional para o meio do ano, de cada ano de análise.

Gráfico A16. Evolução temporal de cobertura potencial eSF da AP 2.2 do Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



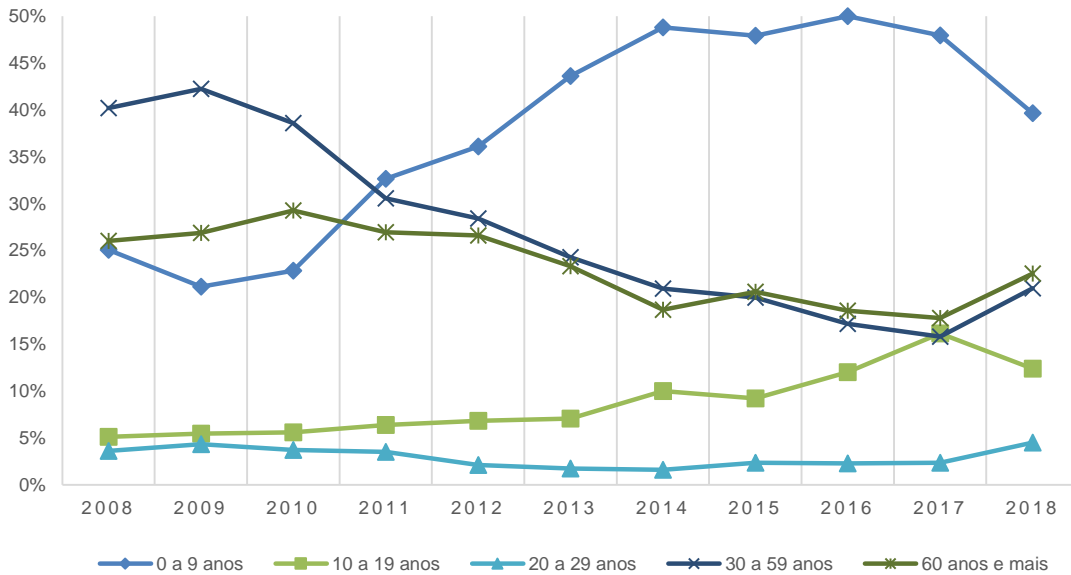
Fonte: DAB/SAS/MS, a partir do número de equipes tipo eSF implantadas. Nota: Considerou-se que uma eSF possui uma média de 3.450 pessoas cadastradas. Para os dados populacionais, foi considerada a estimativa anual do IPP por AP do município do Rio de Janeiro, estimativa populacional para o meio do ano, de cada ano de análise.

Gráfico A17. Distribuição das taxas brutas de ICSAP e NICSAP por 10.000 habitantes no SUS, de residentes da AP 2.2 no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



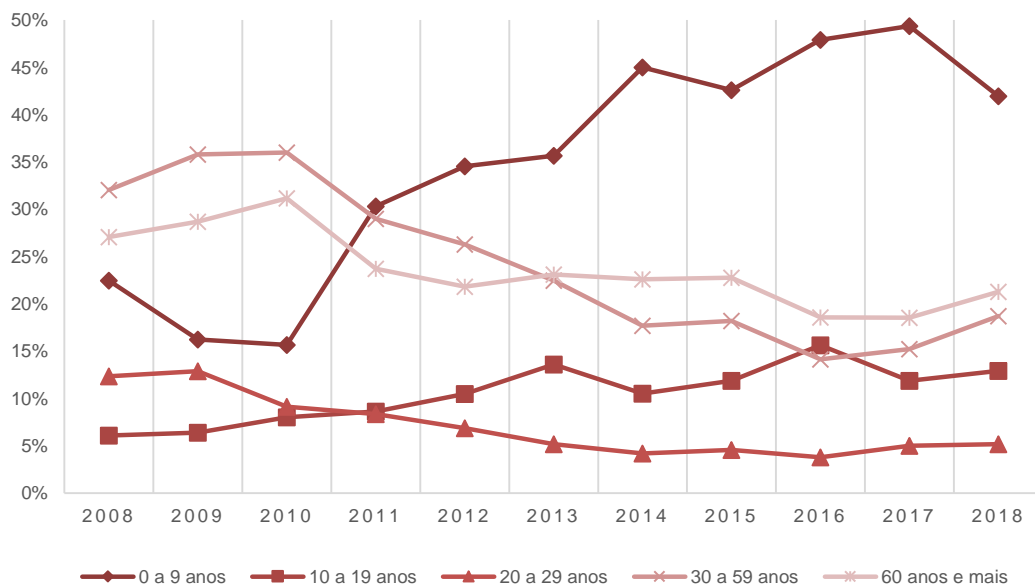
Fonte: Elaboração própria, a partir da leitura e crítica dos microdados das AIH mensais reduzidas, disponíveis no site do DATASUS/MS. Nota: A taxa bruta considerou o número de AIH no SUS de residentes da AP 2.2 do Rio de Janeiro, por 10.000 habitantes, pela população anual estimada do IPP para a AP 2.2.
 Legenda: ICSAP = internações por condições sensíveis à atenção primária; NICSAP = internações por condições não sensíveis à atenção primária.

Gráfico A18. Distribuição % das ICSAP no SUS por sexo masculino e faixa etária, de residentes da AP 2.2 no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



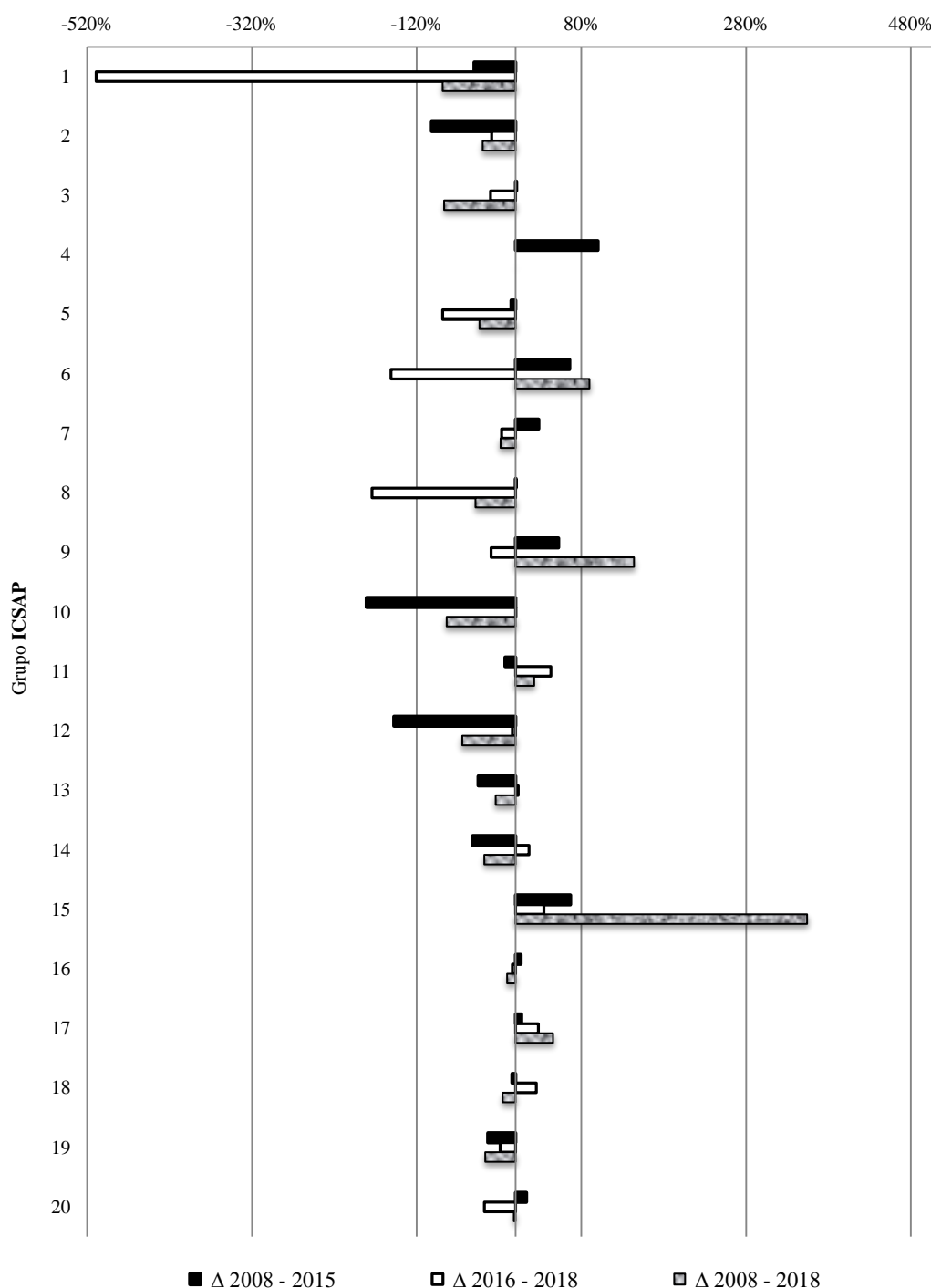
Fonte: Elaboração própria, a partir da leitura e crítica dos microdados das AIH mensais reduzidas, disponíveis no site do DATASUS/MS. Nota: Foram considerados apenas as internações por condições sensíveis a atenção primária (ICSAP) para a elaboração do perfil demográfico por sexo masculino e faixa etária, agrupada em cinco categorias, dos residentes da AP 2.2 do Rio de Janeiro no período de análise.

Gráfico A19. Distribuição % das ICSAP no SUS por sexo feminino e faixa etária, de residentes da AP 2.2 no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



Fonte: Elaboração própria, a partir da leitura e crítica dos microdados das AIH mensais reduzidas, disponíveis no site do DATASUS/MS. Nota: Foram considerados apenas as internações por condições sensíveis a atenção primária (ICSAP) para a elaboração do perfil demográfico por sexo feminino e faixa etária, agrupada em cinco categorias, dos residentes da AP 2.2 do Rio de Janeiro no período de análise.

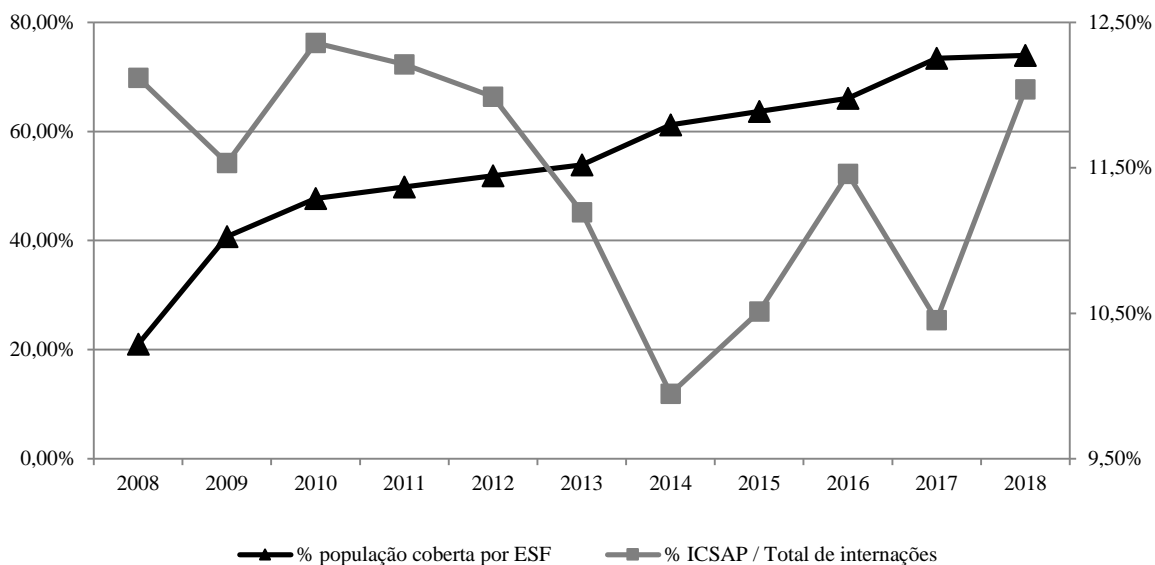
Gráfico A20. Distribuição % da variação por grupo das ICSAP no SUS, de residentes da AP 2.2 do Município do Rio de Janeiro, Δ 2008 – 2015, Δ 2016 – 2018, Δ 2008 – 2018.



Fonte: Elaboração própria, a partir dos microdados do Sistema de Informação Hospitalar, SIH-SUS.

Nota: Considerou-se a variação percentual por Grupo ICSAP nos três períodos de análise Δ 2008 – 2015, Δ 2016 – 2018, Δ 2008 – 2018, de residentes da AP 5.3 do município do Rio de Janeiro. Legenda dos grupos: 1. Doenças imunizáveis; 2. Condições evitáveis; 3. Gastroenterites infecciosas; 4. Anemia; 5. Deficiências nutricionais; 6. Infecções de ouvido, nariz e garganta; 7. Pneumonias bacterianas; 8. Asma; 9. Doenças das vias aéreas inferiores; 10. Hipertensão; 11. Angina pectoris; 12. Insuficiência cardíaca; 13. Doenças cerebrovasculares; 14. Diabetes mellitus; 15. Epilepsias; 16. Infecção no rim e trato urinário; 17. Infecção da pele e tecido subcutâneo; 18. Doença inflamatória de órgãos, pélvicos femininos; 19. Úlcera gastrointestinal; 20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto.

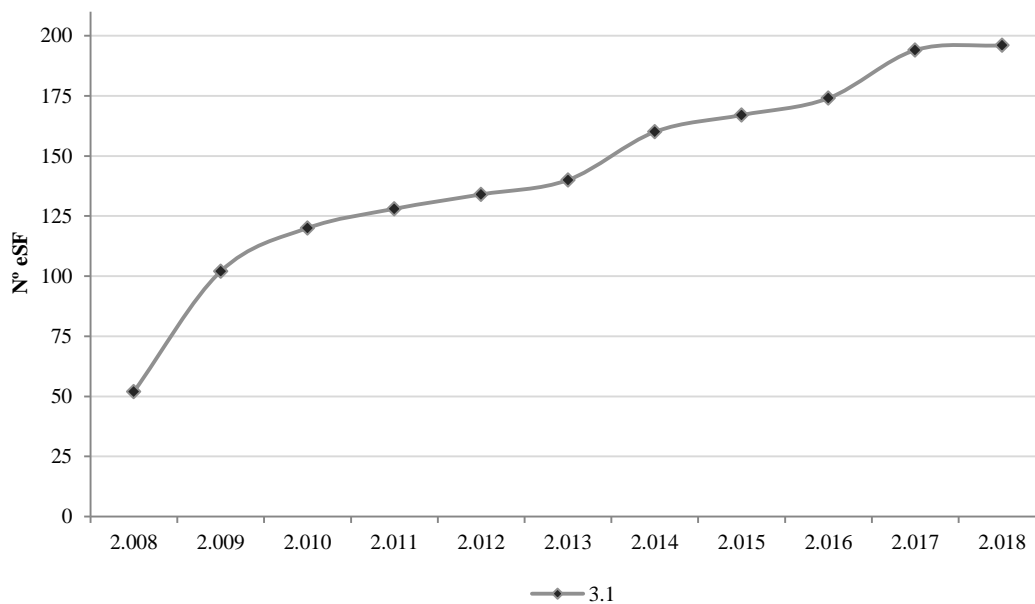
Gráfico A21 . Série histórica anual do % de cobertura eSF x % ICSAP / Total de internações de residentes da AP 3.1 do Rio de Janeiro no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



Fonte: DAB/SAS/MS, a partir do número de equipes tipo eSF implantadas.

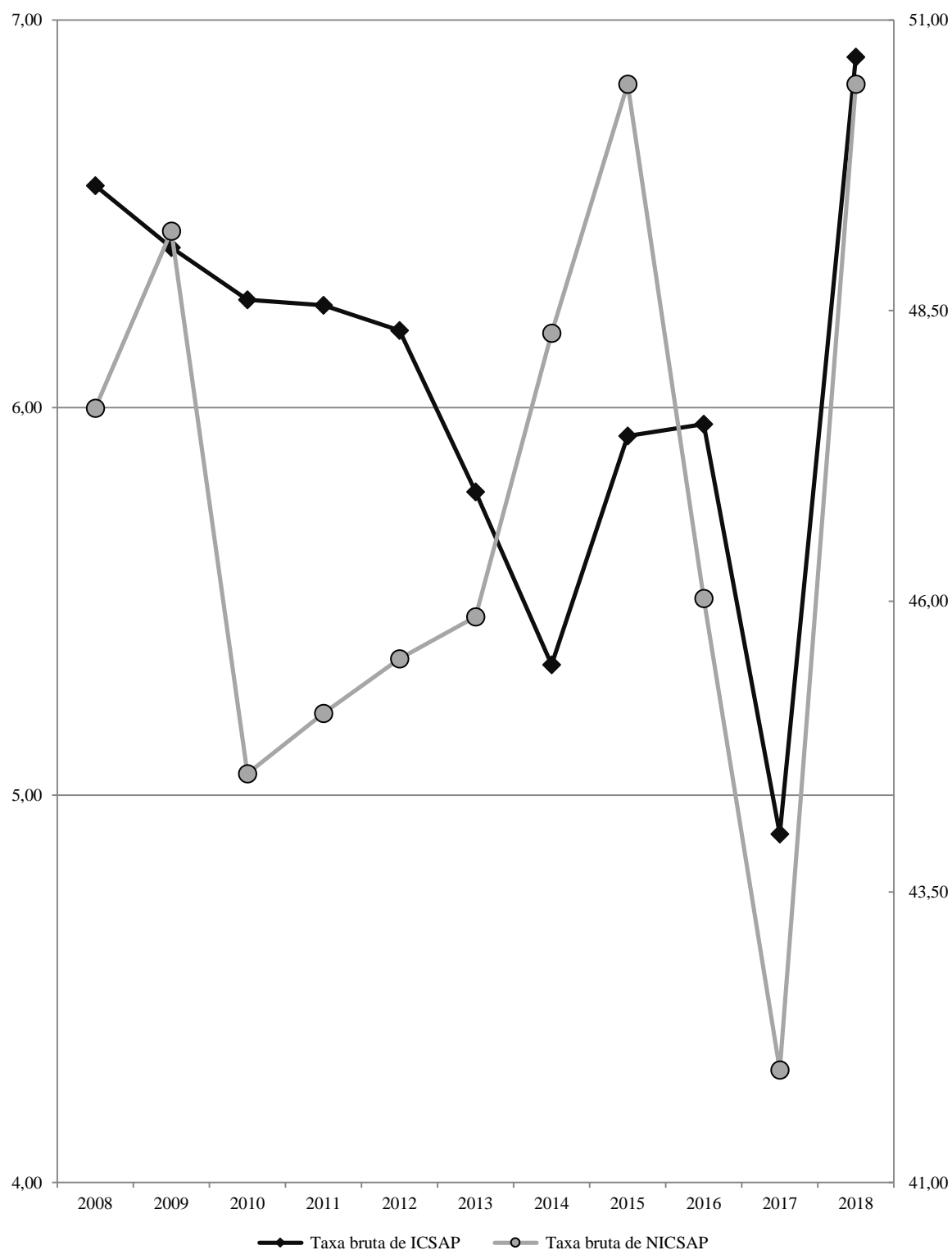
Nota: Considerou-se que uma eSF possui uma média de 3.450 pessoas cadastradas. Considerou-se a proporção ICSAP em relação ao total de internações hospitalares dos residentes da AP 3.1 do município do Rio de Janeiro. Para os dados populacionais, foi considerada a estimativa anual do IPP por AP do município do Rio de Janeiro, estimativa populacional para o meio do ano, de cada ano de análise.

Gráfico A22. Evolução temporal de cobertura potencial eSF da AP 3.1 do Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



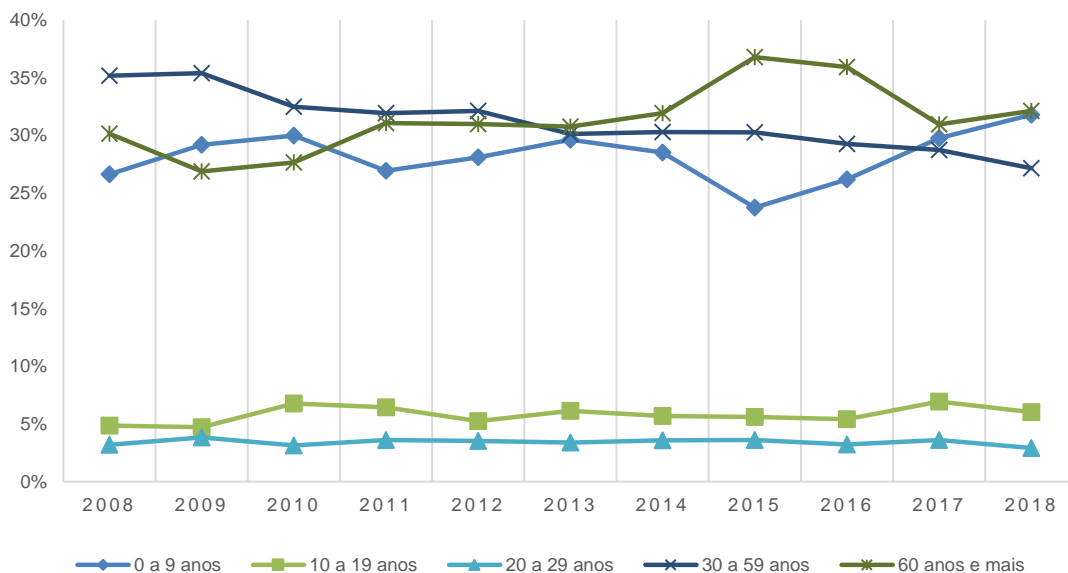
Fonte: DAB/SAS/MS, a partir do número de equipes tipo eSF implantadas. Nota: Considerou-se que uma eSF possui uma média de 3.450 pessoas cadastradas. Para os dados populacionais, foi considerada a estimativa anual do IPP por AP do município do Rio de Janeiro, estimativa populacional para o meio do ano, de cada ano de análise.

Gráfico A23. Distribuição das taxas brutas de ICSAP e NICSAP por 10.000 habitantes no SUS, de residentes da AP 3.1 no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



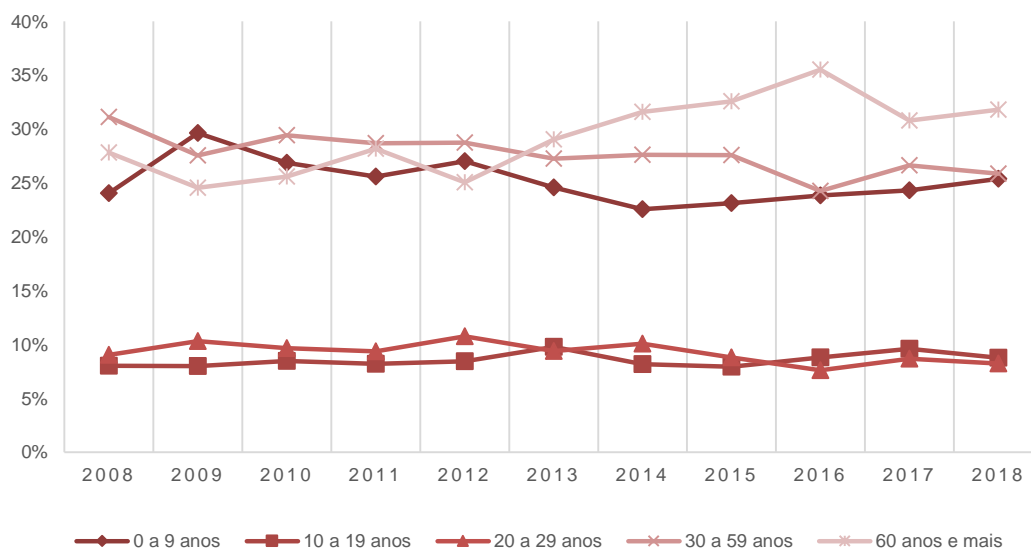
Fonte: Elaboração própria, a partir da leitura e crítica dos microdados das AIH mensais reduzidas, disponíveis no site do DATASUS/MS. Nota: A taxa bruta considerou o número de AIH no SUS de residentes da AP 3.1 do Rio de Janeiro, por 10.000 habitantes, pela população anual estimada do IPP para a AP 3.1.
 Legenda: ICSAP = internações por condições sensíveis à atenção primária; NICSAP = internações por condições não sensíveis à atenção primária.

Gráfico A24. Distribuição % das ICSAP no SUS por sexo masculino e faixa etária, de residentes da AP 3.1 no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



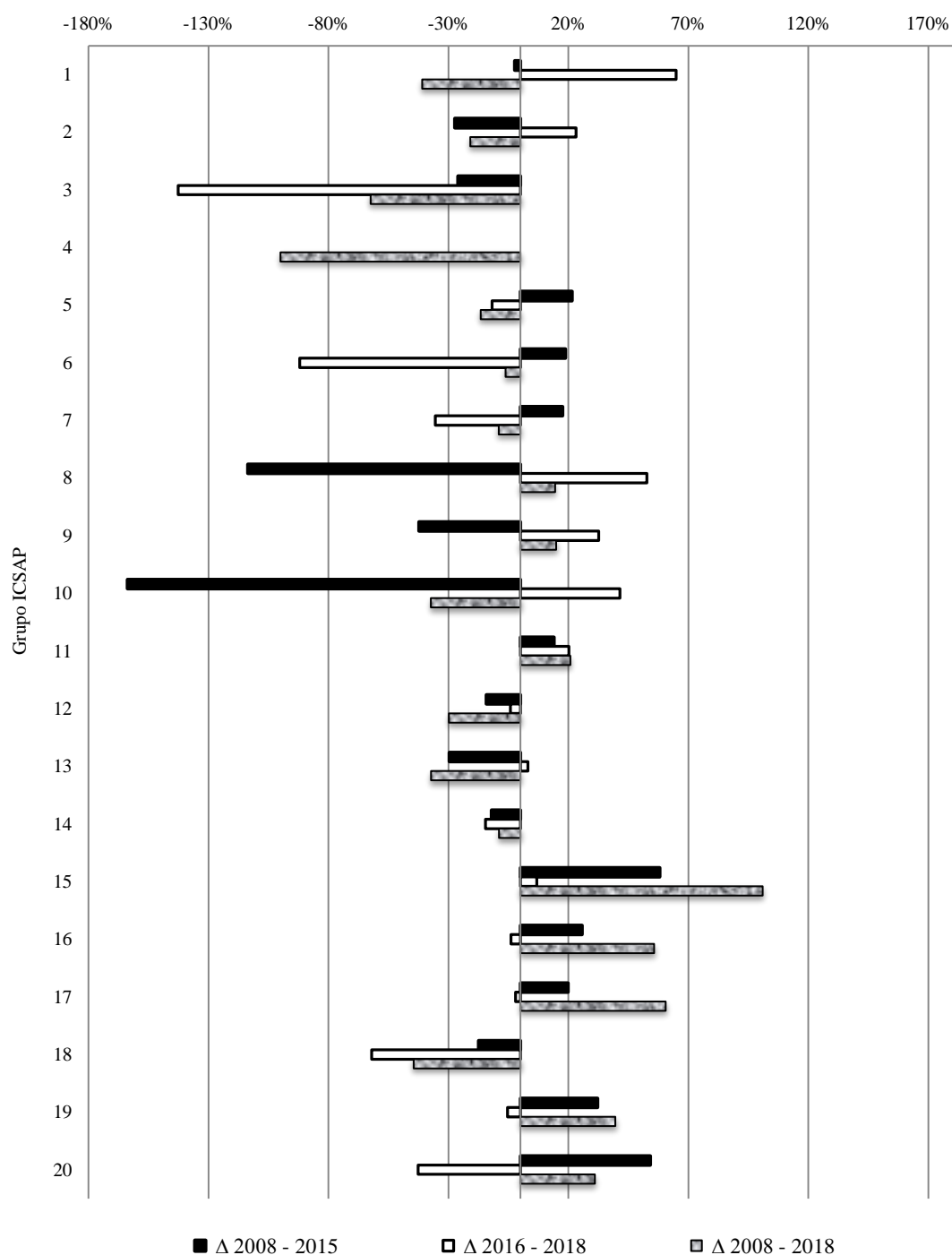
Fonte: Elaboração própria, a partir da leitura e crítica dos microdados das AIH mensais reduzidas, disponíveis no site do DATASUS/MS. Nota: Foram considerados apenas as internações por condições sensíveis a atenção primária (ICSAP) para a elaboração do perfil demográfico por sexo masculino e faixa etária, agrupada em cinco categorias, dos residentes da AP 3.1 do Rio de Janeiro no período de análise.

Gráfico A25. Distribuição % das ICSAP no SUS por sexo feminino e faixa etária, de residentes da AP 3.1 no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



Fonte: Elaboração própria, a partir da leitura e crítica dos microdados das AIH mensais reduzidas, disponíveis no site do DATASUS/MS. Nota: Foram considerados apenas as internações por condições sensíveis a atenção primária (ICSAP) para a elaboração do perfil demográfico por sexo feminino e faixa etária, agrupada em cinco categorias, dos residentes da AP 3.1 do Rio de Janeiro no período de análise.

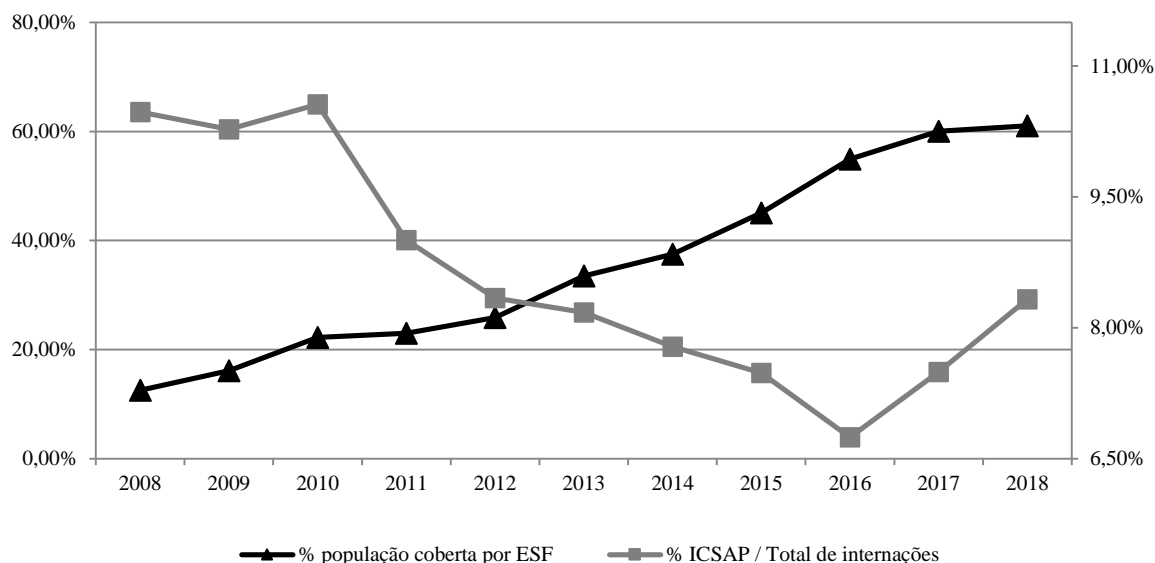
Gráfico A26. Distribuição % da variação por grupo das ICSAP no SUS, de residentes da AP 3.1 do Município do Rio de Janeiro, Δ 2008 – 2015, Δ 2016 – 2018, Δ 2008 – 2018.



Fonte: Elaboração própria, a partir dos microdados do Sistema de Informação Hospitalar, SIH-SUS.

Nota: Considerou-se a variação percentual por Grupo ICSAP nos três períodos de análise Δ 2008 – 2015, Δ 2016 – 2018, Δ 2008 – 2018, de residentes da AP 5.3 do município do Rio de Janeiro. Legenda dos grupos: 1. Doenças imunizáveis; 2. Condições evitáveis; 3. Gastroenterites infecciosas; 4. Anemia; 5. Deficiências nutricionais; 6. Infecções de ouvido, nariz e garganta; 7. Pneumonias bacterianas; 8. Asma; 9. Doenças das vias aéreas inferiores; 10. Hipertensão; 11. Angina pectoris; 12. Insuficiência cardíaca; 13. Doenças cerebrovasculares; 14. Diabetes mellitus; 15. Epilepsias; 16. Infecção no rim e trato urinário; 17. Infecção da pele e tecido subcutâneo; 18. Doença inflamatória de órgãos, pélvicos femininos; 19. Úlcera gastrointestinal; 20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto.

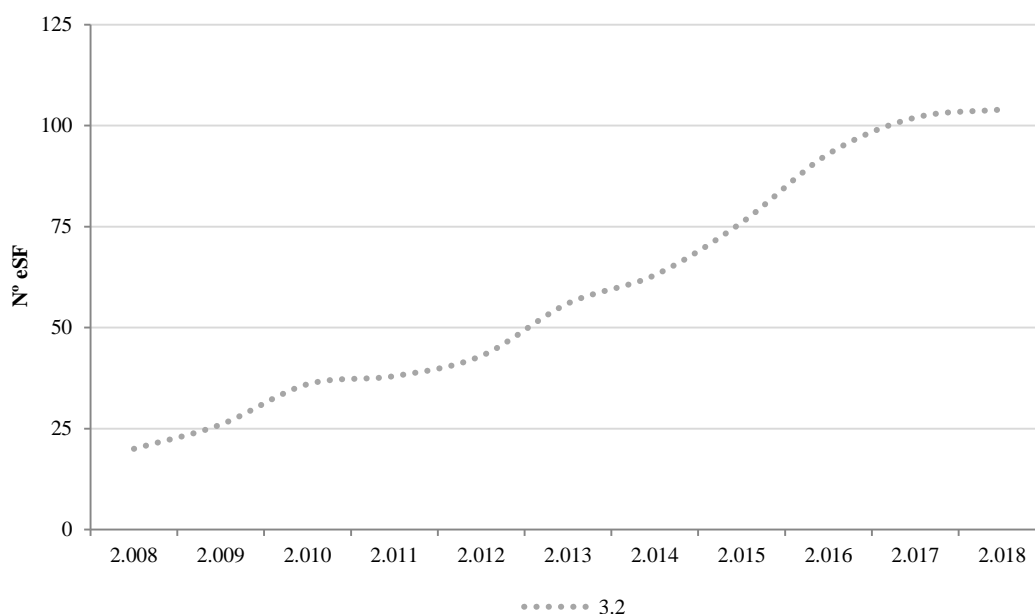
Gráfico A27. Série histórica anual do % de cobertura eSF x % ICSAP / Total de internações de residentes da AP 3.2 no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



Fonte: DAB/SAS/MS, a partir do número de equipes tipo eSF implantadas.

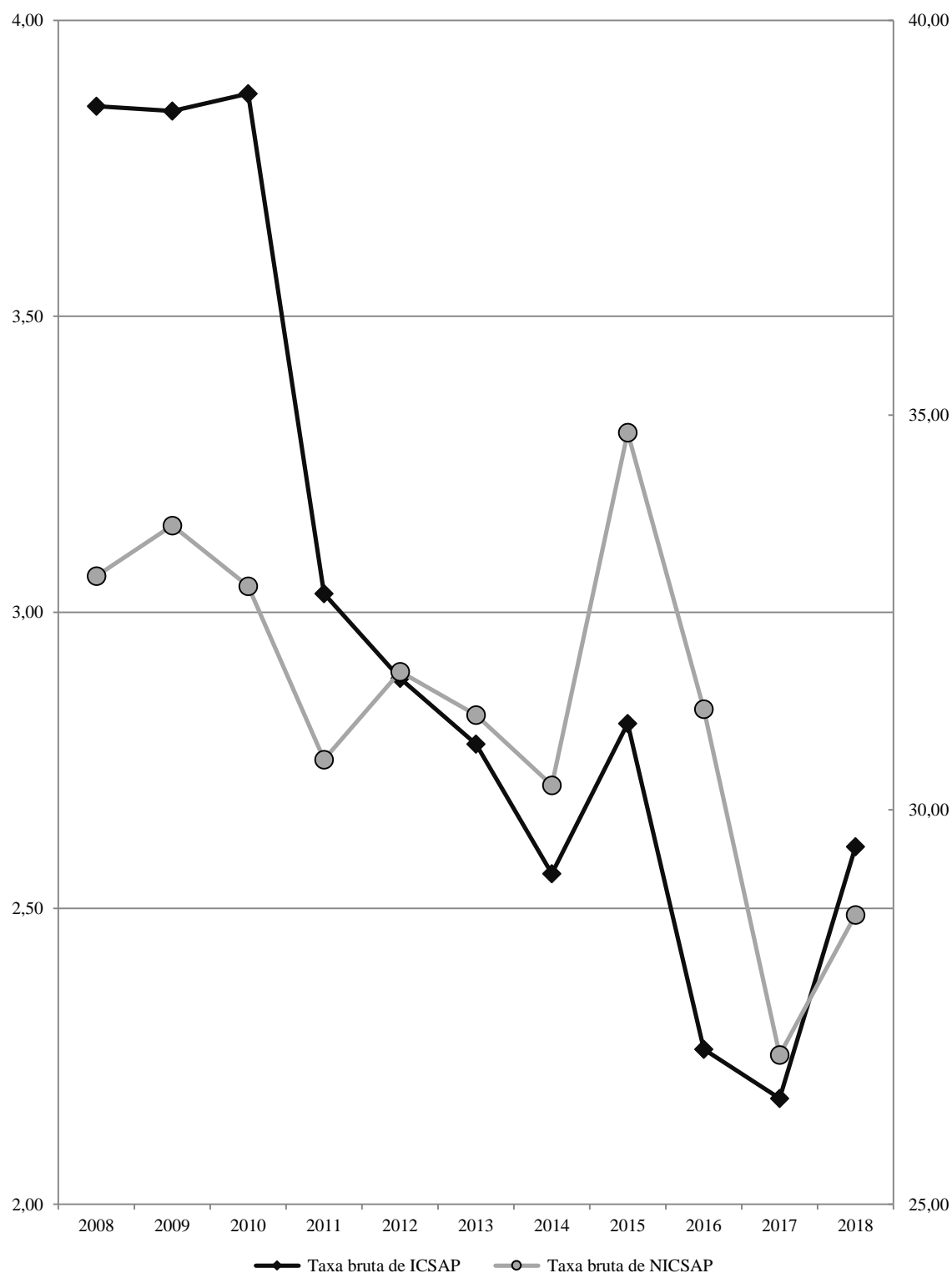
Nota: Considerou-se que uma eSF possui uma média de 3.450 pessoas cadastradas. Considerou-se a proporção ICSAP em relação ao total de internações hospitalares dos residentes da AP 3.2 do município do Rio de Janeiro. Para os dados populacionais, foi considerada a estimativa anual do IPP por AP do município do Rio de Janeiro, estimativa populacional para o meio do ano, de cada ano de análise.

Gráfico A28. Evolução temporal de cobertura potencial eSF da AP 3.2 do Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



Fonte: DAB/SAS/MS, a partir do número de equipes tipo eSF implantadas. Nota: Considerou-se que uma eSF possui uma média de 3.450 pessoas cadastradas. Para os dados populacionais, foi considerada a estimativa anual do IPP por AP do município do Rio de Janeiro, estimativa populacional para o meio do ano, de cada ano de análise.

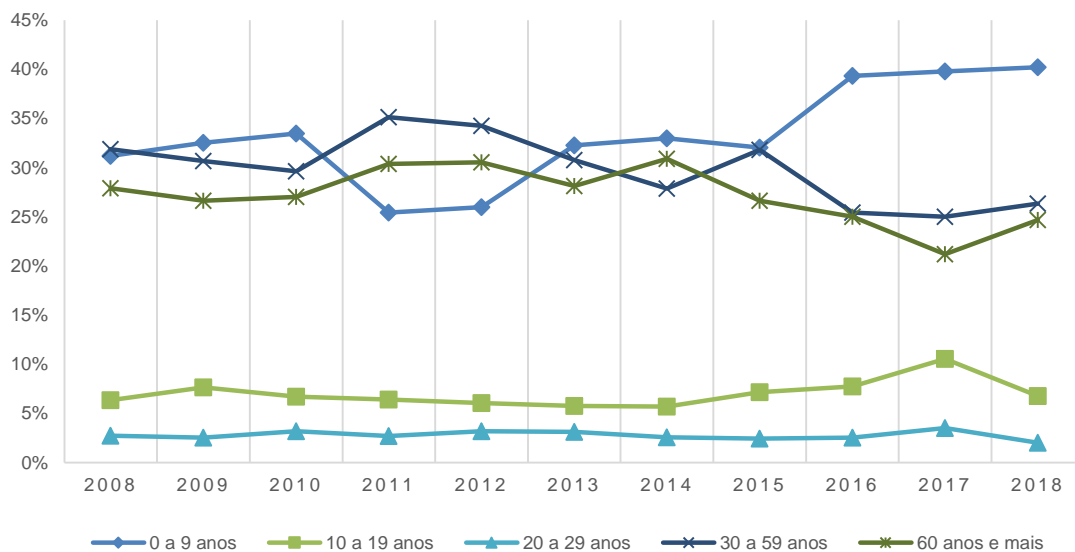
Gráfico A29. Distribuição das taxas brutas de ICSAP e NICSAP por 10.000 habitantes no SUS, de residentes da AP 3.2 no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



Fonte: Elaboração própria, a partir da leitura e crítica dos microdados das AIH mensais reduzidas, disponíveis no site do DATASUS/MS. Nota: A taxa bruta considerou o número de AIH no SUS de residentes da AP 3.2 do Rio de Janeiro, por 10.000 habitantes, pela população anual estimada do IPP para a AP 3.2.

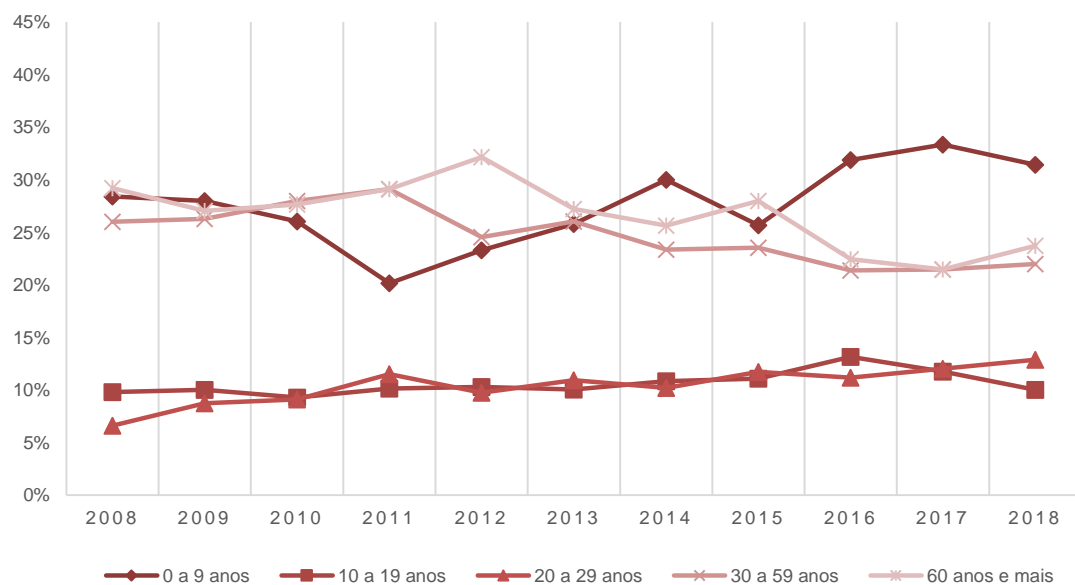
Legenda: ICSAP = internações por condições sensíveis à atenção primária; NICSAP = internações por condições não sensíveis à atenção primária.

Gráfico A30. Distribuição % das ICSAP no SUS por sexo masculino e faixa etária, de residentes da AP 3.2 no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



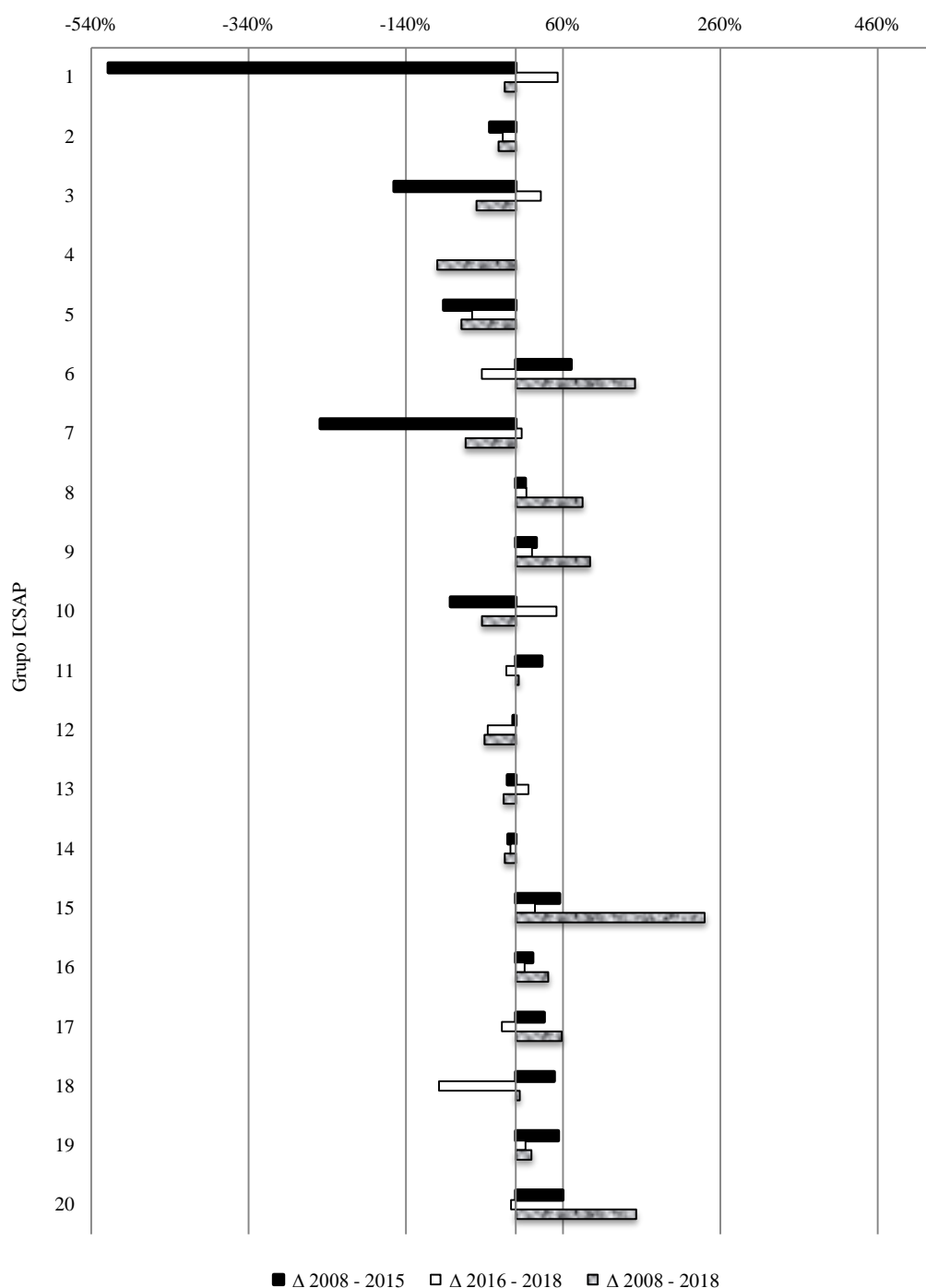
Fonte: Elaboração própria, a partir da leitura e crítica dos microdados das AIH mensais reduzidas, disponíveis no site do DATASUS/MS. Nota: Foram considerados apenas as internações por condições sensíveis a atenção primária (ICSAP) para a elaboração do perfil demográfico por sexo masculino e faixa etária, agrupada em cinco categorias, dos residentes da AP 3.2 do Rio de Janeiro no período de análise.

Gráfico A31. Distribuição % das ICSAP no SUS por sexo feminino e faixa etária, de residentes da AP 3.2 no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



Fonte: Elaboração própria, a partir da leitura e crítica dos microdados das AIH mensais reduzidas, disponíveis no site do DATASUS/MS. Nota: Foram considerados apenas as internações por condições sensíveis a atenção primária (ICSAP) para a elaboração do perfil demográfico por sexo feminino e faixa etária, agrupada em cinco categorias, dos residentes da AP 3.2 do Rio de Janeiro no período de análise.

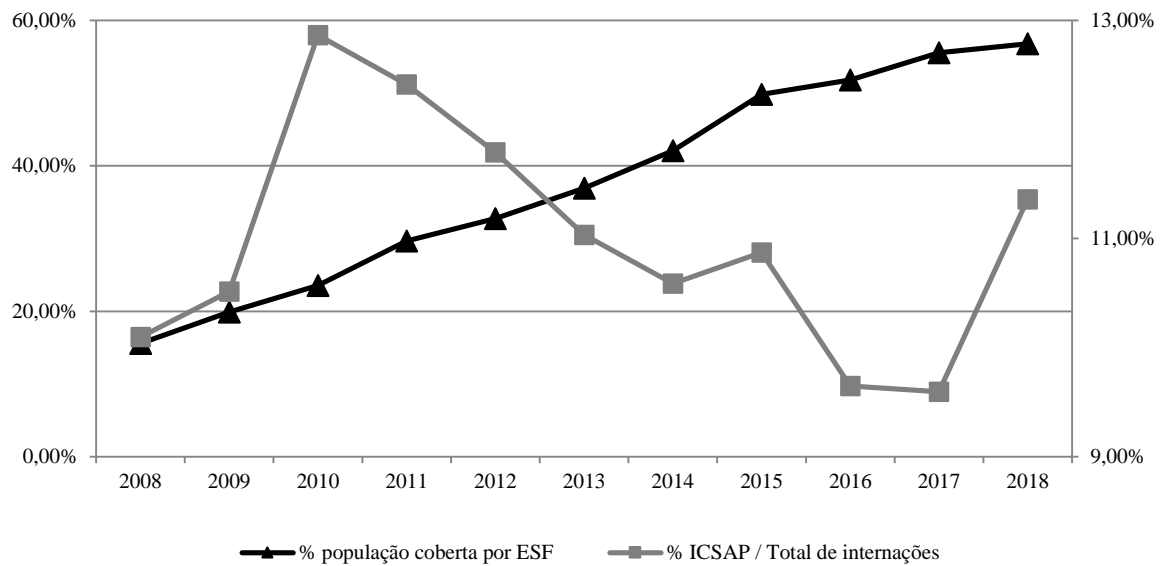
Gráfico A32. Distribuição % da variação por grupo das ICSAP no SUS, de residentes da AP 3.2 do Município do Rio de Janeiro, Δ 2008 – 2015, Δ 2016 – 2018, Δ 2008 – 2018.



Fonte: Elaboração própria, a partir dos microdados do Sistema de Informação Hospitalar, SIH-SUS.

Nota: Considerou-se a variação percentual por Grupo ICSAP nos três períodos de análise Δ 2008 – 2015, Δ 2016 – 2018, Δ 2008 – 2018, de residentes da AP 5.3 do município do Rio de Janeiro. Legenda dos grupos: 1. Doenças imunizáveis; 2. Condições evitáveis; 3. Gastroenterites infecciosas; 4. Anemia; 5. Deficiências nutricionais; 6. Infecções de ouvido, nariz e garganta; 7. Pneumonias bacterianas; 8. Asma; 9. Doenças das vias aéreas inferiores; 10. Hipertensão; 11. Angina pectoris; 12. Insuficiência cardíaca; 13. Doenças cerebrovasculares; 14. Diabetes mellitus; 15. Epilepsias; 16. Infecção no rim e trato urinário; 17. Infecção da pele e tecido subcutâneo; 18. Doença inflamatória de órgãos, pélvicos femininos; 19. Úlcera gastrointestinal; 20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto.

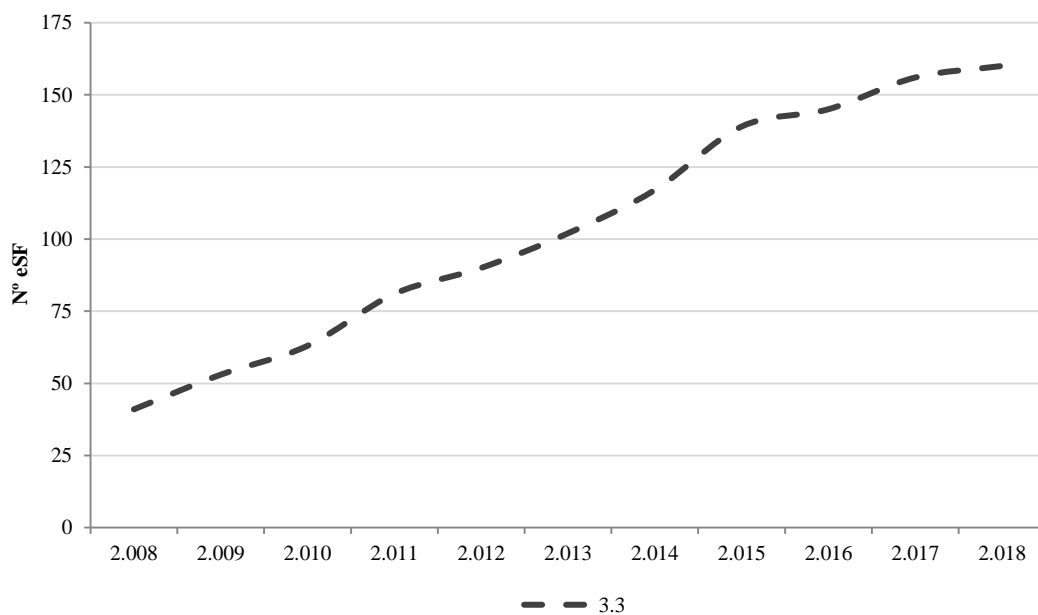
Gráfico A33. Série histórica anual do % de cobertura eSF x % ICSAP / Total de internações de residentes da AP 3.3 no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



Fonte: DAB/SAS/MS, a partir do número de equipes tipo eSF implantadas.

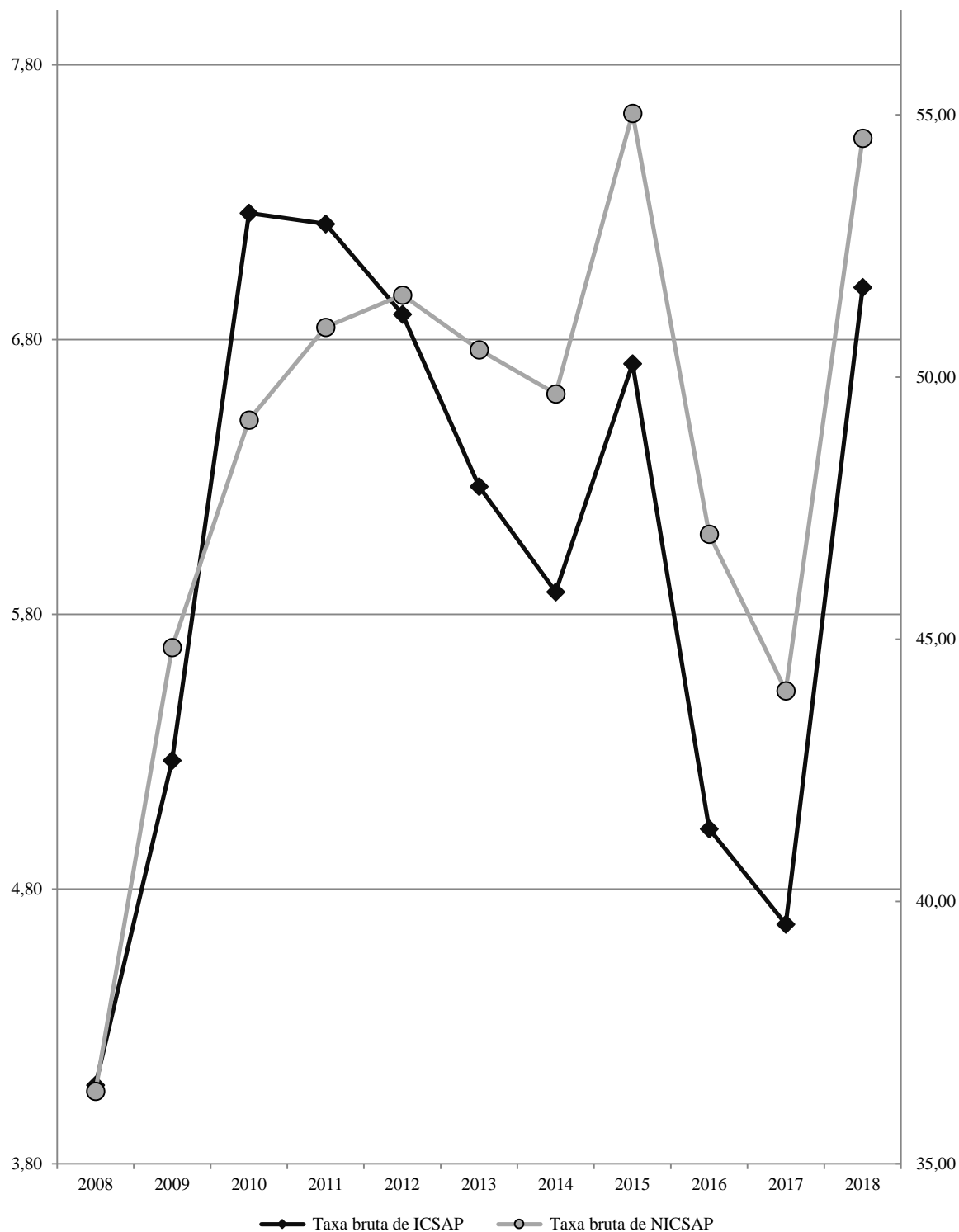
Nota: Considerou-se que uma eSF possui uma média de 3.450 pessoas cadastradas. Considerou-se a proporção ICSAP em relação ao total de internações hospitalares dos residentes da AP 3.3 do município do Rio de Janeiro. Para os dados populacionais, foi considerada a estimativa anual do IPP por AP do município do Rio de Janeiro, estimativa populacional para o meio do ano, de cada ano de análise.

Gráfico A34. Evolução temporal de cobertura potencial eSF da AP 3.3 do Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



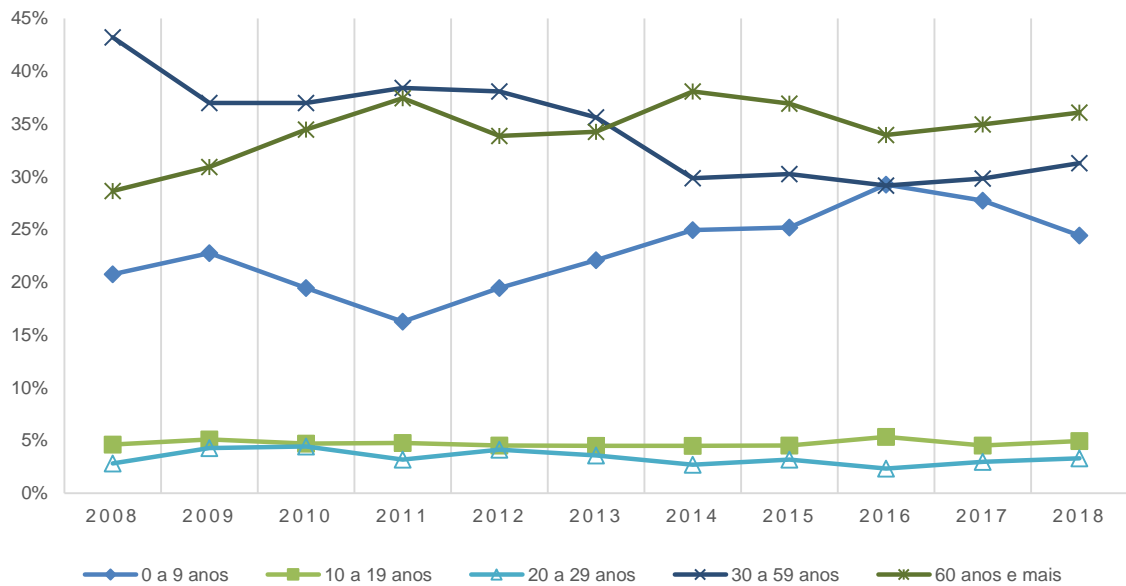
Fonte: DAB/SAS/MS, a partir do número de equipes tipo eSF implantadas. Nota: Considerou-se que uma eSF possui uma média de 3.450 pessoas cadastradas. Para os dados populacionais, foi considerada a estimativa anual do IPP por AP do município do Rio de Janeiro, estimativa populacional para o meio do ano, de cada ano de análise.

Gráfico A35. Distribuição das taxas brutas de ICSAP e NICSAP por 10.000 habitantes no SUS, de residentes da AP 3.3 no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



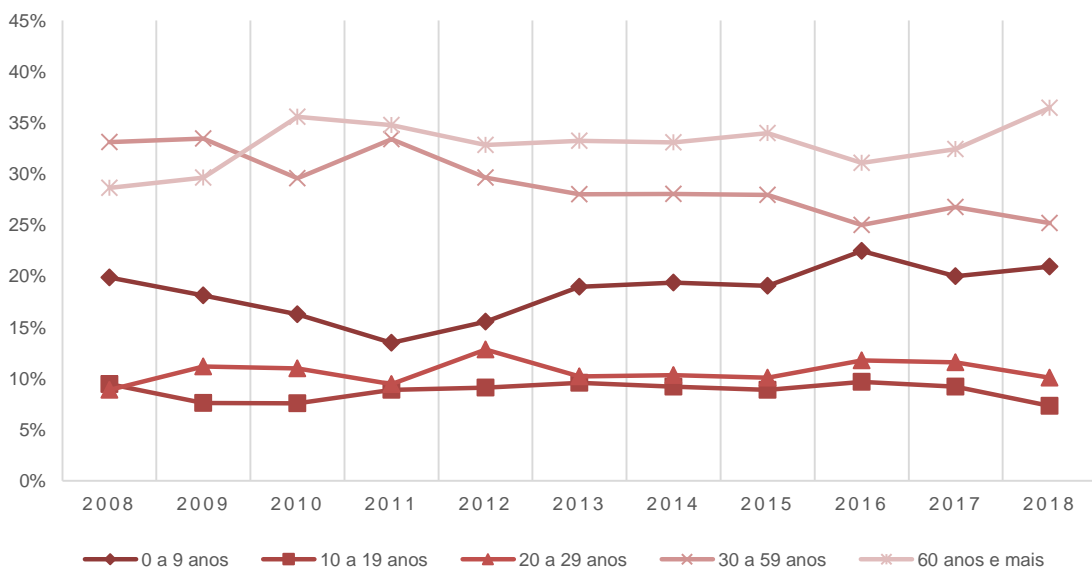
Fonte: Elaboração própria, a partir da leitura e crítica dos microdados das AIH mensais reduzidas, disponíveis no site do DATASUS/MS. Nota: A taxa bruta considerou o número de AIH no SUS de residentes da AP 3.3 do Rio de Janeiro, por 10.000 habitantes, pela população anual estimada do IPP para a AP 3.3. Legenda: ICSAP = internações por condições sensíveis à atenção primária; NICSAP = internações por condições não sensíveis à atenção primária.

Gráfico A36. Distribuição % das ICSAP no SUS por sexo masculino e faixa etária, de residentes da AP 3.3 no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



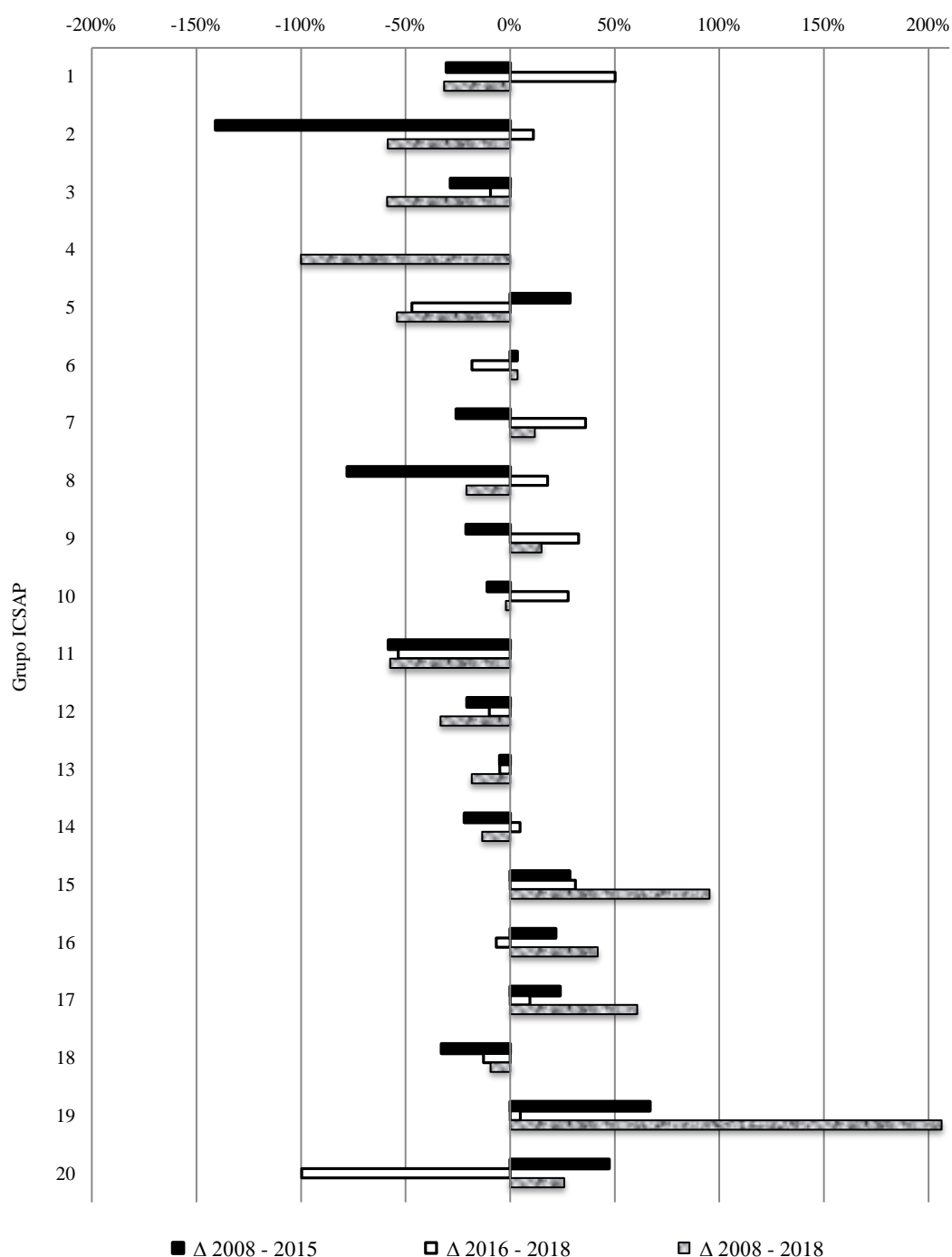
Fonte: Elaboração própria, a partir da leitura e crítica dos microdados das AIH mensais reduzidas, disponíveis no site do DATASUS/MS. Nota: Foram considerados apenas as internações por condições sensíveis a atenção primária (ICSAP) para a elaboração do perfil demográfico por sexo masculino e faixa etária, agrupada em cinco categorias, dos residentes da AP 3.3 do Rio de Janeiro no período de análise.

Gráfico A37. Distribuição % das ICSAP no SUS por sexo feminino e faixa etária, de residentes da AP 3.3 no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



Fonte: Elaboração própria, a partir da leitura e crítica dos microdados das AIH mensais reduzidas, disponíveis no site do DATASUS/MS. Nota: Foram considerados apenas as internações por condições sensíveis a atenção primária (ICSAP) para a elaboração do perfil demográfico por sexo feminino e faixa etária, agrupada em cinco categorias, dos residentes da AP 3.3 do Rio de Janeiro no período de análise.

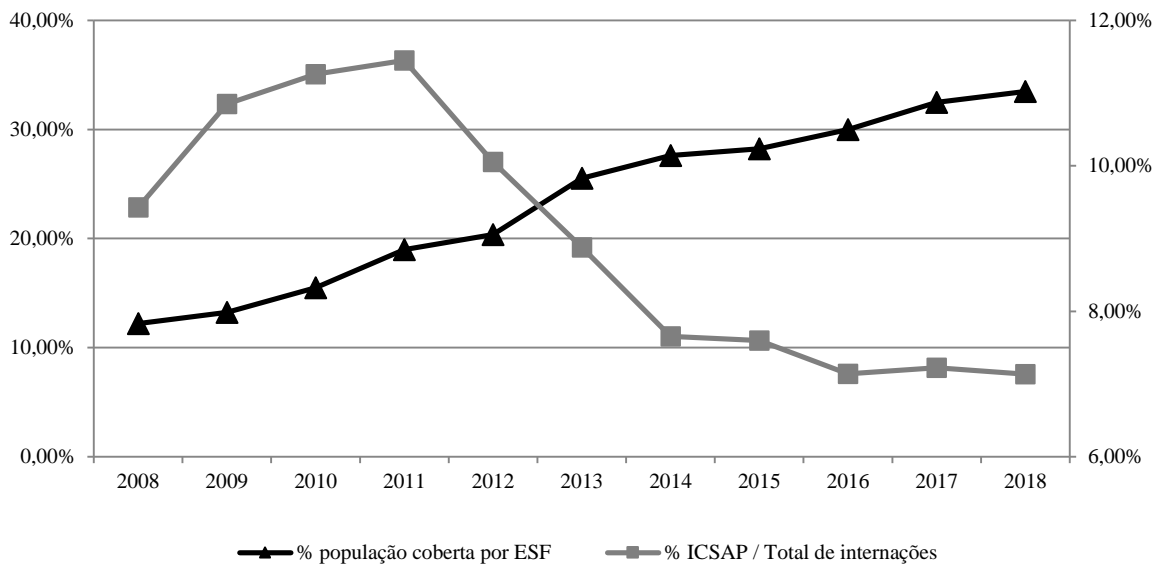
Gráfico A38. Distribuição % da variação por grupo das ICSAP no SUS, de residentes da AP 3.3 do Município do Rio de Janeiro, Δ 2008 – 2015, Δ 2016 – 2018, Δ 2008 – 2018.



Fonte: Elaboração própria, a partir dos microdados do Sistema de Informação Hospitalar, SIH-SUS.

Nota: Considerou-se a variação percentual por Grupo ICSAP nos três períodos de análise Δ 2008 – 2015, Δ 2016 – 2018, Δ 2008 – 2018, de residentes da AP 5.3 do município do Rio de Janeiro. Legenda dos grupos: 1. Doenças imunizáveis; 2. Condições evitáveis; 3. Gastroenterites infecciosas; 4. Anemia; 5. Deficiências nutricionais; 6. Infecções de ouvido, nariz e garganta; 7. Pneumonias bacterianas; 8. Asma; 9. Doenças das vias aéreas inferiores; 10. Hipertensão; 11. Angina pectoris; 12. Insuficiência cardíaca; 13. Doenças cerebrovasculares; 14. Diabetes mellitus; 15. Epilepsias; 16. Infecção no rim e trato urinário; 17. Infecção da pele e tecido subcutâneo; 18. Doença inflamatória de órgãos, pélvicos femininos; 19. Úlcera gastrointestinal; 20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto.

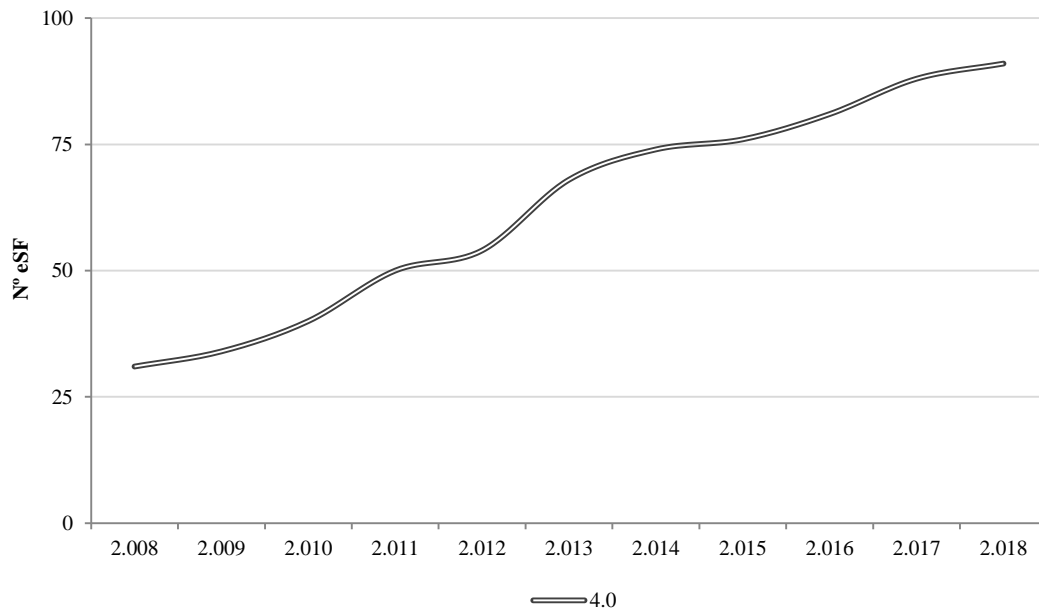
Gráfico A39. Série histórica anual do % de cobertura eSF x % ICSAP / Total de internações de residentes da AP 4.0 no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



Fonte: DAB/SAS/MS, a partir do número de equipes tipo eSF implantadas.

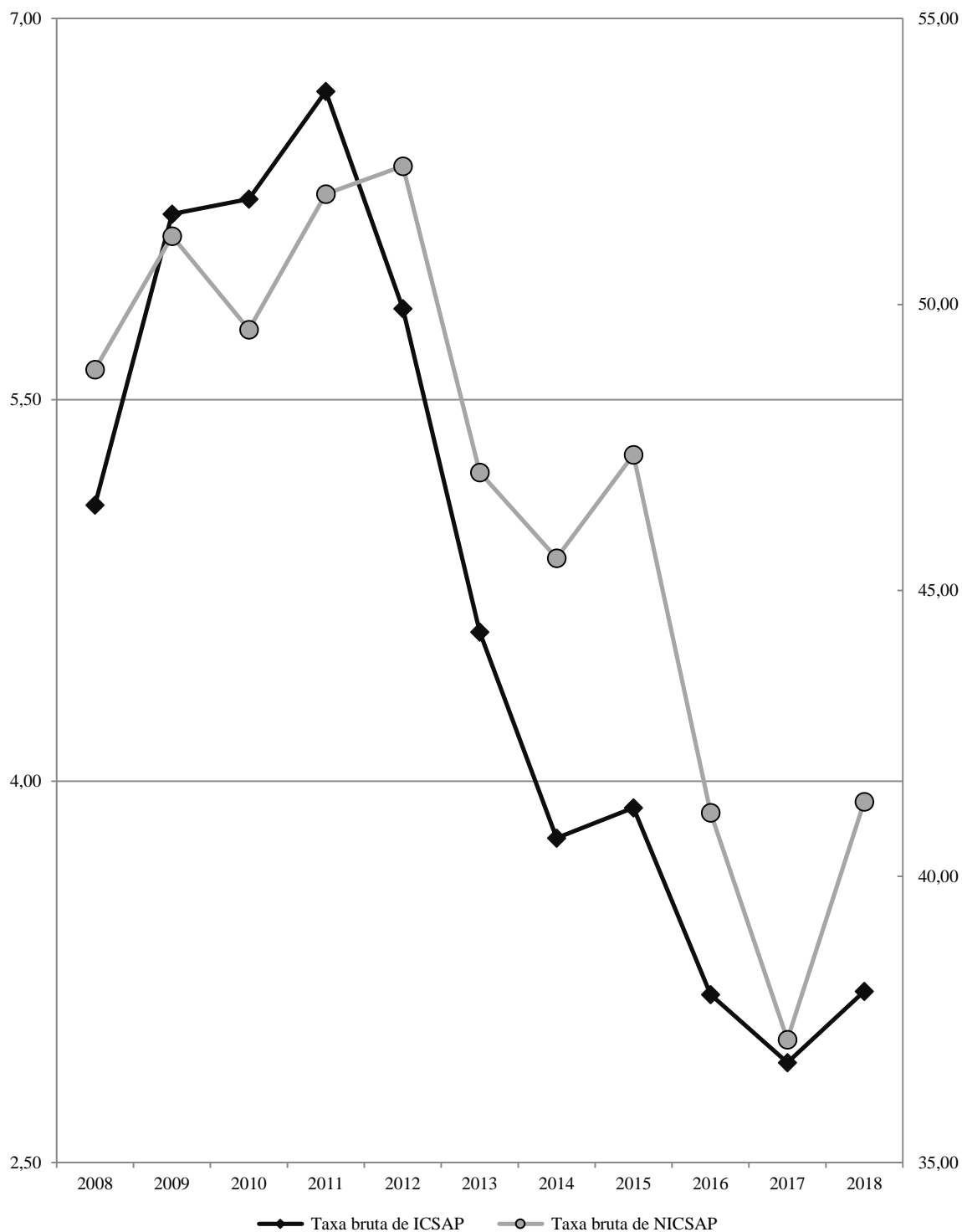
Nota: Considerou-se que uma eSF possui uma média de 3.450 pessoas cadastradas. Considerou-se a proporção ICSAP em relação ao total de internações hospitalares dos residentes da AP 4.0 do município do Rio de Janeiro. Para os dados populacionais, foi considerada a estimativa anual do IPP por AP do município do Rio de Janeiro, estimativa populacional para o meio do ano, de cada ano de análise.

Gráfico A40. Evolução temporal de cobertura potencial eSF da AP 4.0 do Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



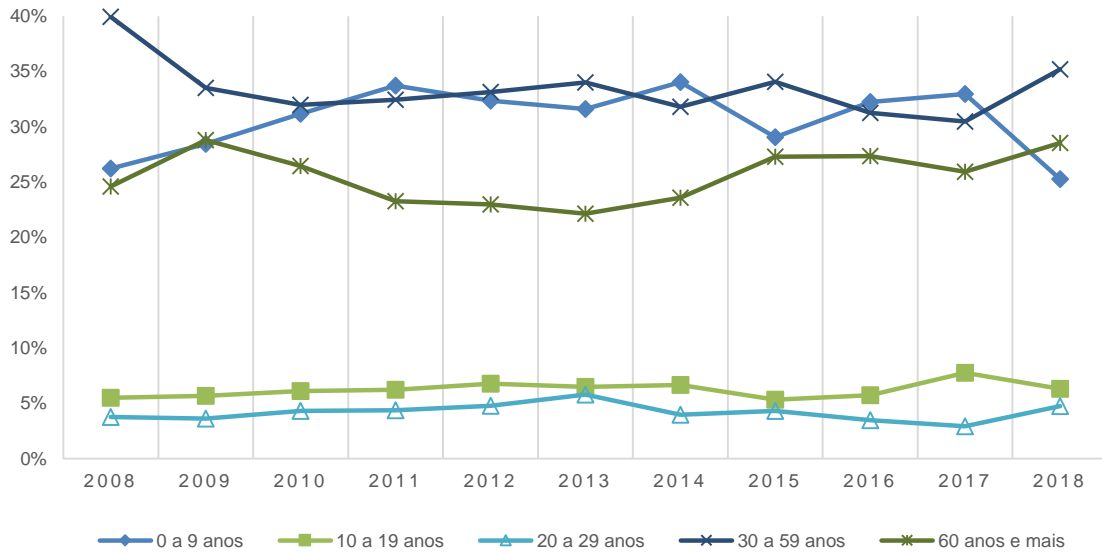
Fonte: DAB/SAS/MS, a partir do número de equipes tipo eSF implantadas. Nota: Considerou-se que uma eSF possui uma média de 3.450 pessoas cadastradas. Para os dados populacionais, foi considerada a estimativa anual do IPP por AP do município do Rio de Janeiro, estimativa populacional para o meio do ano, de cada ano de análise.

Gráfico A41. Distribuição das taxas bruta de ICSAP e NICSAP por 10.000 habitantes no SUS, de residentes da AP 4.0 no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



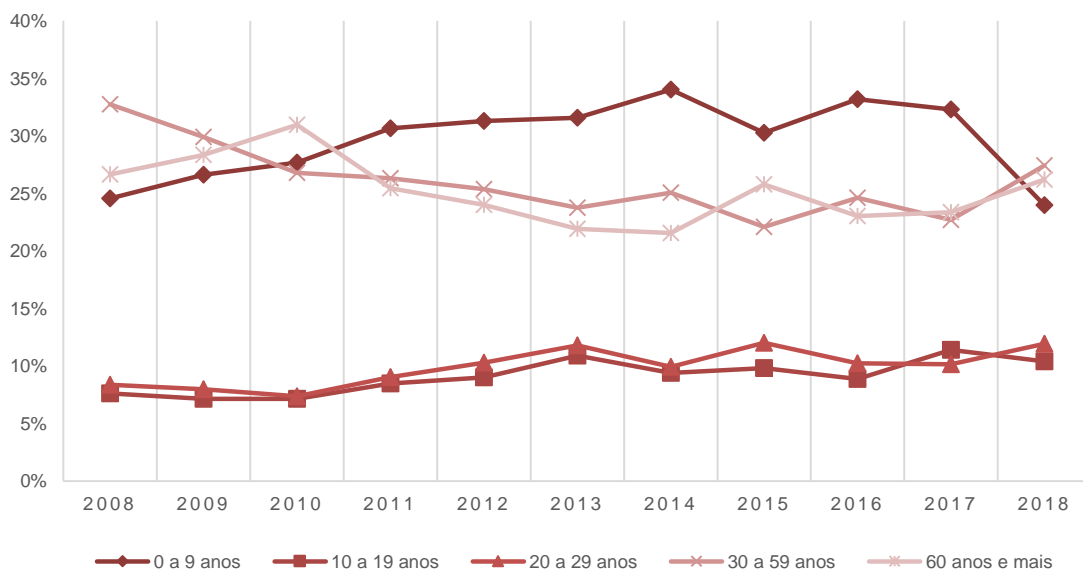
Fonte: Elaboração própria, a partir da leitura e crítica dos microdados das AIH mensais reduzidas, disponíveis no site do DATASUS/MS. Nota: A taxa bruta considerou o número de AIH no SUS de residentes da AP 4.0 do Rio de Janeiro, por 10.000 habitantes, pela população anual estimada do IPP para a AP 4.0.
 Legenda: ICSAP = internações por condições sensíveis à atenção primária; NICSAP = internações por condições não sensíveis à atenção primária.

Gráfico A42. Distribuição % das ICSAP no SUS por sexo masculino e faixa etária, de residentes da AP 4.0 no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



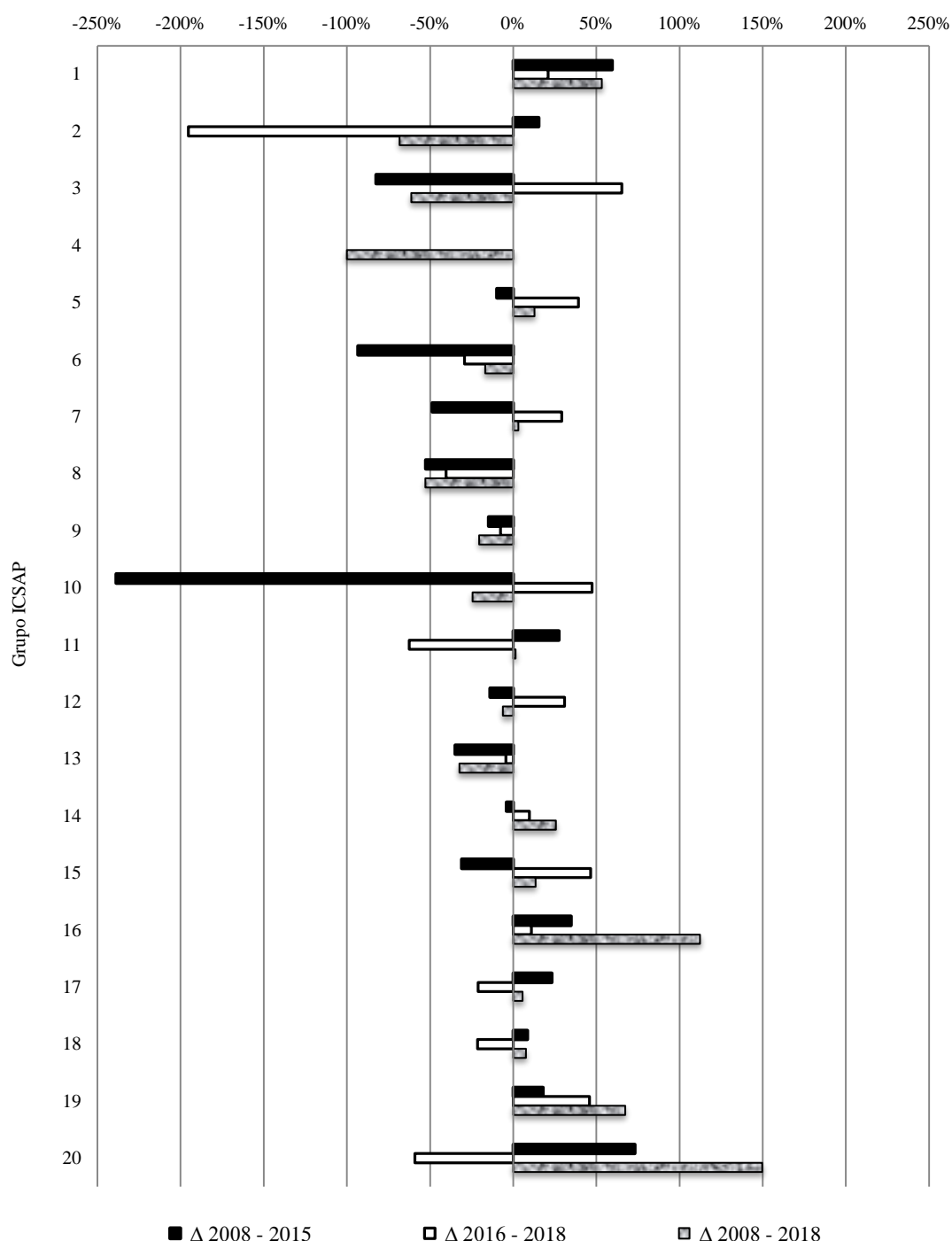
Fonte: Elaboração própria, a partir da leitura e crítica dos microdados das AIH mensais reduzidas, disponíveis no site do DATASUS/MS. Nota: Foram considerados apenas as internações por condições sensíveis a atenção primária (ICSAP) para a elaboração do perfil demográfico por sexo masculino e faixa etária, agrupada em cinco categorias, dos residentes da AP 4.0 do Rio de Janeiro no período de análise.

Gráfico A43. Distribuição % das ICSAP no SUS por sexo feminino e faixa etária, de residentes da AP 4.0 no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



Fonte: Elaboração própria, a partir da leitura e crítica dos microdados das AIH mensais reduzidas, disponíveis no site do DATASUS/MS. Nota: Foram considerados apenas as internações por condições sensíveis a atenção primária (ICSAP) para a elaboração do perfil demográfico por sexo feminino e faixa etária, agrupada em cinco categorias, dos residentes da AP 4.0 do Rio de Janeiro no período de análise.

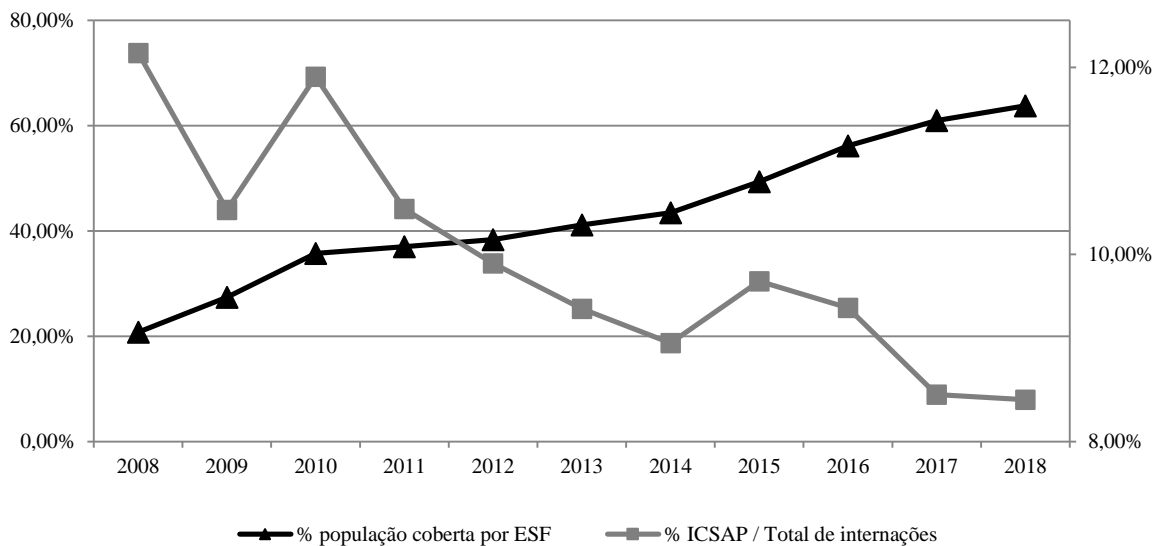
Gráfico A44. Distribuição % da variação por grupo das ICSAP no SUS, de residentes da AP 4.0 do Município do Rio de Janeiro, Δ 2008 – 2015, Δ 2016 – 2018, Δ 2008 – 2018.



Fonte: Elaboração própria, a partir dos microdados do Sistema de Informação Hospitalar, SIH-SUS.

Nota: Considerou-se a variação percentual por Grupo ICSAP nos três períodos de análise Δ 2008 – 2015, Δ 2016 – 2018, Δ 2008 – 2018, de residentes da AP 5.3 do município do Rio de Janeiro. Legenda dos grupos: 1. Doenças imunizáveis; 2. Condições evitáveis; 3. Gastroenterites infecciosas; 4. Anemia; 5. Deficiências nutricionais; 6. Infecções de ouvido, nariz e garganta; 7. Pneumonias bacterianas; 8. Asma; 9. Doenças das vias aéreas inferiores; 10. Hipertensão; 11. Angina pectoris; 12. Insuficiência cardíaca; 13. Doenças cerebrovasculares; 14. Diabetes mellitus; 15. Epilepsias; 16. Infecção no rim e trato urinário; 17. Infecção da pele e tecido subcutâneo; 18. Doença inflamatória de órgãos, pélvicos femininos; 19. Úlcera gastrointestinal; 20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto.

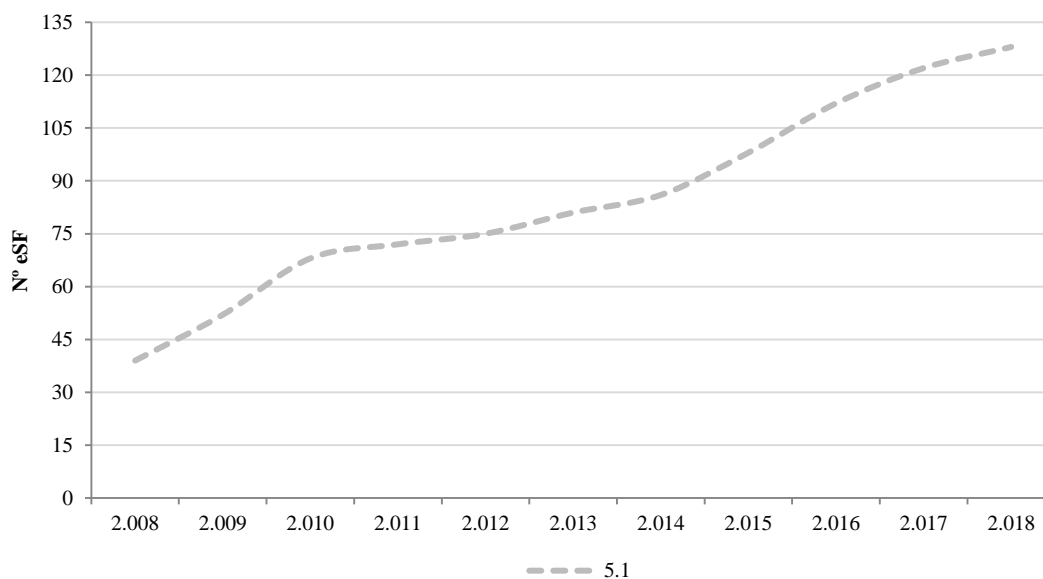
Gráfico A45. Série histórica anual do % de cobertura eSF x % ICSAP / Total de internações de residentes da AP 5.1 no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



Fonte: DAB/SAS/MS, a partir do número de equipes tipo eSF implantadas.

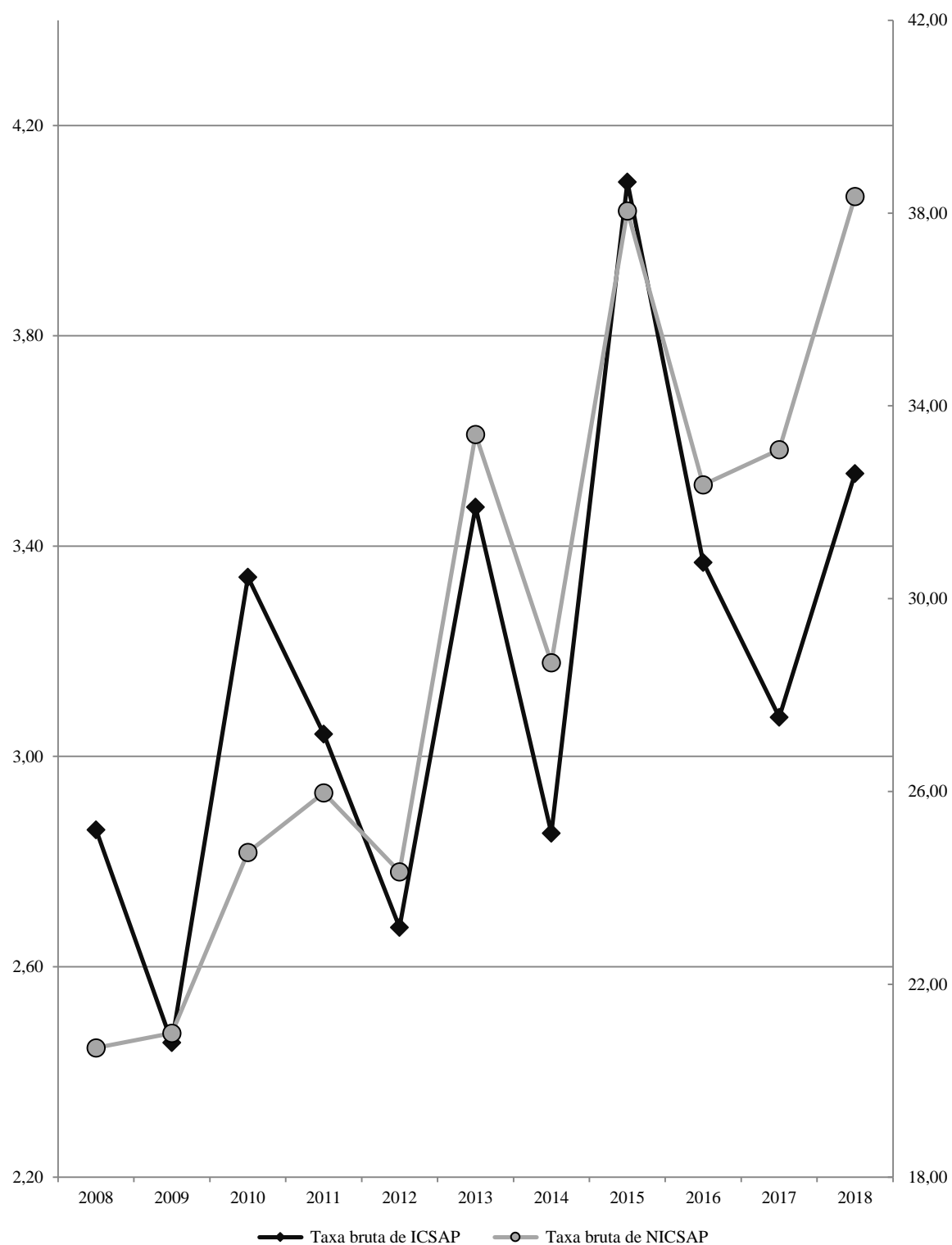
Nota: Considerou-se que uma eSF possui uma média de 3.450 pessoas cadastradas. Considerou-se a proporção ICSAP em relação ao total de internações hospitalares dos residentes da AP 5.1 do município do Rio de Janeiro. Para os dados populacionais, foi considerada a estimativa anual do IPP por AP do município do Rio de Janeiro, estimativa populacional para o meio do ano, de cada ano de análise.

Gráfico A46. Evolução temporal de cobertura potencial eSF da AP 5.1 do Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



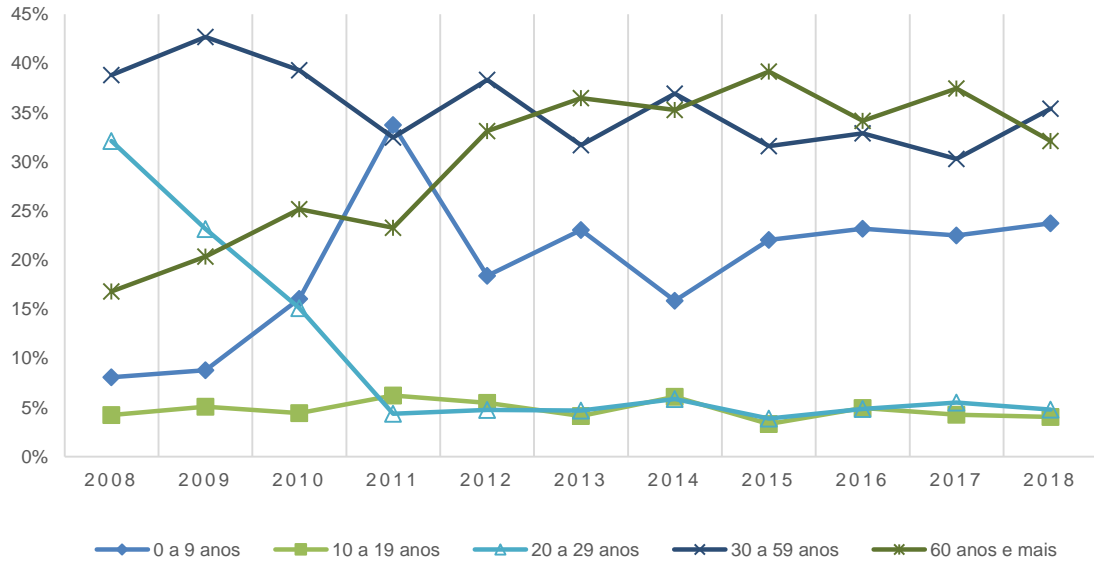
Fonte: DAB/SAS/MS, a partir do número de equipes tipo eSF implantadas. Nota: Considerou-se que uma eSF possui uma média de 3.450 pessoas cadastradas. Para os dados populacionais, foi considerada a estimativa anual do IPP por AP do município do Rio de Janeiro, estimativa populacional para o meio do ano, de cada ano de análise.

Gráfico A47. Distribuição das taxas brutas de ICSAP e NICSAP por 10.000 habitantes no SUS, de residentes da AP 5.1 no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



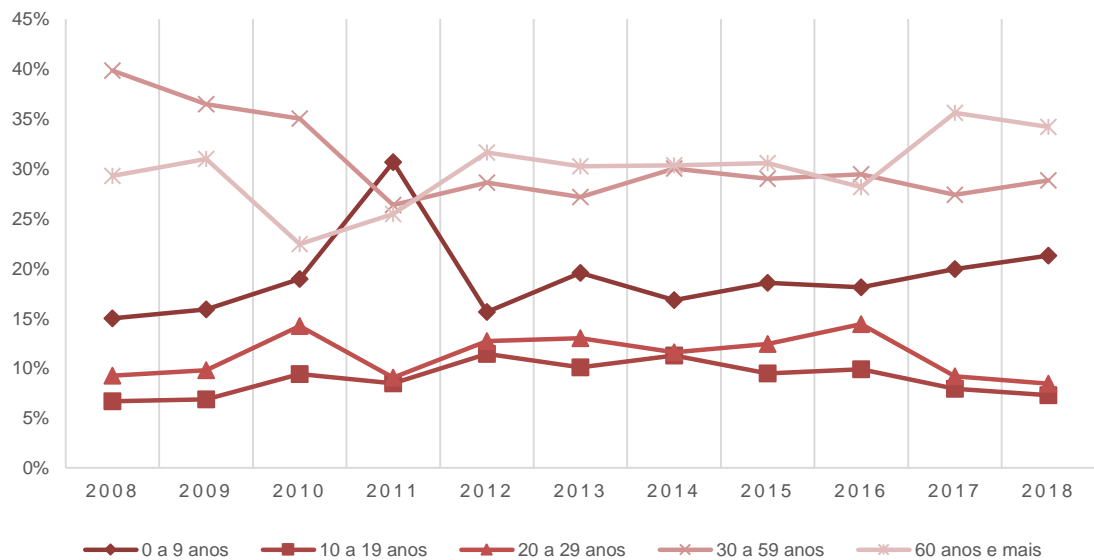
Fonte: Elaboração própria, a partir da leitura e crítica dos microdados das AIH mensais reduzidas, disponíveis no site do DATASUS/MS. Nota: A taxa bruta considerou o número de AIH no SUS de residentes da AP 5.1 do Rio de Janeiro, por 10.000 habitantes, pela população anual estimada do IPP para a AP 5.1.
 Legenda: ICSAP = internações por condições sensíveis à atenção primária; NICSAP = internações por condições não sensíveis à atenção primária.

Gráfico A48. Distribuição % das ICSAP no SUS por sexo masculino e faixa etária, de residentes da AP 5.1 no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



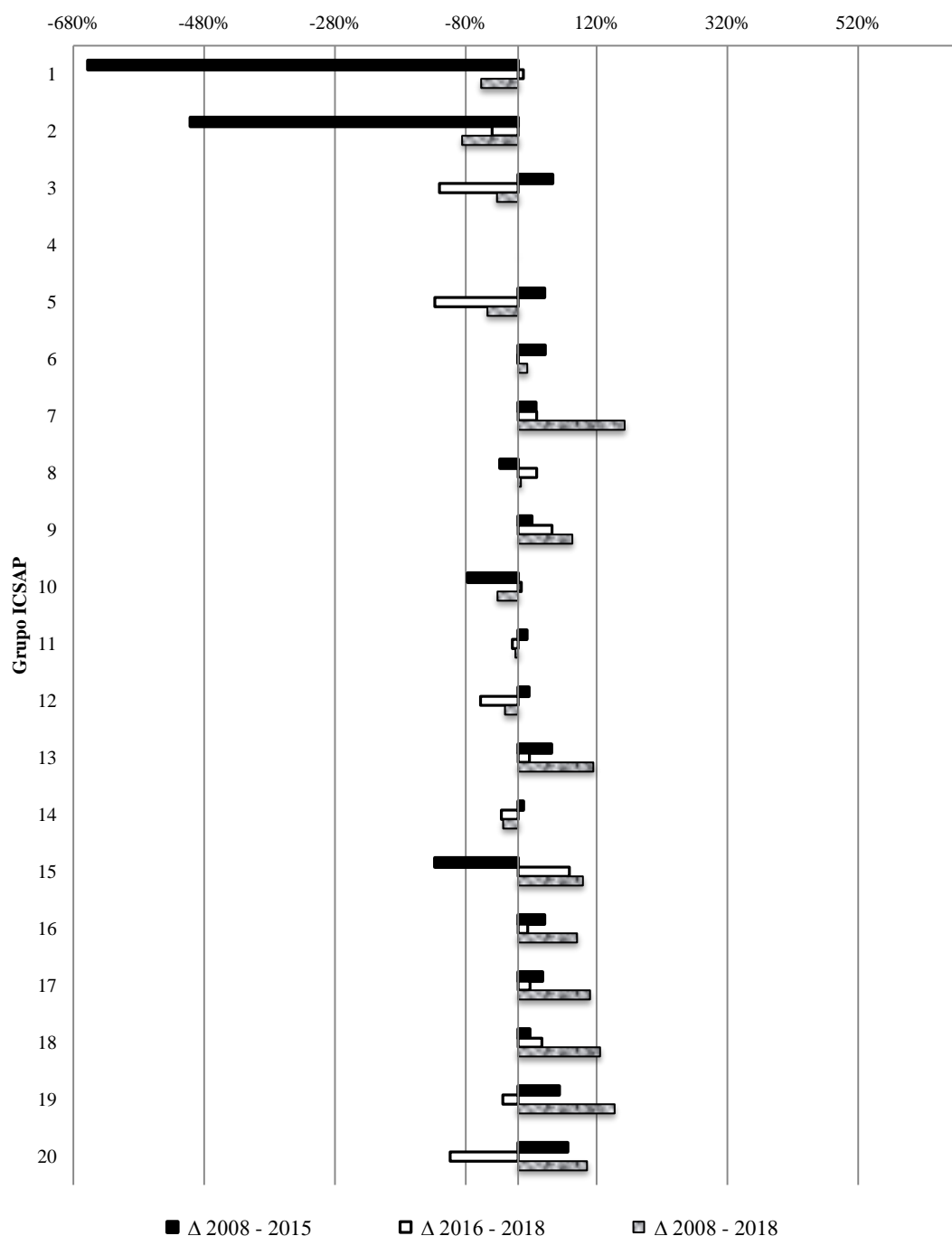
Fonte: Elaboração própria, a partir da leitura e crítica dos microdados das AIH mensais reduzidas, disponíveis no site do DATASUS/MS. Nota: Foram considerados apenas as internações por condições sensíveis a atenção primária (ICSAP) para a elaboração do perfil demográfico por sexo masculino e faixa etária, agrupada em cinco categorias, dos residentes da AP 5.1 do Rio de Janeiro no período de análise.

Gráfico A49. Distribuição % das ICSAP no SUS por sexo feminino e faixa etária, de residentes da AP 5.1 no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



Fonte: Elaboração própria, a partir da leitura e crítica dos microdados das AIH mensais reduzidas, disponíveis no site do DATASUS/MS. Nota: Foram considerados apenas as internações por condições sensíveis a atenção primária (ICSAP) para a elaboração do perfil demográfico por sexo feminino e faixa etária, agrupada em cinco categorias, dos residentes da AP 5.1 do Rio de Janeiro no período de análise.

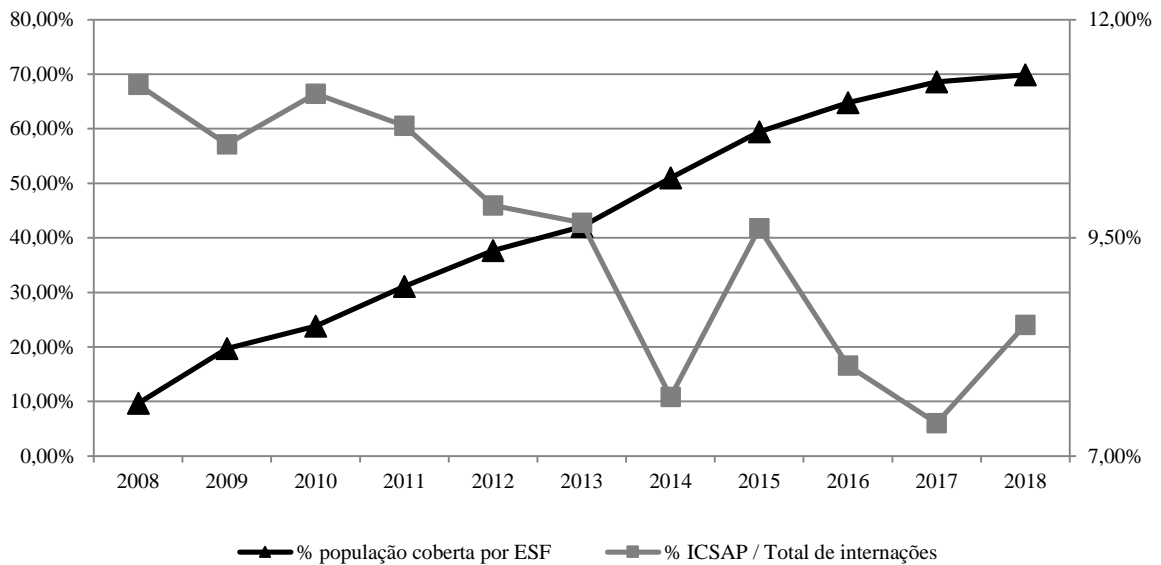
Gráfico A50. Distribuição % da Variação por Grupo das ICSAP no SUS, de residentes da AP 5.1 no Município do Rio de Janeiro, Δ 2008 – 2015, Δ 2016 – 2018, Δ 2008 – 2018.



Fonte: Elaboração própria, a partir dos microdados do Sistema de Informação Hospitalar, SIH-SUS.

Nota: Considerou-se a variação percentual por Grupo ICSAP nos três períodos de análise Δ 2008 – 2015, Δ 2016 – 2018, Δ 2008 – 2018, de residentes da AP 5.3 do município do Rio de Janeiro. Legenda dos grupos: 1. Doenças imunizáveis; 2. Condições evitáveis; 3. Gastroenterites infecciosas; 4. Anemia; 5. Deficiências nutricionais; 6. Infecções de ouvido, nariz e garganta; 7. Pneumonias bacterianas; 8. Asma; 9. Doenças das vias aéreas inferiores; 10. Hipertensão; 11. Angina pectoris; 12. Insuficiência cardíaca; 13. Doenças cerebrovasculares; 14. Diabetes mellitus; 15. Epilepsias; 16. Infecção no rim e trato urinário; 17. Infecção da pele e tecido subcutâneo; 18. Doença inflamatória de órgãos, pélvicos femininos; 19. Úlcera gastrointestinal; 20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto.

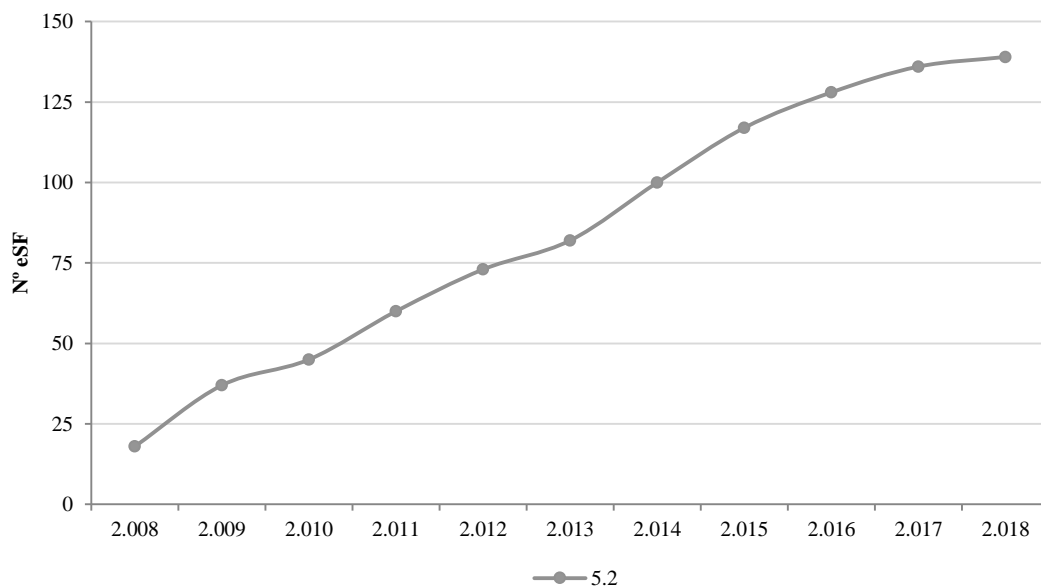
Gráfico A51. Série histórica anual do % de cobertura eSF x % ICSAP / Total de internações de residentes da AP 5.2 no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



Fonte: DAB/SAS/MS, a partir do número de equipes tipo eSF implantadas.

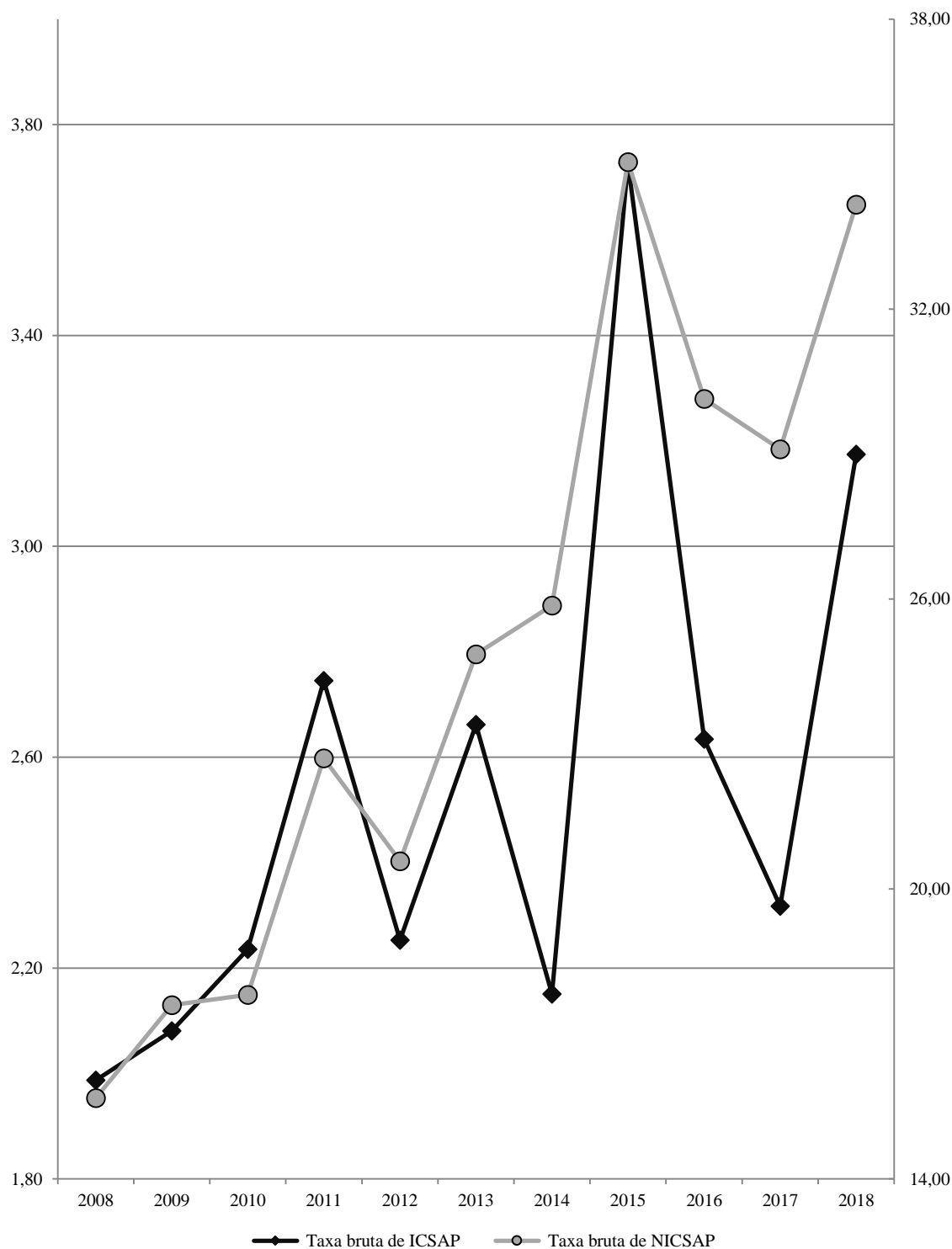
Nota: Considerou-se que uma eSF possui uma média de 3.450 pessoas cadastradas. Considerou-se a proporção ICSAP em relação ao total de internações hospitalares dos residentes da AP 5.2 do município do Rio de Janeiro. Para os dados populacionais, foi considerada a estimativa anual do IPP por AP do município do Rio de Janeiro, estimativa populacional para o meio do ano, de cada ano de análise.

Gráfico A52. Evolução temporal de cobertura potencial eSF da AP 5.2 do Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



Fonte: DAB/SAS/MS, a partir do número de equipes tipo eSF implantadas. Nota: Considerou-se que uma eSF possui uma média de 3.450 pessoas cadastradas. Para os dados populacionais, foi considerada a estimativa anual do IPP por AP do município do Rio de Janeiro, estimativa populacional para o meio do ano, de cada ano de análise.

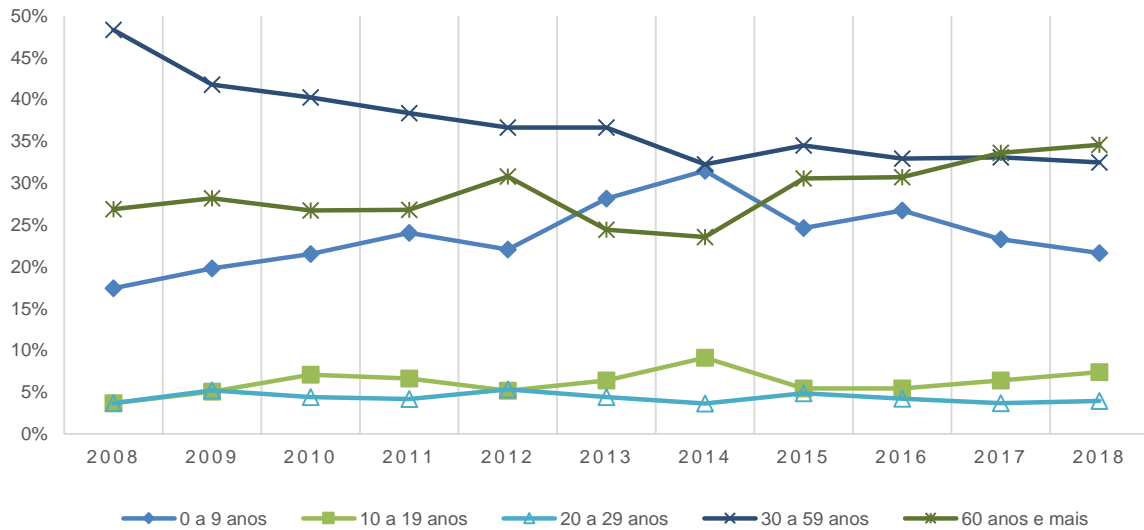
Gráfico A53. Distribuição das taxas brutas de ICSAP e NICSAP por 10.000 habitantes no SUS, de residentes da AP 5.2 no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



Fonte: Elaboração própria, a partir da leitura e crítica dos microdados das AIH mensais reduzidas, disponíveis no site do DATASUS/MS. Nota: A taxa bruta considerou o número de AIH no SUS de residentes da AP 5.2 do Rio de Janeiro, por 10.000 habitantes, pela população anual estimada do IPP para a AP 5.2.

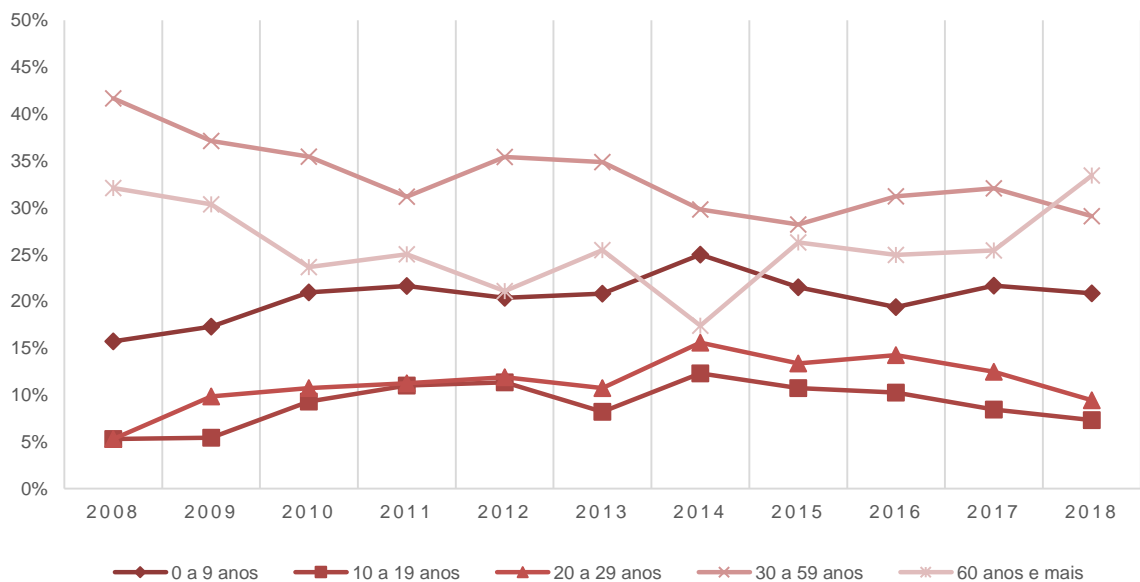
Legenda: ICSAP = internações por condições sensíveis à atenção primária; NICSAP = internações por condições não sensíveis à atenção primária.

Gráfico A54. Distribuição % das ICSAP no SUS por sexo masculino e faixa etária, de residentes da AP 5.2 no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



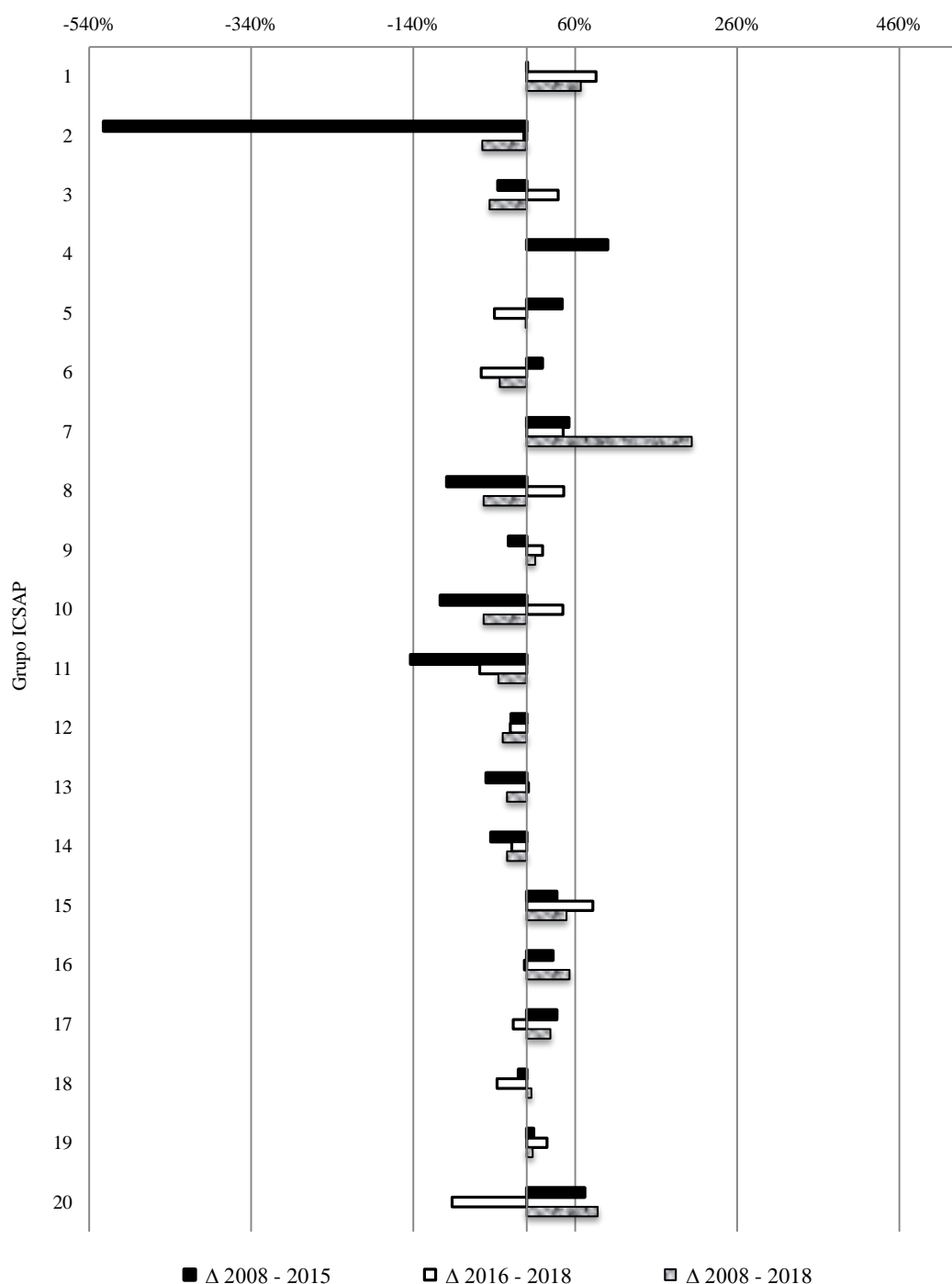
Fonte: Elaboração própria, a partir da leitura e crítica dos microdados das AIH mensais reduzidas, disponíveis no site do DATASUS/MS. Nota: Foram considerados apenas as internações por condições sensíveis a atenção primária (ICSAP) para a elaboração do perfil demográfico por sexo masculino e faixa etária, agrupada em cinco categorias, dos residentes da AP 5.2 do Rio de Janeiro no período de análise.

Gráfico A55. Distribuição % das ICSAP no SUS por sexo feminino e faixa etária, de residentes da AP 5.2 no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



Fonte: Elaboração própria, a partir da leitura e crítica dos microdados das AIH mensais reduzidas, disponíveis no site do DATASUS/MS. Nota: Foram considerados apenas as internações por condições sensíveis a atenção primária (ICSAP) para a elaboração do perfil demográfico por sexo feminino e faixa etária, agrupada em cinco categorias, dos residentes da AP 5.2 do Rio de Janeiro no período de análise.

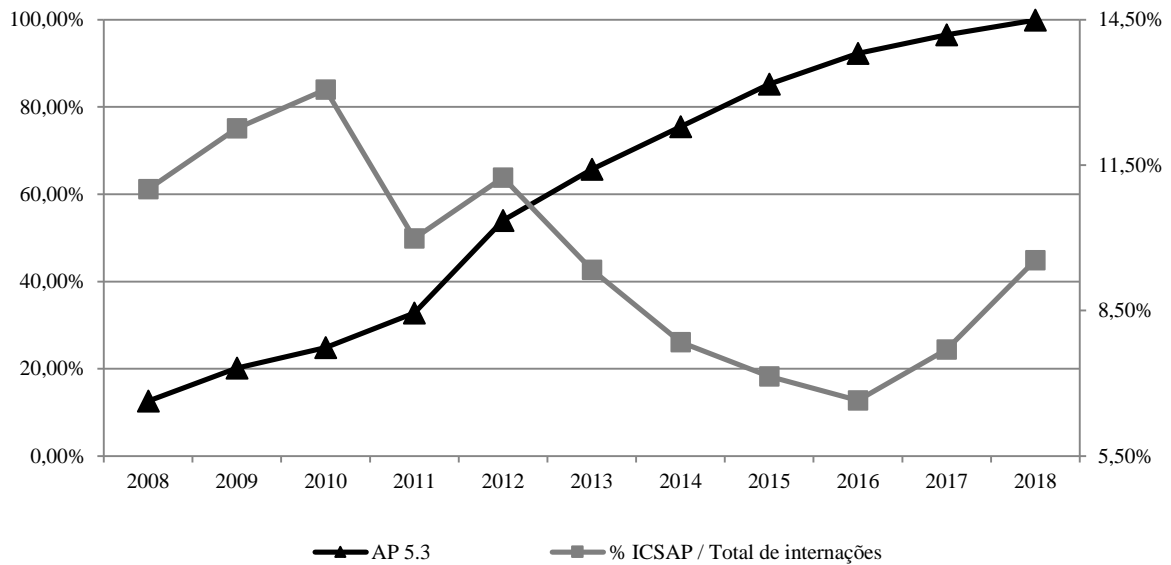
Gráfico A56. Distribuição % da variação por grupo das ICSAP no SUS, de residentes da AP 5.2 do Município do Rio de Janeiro, Δ 2008 – 2015, Δ 2016 – 2018, Δ 2008 – 2018.



Fonte: Elaboração própria, a partir dos microdados do Sistema de Informação Hospitalar, SIH-SUS.

Nota: Considerou-se a variação percentual por Grupo ICSAP nos três períodos de análise Δ 2008 – 2015, Δ 2016 – 2018, Δ 2008 – 2018, de residentes da AP 5.3 do município do Rio de Janeiro. Legenda dos grupos: 1. Doenças imunizáveis; 2. Condições evitáveis; 3. Gastroenterites infecciosas; 4. Anemia; 5. Deficiências nutricionais; 6. Infecções de ouvido, nariz e garganta; 7. Pneumonias bacterianas; 8. Asma; 9. Doenças das vias aéreas inferiores; 10. Hipertensão; 11. Angina pectoris; 12. Insuficiência cardíaca; 13. Doenças cerebrovasculares; 14. Diabetes mellitus; 15. Epilepsias; 16. Infecção no rim e trato urinário; 17. Infecção da pele e tecido subcutâneo; 18. Doença inflamatória de órgãos, pélvicos femininos; 19. Úlcera gastrointestinal; 20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto.

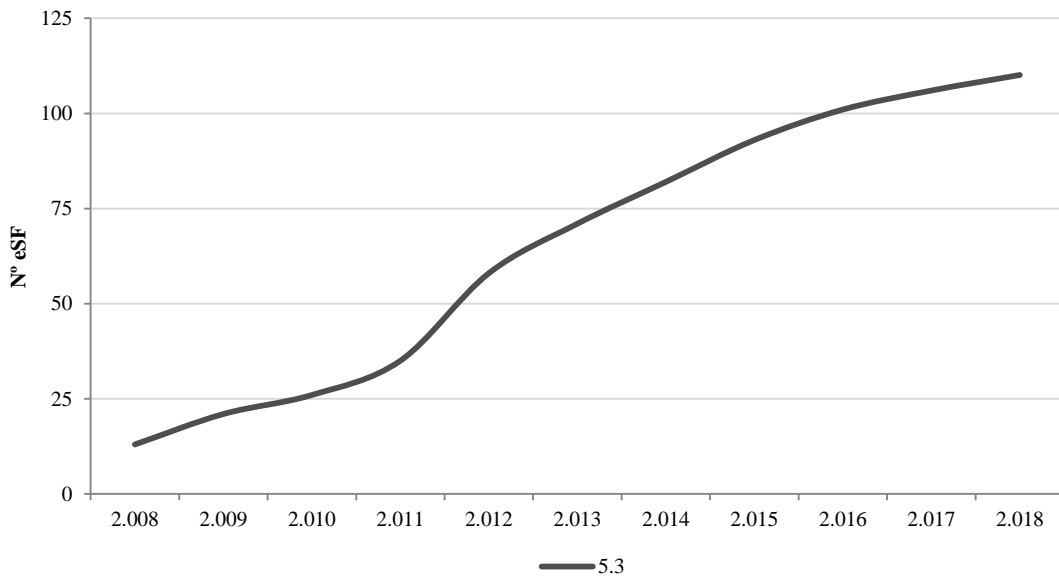
Gráfico A57. Série histórica anual do % de cobertura eSF x % ICSAP / Total de internações de residentes da AP 5.3 no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



Fonte: DAB/SAS/MS, a partir do número de equipes tipo eSF implantadas.

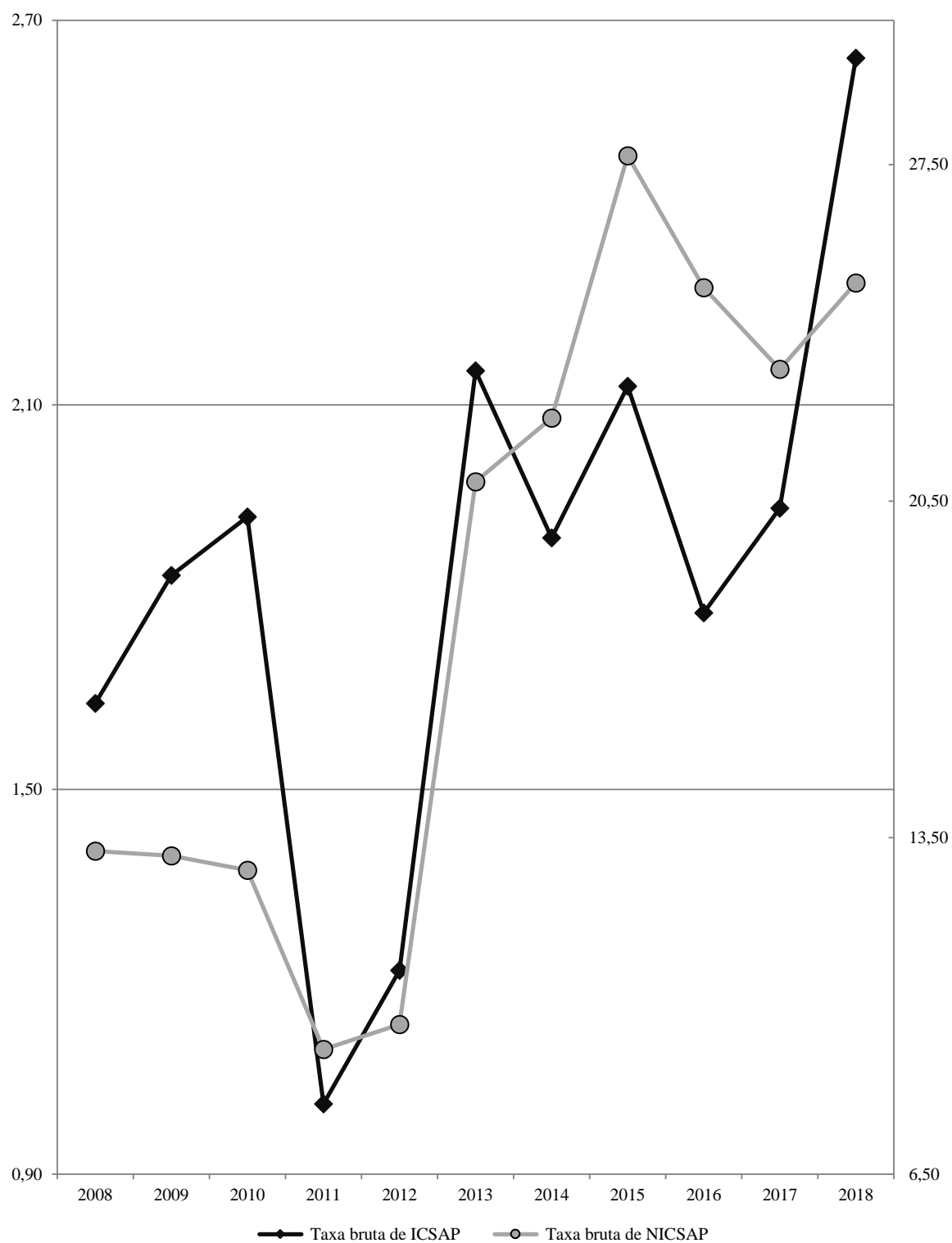
Nota: Considerou-se que uma eSF possui uma média de 3.450 pessoas cadastradas. Considerou-se a proporção ICSAP em relação ao total de internações hospitalares dos residentes da AP 5.3 do município do Rio de Janeiro. Para os dados populacionais, foi considerada a estimativa anual do IPP por AP do município do Rio de Janeiro, estimativa populacional para o meio do ano, de cada ano de análise.

Gráfico A58. Evolução temporal de cobertura potencial eSF da AP 5.3 do Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



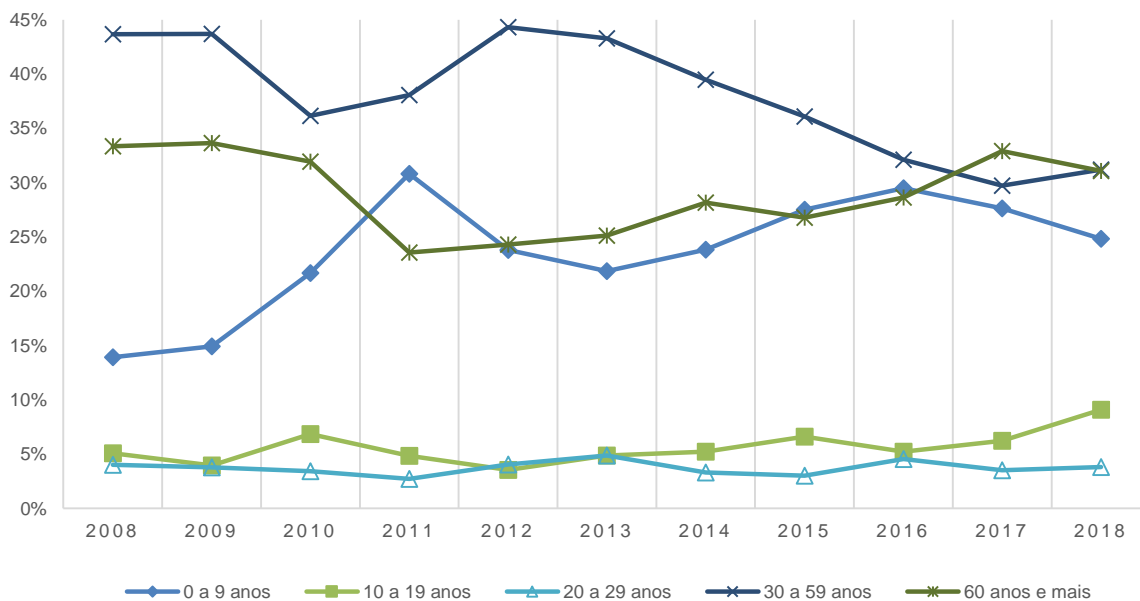
Fonte: DAB/SAS/MS, a partir do número de equipes tipo eSF implantadas. Nota: Considerou-se que uma eSF possui uma média de 3.450 pessoas cadastradas. Para os dados populacionais, foi considerada a estimativa anual do IPP por AP do município do Rio de Janeiro, estimativa populacional para o meio do ano, de cada ano de análise.

Gráfico A59. Distribuição das taxas brutas de ICSAP e NICSAP por 10.000 habitantes no SUS, de residentes da AP 5.3 no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



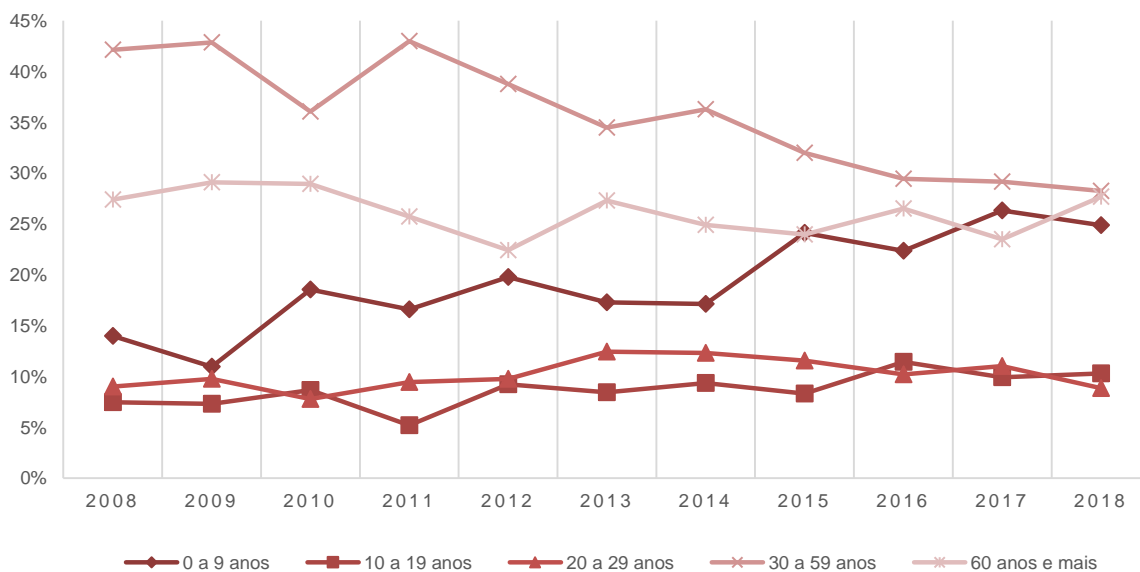
Fonte: Elaboração própria, a partir da leitura e crítica dos microdados das AIH mensais reduzidas, disponíveis no site do DATASUS/MS. Nota: A taxa bruta considerou o número de AIH no SUS de residentes da AP 5.3 do Rio de Janeiro, por 10.000 habitantes, pela população anual estimada do IPP para a AP 5.3.
 Legenda: ICSAP = internações por condições sensíveis à atenção primária; NICSAP = internações por condições não sensíveis à atenção primária.

Gráfico A60. Distribuição % das ICSAP no SUS por sexo masculino e faixa etária, de residentes da AP 5.3 no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



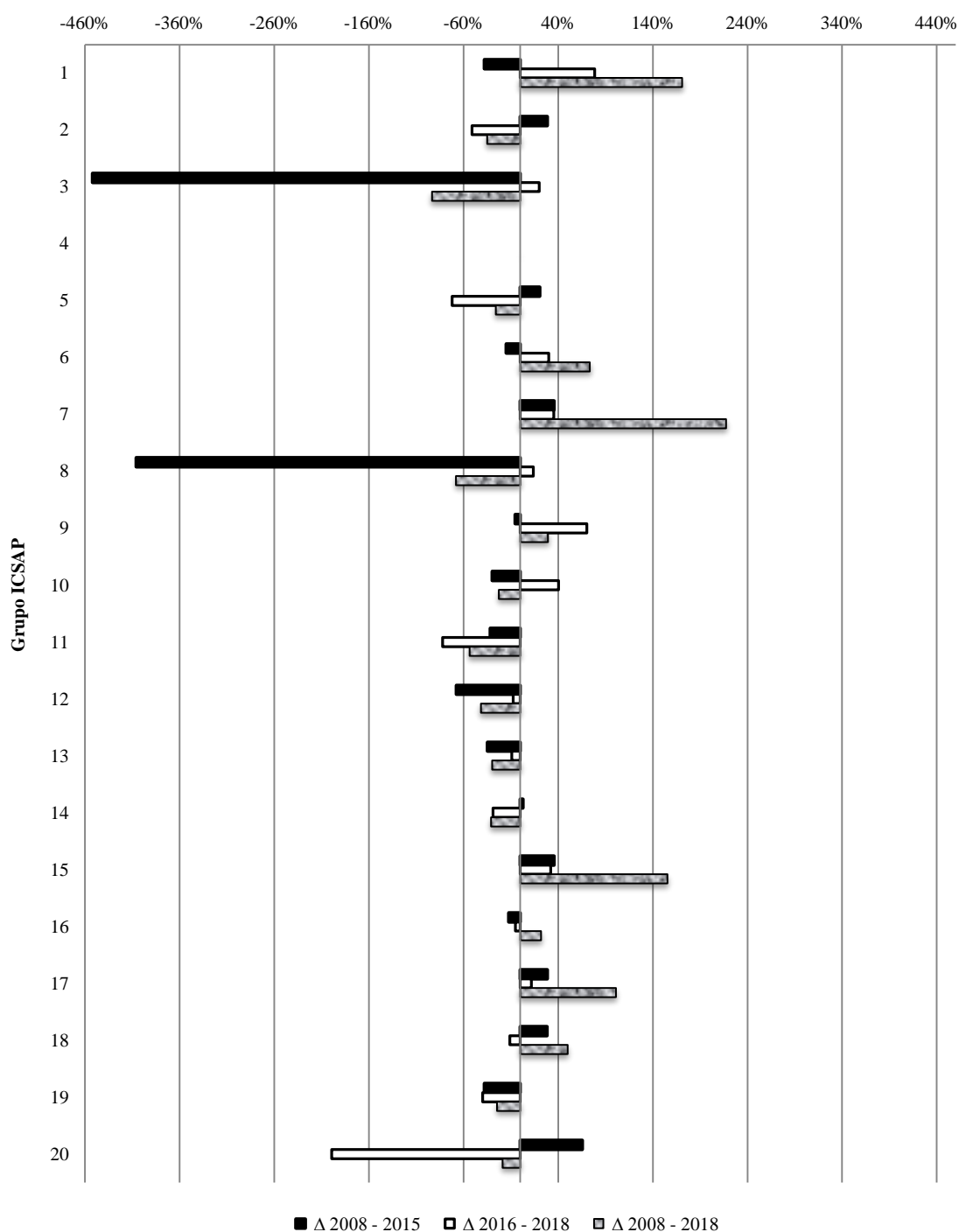
Fonte: Elaboração própria, a partir da leitura e crítica dos microdados das AIH mensais reduzidas, disponíveis no site do DATASUS/MS. Nota: Foram considerados apenas as internações por condições sensíveis a atenção primária (ICSAP) para a elaboração do perfil demográfico por sexo masculino e faixa etária, agrupada em cinco categorias, dos residentes da AP 5.3 do Rio de Janeiro no período de análise.

Gráfico A61. Distribuição % das ICSAP no SUS por sexo feminino e faixa etária, de residentes da AP 5.3 no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.



Fonte: Elaboração própria, a partir da leitura e crítica dos microdados das AIH mensais reduzidas, disponíveis no site do DATASUS/MS. Nota: Foram considerados apenas as internações por condições sensíveis a atenção primária (ICSAP) para a elaboração do perfil demográfico por sexo feminino e faixa etária, agrupada em cinco categorias, dos residentes da AP 5.3 do Rio de Janeiro no período de análise.

Gráfico . Distribuição % da variação por grupo das ICSAP no SUS, de residentes da AP 5.3 do Município do Rio de Janeiro, Δ 2008 – 2015, Δ 2016 – 2018, Δ 2008 – 2018.



Fonte: Elaboração própria, a partir dos microdados do Sistema de Informação Hospitalar, SIH-SUS.

Nota: Considerou-se a variação percentual por Grupo ICSAP nos três períodos de análise Δ 2008 – 2015, Δ 2016 – 2018, Δ 2008 – 2018, de residentes da AP 5.3 do município do Rio de Janeiro. Legenda dos grupos: 1. Doenças imunizáveis; 2. Condições evitáveis; 3. Gastroenterites infecciosas; 4. Anemia; 5. Deficiências nutricionais; 6. Infecções de ouvido, nariz e garganta; 7. Pneumonias bacterianas; 8. Asma; 9. Doenças das vias aéreas inferiores; 10. Hipertensão; 11. Angina pectoris; 12. Insuficiência cardíaca; 13. Doenças cerebrovasculares; 14. Diabetes mellitus; 15. Epilepsias; 16. Infecção no rim e trato urinário; 17. Infecção da pele e tecido subcutâneo; 18. Doença inflamatória de órgãos, pélvicos femininos; 19. Úlcera gastrointestinal; 20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto.

APÊNDICE B – TABELAS

Tabela B1. Distribuição % das ICSAP no SUS por Grupo por ano, de residentes da AP 1.0 no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.

Grupo ICSAP	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	n = 2008	n = 2136	n = 2214	n = 2022	n = 1817	n = 1482	n = 1177	n = 1341	n = 1219	n = 980	n = 1437
1	0,55%	0,47%	0,27%	0,30%	0,39%	0,47%	0,68%	0,15%	0,33%	0,51%	0,28%
2	4,68%	4,45%	4,29%	6,33%	4,95%	5,40%	2,55%	3,73%	3,94%	2,76%	15,52%
3	1,29%	1,08%	0,90%	1,48%	1,10%	0,67%	1,02%	0,37%	0,82%	0,51%	0,28%
4	0,00%	0,05%	0,09%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
5	1,54%	0,84%	1,72%	0,99%	1,05%	1,08%	2,12%	1,34%	1,31%	1,02%	0,63%
6	1,10%	0,84%	1,49%	1,48%	1,71%	1,35%	1,44%	1,19%	0,90%	1,12%	1,11%
7	14,89%	15,36%	15,36%	8,46%	7,04%	8,43%	7,90%	7,83%	8,86%	11,84%	11,62%
8	3,93%	2,90%	2,30%	2,18%	1,87%	1,55%	1,78%	0,89%	2,63%	1,63%	2,44%
9	5,83%	5,66%	4,11%	5,34%	8,04%	5,20%	4,76%	4,70%	5,17%	5,41%	5,85%
10	8,57%	6,51%	5,65%	9,45%	7,71%	7,35%	6,20%	4,70%	2,63%	2,76%	2,51%
11	2,89%	2,43%	1,49%	2,32%	3,25%	2,63%	3,40%	3,50%	3,28%	2,96%	2,37%
12	7,92%	5,76%	6,59%	5,59%	6,88%	6,07%	5,95%	6,26%	6,56%	5,82%	3,13%
13	5,13%	7,68%	8,58%	7,17%	11,17%	14,44%	10,11%	7,83%	7,47%	7,35%	6,75%
14	5,93%	7,63%	10,39%	10,93%	6,93%	7,42%	7,82%	8,80%	7,79%	7,76%	7,52%
15	3,29%	1,83%	2,76%	2,52%	2,37%	2,90%	3,06%	2,91%	3,45%	3,27%	3,55%
16	9,41%	9,46%	7,77%	8,95%	7,32%	6,75%	8,75%	8,72%	9,19%	7,35%	8,07%
17	10,81%	13,11%	13,32%	11,57%	12,60%	14,17%	12,74%	15,06%	14,44%	18,06%	13,71%
18	2,14%	2,67%	1,85%	2,13%	1,10%	1,89%	1,78%	2,91%	2,95%	2,04%	1,88%
19	2,74%	2,39%	3,21%	3,81%	3,74%	2,50%	5,01%	4,92%	4,02%	4,08%	2,37%
20	7,37%	8,90%	7,86%	9,00%	10,79%	9,72%	12,91%	14,17%	14,27%	13,78%	10,44%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: Elaboração própria, a partir dos microdados do Sistema de Informação Hospitalar, SIH-SUS. Considerou-se o total de internações no SUS por ICSAP por ano de residentes para 2008-2018 como denominador do cálculo de cada proporção, em que o numerador é o total de ICSAP por Grupo por ano no SUS por residentes da AP 1.0 do município do Rio de Janeiro para 2008-2018. Legenda Grupos: 1. Doenças imunizáveis; 2. Condições evitáveis; 3. Gastroenterites infecciosas; 4. Anemia; 5. Deficiências nutricionais; 6. Infecções de ouvido, nariz e garganta; 7. Pneumonias bacterianas; 8. Asma; 9. Doenças das vias aéreas inferiores; 10. Hipertensão; 11. Angina pectoris; 12. Insuficiência cardíaca; 13. Doenças cerebrovasculares; 14. Diabetes mellitus; 15. Epilepsias; 16. Infecção no rim e trato urinário; 17. Infecção da pele e tecido subcutâneo; 18. Doença inflamatória de órgãos, pélvicos femininos; 19. Úlcera gastrointestinal; 20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto.

Tabela B2. Distribuição % das ICSAP no SUS por Grupo por ano, de residentes da AP 2.1, no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.

Grupo ICSAP	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	n = 1144	n = 1415	n = 1652	n = 1459	n = 1328	n = 918	n = 710	n = 842	n = 767	n = 729	n = 745
1	0,70%	0,00%	0,06%	0,27%	1,28%	0,22%	0,56%	0,36%	0,26%	0,41%	0,54%
2	3,50%	3,18%	4,00%	4,59%	5,57%	3,27%	2,96%	3,92%	3,13%	3,43%	5,23%
3	1,22%	0,92%	0,73%	0,55%	0,45%	0,22%	0,42%	0,59%	0,13%	0,27%	0,13%
4	0,00%	0,07%	0,12%	0,00%	0,08%	0,00%	0,00%	0,12%	0,00%	0,00%	0,00%
5	0,87%	1,55%	1,27%	1,17%	0,83%	1,20%	1,27%	1,43%	1,69%	1,37%	0,94%
6	0,70%	0,21%	0,30%	0,21%	0,45%	0,87%	1,41%	0,48%	0,78%	1,10%	1,88%
7	21,15%	22,47%	24,27%	17,96%	16,94%	15,69%	12,54%	10,69%	12,13%	12,62%	16,24%
8	2,88%	2,12%	0,91%	0,96%	0,90%	0,98%	1,97%	1,43%	2,09%	1,51%	1,88%
9	6,64%	4,73%	5,08%	4,04%	5,65%	5,34%	5,21%	6,41%	5,48%	4,12%	6,04%
10	4,90%	4,95%	6,96%	8,09%	6,55%	4,47%	3,94%	3,33%	3,78%	1,10%	0,94%
11	3,76%	4,52%	4,00%	3,84%	4,74%	3,70%	4,79%	4,39%	5,35%	5,08%	3,22%
12	8,39%	8,41%	7,26%	7,54%	6,10%	5,23%	6,62%	7,13%	5,22%	4,66%	3,76%
13	6,38%	7,07%	6,17%	8,84%	11,22%	14,49%	10,99%	8,91%	9,91%	10,43%	12,08%
14	4,90%	4,38%	4,42%	5,21%	4,59%	2,72%	5,63%	6,41%	4,95%	6,17%	6,71%
15	2,01%	1,91%	2,85%	3,22%	2,56%	2,61%	2,82%	4,16%	3,65%	3,16%	2,15%
16	7,17%	5,65%	6,66%	8,50%	8,66%	7,84%	9,58%	11,05%	9,39%	10,70%	8,59%
17	12,85%	13,92%	10,77%	10,01%	8,66%	14,92%	12,54%	11,40%	11,08%	12,62%	9,80%
18	4,20%	2,47%	1,76%	1,92%	1,20%	1,63%	2,39%	3,68%	4,95%	3,70%	4,56%
19	3,50%	4,52%	4,60%	4,87%	4,14%	4,47%	5,63%	4,39%	4,43%	5,08%	2,15%
20	4,28%	6,93%	7,81%	8,22%	9,41%	10,13%	8,73%	9,74%	11,60%	12,48%	13,15%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: Elaboração própria, a partir dos microdados do Sistema de Informação Hospitalar, SIH-SUS. Considerou-se o total de internações no SUS por ICSAP por ano de residentes para 2008-2018 como denominador do cálculo de cada proporção, em que o numerador é o total de ICSAP por Grupo por ano no SUS por residentes da AP 2.1 do município do Rio de Janeiro para 2008-2018. Legenda Grupos: 1. Doenças imunizáveis; 2. Condições evitáveis; 3. Gastroenterites infecciosas; 4. Anemia; 5. Deficiências nutricionais; 6. Infecções de ouvido, nariz e garganta; 7. Pneumonias bacterianas; 8. Asma; 9. Doenças das vias aéreas inferiores; 10. Hipertensão; 11. Angina pectoris; 12. Insuficiência cardíaca; 13. Doenças cerebrovasculares; 14. Diabetes mellitus; 15. Epilepsias; 16. Infecção no rim e trato urinário; 17. Infecção da pele e tecido subcutâneo; 18. Doença inflamatória de órgãos, pélvicos femininos; 19. Úlcera gastrointestinal; 20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto.

Tabela B3. Distribuição % das ICSAP no SUS por Grupo por ano, de residentes da AP 2.2, no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.

Grupo ICSAP	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	n = 1150	n = 1405	n = 1127	n = 1452	n = 1300	n = 1008	n = 1192	n = 1256	n = 1045	n = 1037	n = 909
1	0,96%	0,57%	0,44%	0,34%	1,15%	0,40%	0,34%	0,64%	0,67%	0,10%	0,11%
2	5,30%	6,26%	5,59%	4,48%	6,38%	3,47%	1,68%	2,63%	4,11%	3,76%	3,19%
3	1,65%	0,85%	1,51%	1,93%	1,31%	1,49%	1,68%	1,67%	0,29%	0,48%	0,22%
4	0,00%	0,00%	0,00%	0,07%	0,00%	0,00%	0,00%	0,08%	0,00%	0,10%	0,00%
5	2,35%	2,28%	2,13%	1,65%	3,08%	4,56%	2,68%	2,23%	2,49%	1,74%	1,32%
6	0,52%	1,00%	1,33%	1,79%	1,69%	1,29%	3,10%	1,51%	2,49%	2,60%	0,99%
7	7,39%	7,90%	6,83%	9,71%	8,92%	12,00%	15,69%	10,27%	7,08%	6,46%	6,05%
8	2,78%	1,49%	2,57%	2,89%	2,46%	2,18%	1,93%	2,79%	3,92%	4,34%	1,43%
9	6,00%	4,70%	6,57%	8,47%	11,15%	8,33%	9,40%	12,58%	18,95%	12,05%	14,63%
10	9,39%	10,32%	9,58%	7,44%	3,62%	4,56%	1,68%	3,34%	1,53%	1,06%	1,54%
11	2,87%	3,84%	5,59%	3,17%	4,85%	4,86%	2,60%	2,55%	2,01%	2,51%	3,52%
12	8,09%	6,83%	6,48%	6,61%	4,77%	4,46%	4,78%	3,26%	2,97%	3,18%	2,86%
13	9,13%	6,90%	7,99%	5,85%	7,92%	7,24%	7,72%	6,29%	6,70%	5,69%	6,93%
14	9,57%	13,24%	9,14%	12,88%	7,69%	6,75%	7,05%	6,29%	4,98%	4,82%	5,94%
15	4,43%	3,99%	4,70%	7,92%	11,46%	12,70%	13,51%	13,38%	13,21%	21,22%	20,13%
16	11,39%	9,96%	9,85%	9,02%	9,92%	8,83%	11,41%	12,18%	10,62%	9,55%	10,23%
17	9,83%	9,75%	9,41%	7,30%	6,31%	8,53%	7,63%	10,59%	10,33%	14,08%	14,30%
18	1,83%	2,99%	2,40%	2,07%	1,92%	1,59%	1,01%	1,75%	1,15%	1,25%	1,54%
19	3,83%	3,99%	4,61%	3,79%	3,00%	3,47%	3,02%	2,87%	2,87%	2,51%	2,42%
20	2,70%	3,13%	3,28%	2,62%	2,38%	3,27%	3,10%	3,11%	3,64%	2,51%	2,64%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: Elaboração própria, a partir dos microdados do Sistema de Informação Hospitalar, SIH-SUS. Considerou-se o total de interações no SUS por ICSAP por ano de residentes para 2008-2018 como denominador do cálculo de cada proporção, em que o numerador é o total de ICSAP por Grupo por ano no SUS por residentes da AP 2.2 do município do Rio de Janeiro para 2008-2018. Legenda Grupos: 1. Doenças imunizáveis; 2. Condições evitáveis; 3. Gastroenterites infecciosas; 4. Anemia; 5. Deficiências nutricionais; 6. Infecções de ouvido, nariz e garganta; 7. Pneumonias bacterianas; 8. Asma; 9. Doenças das vias aéreas inferiores; 10. Hipertensão; 11. Angina pectoris; 12. Insuficiência cardíaca; 13. Doenças cerebrovasculares; 14. Diabetes mellitus; 15. Epilepsias; 16. Infecção no rim e trato urinário; 17. Infecção da pele e tecido subcutâneo; 18. Doença inflamatória de órgãos, pélvicos femininos; 19. Úlcera gastrointestinal; 20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto.

Tabela B4. Distribuição % das ICSAP no SUS por Grupo por ano, de residentes da AP 3.1, no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.

Grupo ICSAP	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	n = 4005	n = 3951	n = 3884	n = 3959	n = 3940	n = 3695	n = 3431	n = 3825	n = 3858	n = 3184	n = 4520
1	0,37%	0,23%	0,10%	0,35%	0,48%	0,35%	0,23%	0,37%	0,08%	0,28%	0,22%
2	3,50%	2,86%	2,63%	3,94%	4,59%	3,65%	2,24%	2,75%	2,13%	2,48%	2,77%
3	0,82%	0,73%	1,18%	1,82%	1,12%	0,84%	0,70%	0,65%	0,75%	0,79%	0,31%
4	0,10%	0,00%	0,03%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,03%	0,00%	0,00%
5	1,72%	1,75%	2,60%	2,88%	2,06%	2,38%	2,54%	2,20%	1,61%	0,91%	1,44%
6	0,85%	1,32%	0,82%	0,73%	0,71%	0,84%	1,43%	1,05%	1,53%	1,32%	0,80%
7	9,31%	10,68%	10,71%	6,95%	8,63%	13,59%	10,99%	11,29%	11,48%	12,97%	8,47%
8	4,02%	2,83%	4,04%	3,92%	3,15%	2,08%	2,07%	1,88%	2,18%	3,08%	4,60%
9	7,07%	7,62%	6,95%	7,17%	5,84%	5,85%	4,87%	4,97%	5,47%	4,37%	8,12%
10	11,86%	7,64%	6,62%	8,11%	4,85%	4,63%	4,98%	4,50%	4,35%	3,30%	7,43%
11	2,47%	3,24%	3,06%	3,08%	3,40%	2,79%	2,89%	2,88%	2,38%	2,36%	2,99%
12	7,94%	5,69%	6,18%	6,11%	5,86%	5,39%	5,89%	6,95%	5,81%	7,82%	5,58%
13	13,01%	12,35%	11,05%	10,66%	10,28%	8,71%	9,79%	10,04%	7,91%	7,82%	8,16%
14	9,84%	7,80%	8,57%	9,14%	9,14%	8,58%	8,19%	8,78%	10,26%	8,76%	8,96%
15	2,42%	3,92%	2,86%	2,90%	3,81%	2,33%	3,47%	5,78%	4,54%	5,68%	4,87%
16	7,52%	7,95%	9,76%	8,28%	8,55%	9,15%	10,38%	10,12%	12,16%	11,09%	11,70%
17	7,57%	10,68%	12,49%	10,71%	11,98%	12,86%	12,74%	9,44%	12,39%	13,57%	12,15%
18	1,87%	2,05%	1,54%	1,54%	1,85%	1,68%	1,75%	1,59%	1,68%	1,76%	1,04%
19	3,00%	2,99%	3,24%	3,86%	4,24%	3,98%	5,42%	4,42%	4,41%	3,58%	4,18%
20	4,74%	7,67%	5,56%	7,83%	9,47%	10,34%	9,44%	10,35%	8,86%	8,07%	6,22%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: Elaboração própria, a partir dos microdados do Sistema de Informação Hospitalar, SIH-SUS. Considerou-se o total de internações no SUS por ICSAP por ano de residentes para 2008-2018 como denominador do cálculo de cada proporção, em que o numerador é o total de ICSAP por Grupo por ano no SUS por residentes da AP 3.1 do município do Rio de Janeiro para 2008-2018. Legenda Grupos: 1. Doenças imunizáveis; 2. Condições evitáveis; 3. Gastroenterites infecciosas; 4. Anemia; 5. Deficiências nutricionais; 6. Infecções de ouvido, nariz e garganta; 7. Pneumonias bacterianas; 8. Asma; 9. Doenças das vias aéreas inferiores; 10. Hipertensão; 11. Angina pectoris; 12. Insuficiência cardíaca; 13. Doenças cerebrovasculares; 14. Diabetes mellitus; 15. Epilepsias; 16. Infecção no rim e trato urinário; 17. Infecção da pele e tecido subcutâneo; 18. Doença inflamatória de órgãos, pélvicos femininos; 19. Úlcera gastrointestinal; 20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto.

Tabela B5. Distribuição % das ICSAP no SUS por Grupo por ano, de residentes da AP 3.2, no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.

Grupo ICSAP	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	n = 2349	n = 2370	n = 2398	n = 1916	n = 1836	n = 1775	n = 1645	n = 1815	n = 1465	n = 1416	n = 1712
1	0,34%	0,04%	0,13%	0,37%	0,33%	0,23%	0,79%	0,06%	0,14%	0,14%	0,29%
2	3,45%	2,78%	3,46%	4,75%	3,87%	3,10%	2,19%	2,59%	3,14%	3,11%	2,69%
3	1,40%	0,72%	0,83%	0,94%	1,31%	0,68%	0,55%	0,55%	0,48%	0,35%	0,70%
4	0,04%	0,00%	0,00%	0,05%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,07%	0,00%
5	2,85%	2,78%	2,34%	2,24%	2,89%	1,92%	2,98%	1,49%	1,37%	0,71%	0,88%
6	0,51%	0,84%	0,79%	0,89%	1,14%	0,68%	1,22%	1,71%	1,84%	1,27%	1,29%
7	22,86%	23,12%	17,81%	12,58%	14,00%	13,92%	11,19%	6,56%	7,65%	7,84%	8,24%
8	2,09%	1,14%	1,17%	1,36%	1,14%	1,24%	1,40%	2,37%	3,34%	3,53%	3,86%
9	6,13%	7,38%	5,96%	7,05%	6,64%	9,69%	9,79%	8,26%	9,49%	8,47%	11,92%
10	5,45%	5,95%	5,92%	6,05%	5,45%	4,51%	4,68%	2,98%	1,50%	1,98%	3,10%
11	4,17%	4,56%	4,92%	4,75%	5,56%	5,46%	3,89%	6,23%	4,85%	4,52%	4,32%
12	7,19%	7,43%	7,13%	6,58%	6,21%	5,69%	6,02%	6,94%	5,87%	5,30%	4,32%
13	9,62%	6,88%	7,09%	9,60%	8,44%	8,00%	9,60%	8,71%	6,83%	6,99%	8,12%
14	7,28%	6,67%	7,67%	8,61%	6,43%	7,15%	5,47%	6,61%	6,69%	5,79%	6,25%
15	0,98%	1,98%	1,54%	2,09%	3,21%	2,48%	2,80%	2,20%	2,53%	2,61%	3,33%
16	7,45%	9,37%	11,47%	10,28%	8,12%	9,13%	8,45%	9,48%	9,35%	11,72%	10,51%
17	11,11%	11,60%	14,47%	11,53%	13,40%	14,31%	17,08%	17,30%	20,68%	24,29%	17,58%
18	1,45%	1,73%	1,88%	2,09%	2,02%	2,76%	1,88%	2,81%	3,00%	1,77%	1,52%
19	2,34%	2,57%	3,59%	3,44%	4,19%	2,93%	3,59%	5,07%	2,46%	3,11%	2,80%
20	3,28%	2,45%	1,83%	4,75%	5,66%	6,14%	6,44%	8,10%	8,81%	6,43%	8,29%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: Elaboração própria, a partir dos microdados do Sistema de Informação Hospitalar, SIH-SUS. Considerou-se o total de internações no SUS por ICSAP por ano de residentes para 2008-2018 como denominador do cálculo de cada proporção, em que o numerador é o total de ICSAP por Grupo por ano no SUS por residentes da AP 3.2 do município do Rio de Janeiro para 2008-2018. Legenda Grupos: 1. Doenças imunizáveis; 2. Condições evitáveis; 3. Gastroenterites infecciosas; 4. Anemia; 5. Deficiências nutricionais; 6. Infecções de ouvido, nariz e garganta; 7. Pneumonias bacterianas; 8. Asma; 9. Doenças das vias aéreas inferiores; 10. Hipertensão; 11. Angina pectoris; 12. Insuficiência cardíaca; 13. Doenças cerebrovasculares; 14. Diabetes mellitus; 15. Epilepsias; 16. Infecção no rim e trato urinário; 17. Infecção da pele e tecido subcutâneo; 18. Doença inflamatória de órgãos, pélvicos femininos; 19. Úlcera gastrointestinal; 20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto.

Tabela B6. Distribuição % das ICSAP no SUS por Grupo por ano, de residentes da AP 3.3, no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.

Grupo ICSAP	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	n = 2490	n = 3246	n = 4492	n = 4564	n = 4381	n = 4004	n = 3782	n = 4332	n = 3251	n = 3036	n = 4449
1	0,36%	0,06%	0,20%	0,13%	0,34%	0,25%	0,21%	0,28%	0,12%	0,26%	0,25%
2	6,51%	2,65%	2,45%	4,49%	5,50%	3,72%	2,25%	2,70%	2,40%	2,73%	2,70%
3	1,37%	0,55%	0,67%	0,94%	1,30%	1,35%	1,32%	1,06%	0,62%	1,12%	0,56%
4	0,04%	0,03%	0,07%	0,00%	0,02%	0,00%	0,00%	0,00%	0,06%	0,03%	0,00%
5	3,33%	3,64%	4,05%	4,69%	4,70%	5,77%	6,37%	4,66%	2,25%	1,65%	1,53%
6	0,80%	0,86%	0,80%	0,42%	0,78%	0,65%	0,79%	0,83%	0,98%	1,02%	0,83%
7	14,02%	14,63%	24,69%	23,47%	19,29%	16,13%	15,26%	11,15%	10,03%	10,94%	15,67%
8	1,85%	0,96%	0,98%	0,85%	0,96%	1,00%	0,90%	1,04%	1,20%	1,42%	1,46%
9	4,42%	4,68%	4,05%	4,12%	4,25%	4,50%	3,33%	3,65%	3,41%	4,22%	5,08%
10	5,30%	4,53%	3,32%	5,24%	3,79%	3,27%	4,36%	4,78%	3,75%	4,08%	5,19%
11	5,22%	3,67%	3,36%	2,76%	4,06%	2,95%	3,01%	3,30%	3,41%	2,93%	2,23%
12	9,44%	11,43%	8,70%	9,27%	9,36%	8,74%	7,06%	7,83%	6,92%	7,67%	6,29%
13	11,12%	9,15%	7,81%	8,55%	7,33%	8,42%	9,78%	10,60%	9,54%	10,51%	9,08%
14	9,32%	10,60%	9,06%	8,28%	8,08%	7,52%	7,06%	7,64%	7,69%	8,83%	8,07%
15	1,97%	2,00%	1,54%	1,29%	2,19%	1,80%	2,14%	2,75%	2,65%	2,64%	3,84%
16	8,11%	9,21%	8,90%	7,87%	7,97%	9,22%	10,29%	10,36%	12,27%	10,87%	11,51%
17	7,23%	11,71%	8,41%	8,30%	8,49%	9,97%	8,75%	9,49%	10,52%	11,10%	11,62%
18	1,69%	1,36%	1,42%	1,01%	1,57%	1,30%	1,61%	1,27%	1,72%	1,75%	1,53%
19	1,45%	2,00%	2,87%	2,41%	2,83%	4,22%	3,83%	4,36%	4,21%	3,56%	4,43%
20	6,47%	6,28%	6,63%	5,92%	7,19%	9,24%	11,66%	12,26%	16,24%	12,68%	8,14%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: Elaboração própria, a partir dos microdados do Sistema de Informação Hospitalar, SIH-SUS. Considerou-se o total de internações no SUS por ICSAP por ano de residentes para 2008-2018 como denominador do cálculo de cada proporção, em que o numerador é o total de ICSAP por Grupo por ano no SUS por residentes da AP 3.3 do município do Rio de Janeiro para 2008-2018. Legenda Grupos: 1. Doenças imunizáveis; 2. Condições evitáveis; 3. Gastroenterites infecciosas; 4. Anemia; 5. Deficiências nutricionais; 6. Infecções de ouvido, nariz e garganta; 7. Pneumonias bacterianas; 8. Asma; 9. Doenças das vias aéreas inferiores; 10. Hipertensão; 11. Angina pectoris; 12. Insuficiência cardíaca; 13. Doenças cerebrovasculares; 14. Diabetes mellitus; 15. Epilepsias; 16. Infecção no rim e trato urinário; 17. Infecção da pele e tecido subcutâneo; 18. Doença inflamatória de órgãos, pélvicos femininos; 19. Úlcera gastrointestinal; 20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto.

Tabela B7. Distribuição % das ICSAP no SUS por Grupo por ano, de residentes da AP 4.0, no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.

Grupo ICSAP	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	n = 3099	n = 3839	n = 3891	n = 4243	n = 3724	n = 2931	n = 2428	n = 2514	n = 2047	n = 1880	n = 4449
1	0,16%	0,10%	0,08%	0,12%	0,51%	0,41%	0,16%	0,40%	0,20%	0,21%	0,25%
2	8,52%	5,68%	3,83%	6,48%	9,61%	13,37%	8,90%	10,06%	7,96%	10,05%	2,70%
3	1,45%	1,22%	1,98%	2,10%	0,70%	0,85%	0,66%	0,80%	0,20%	0,53%	0,56%
4	0,06%	0,03%	0,00%	0,02%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
5	1,36%	1,54%	1,44%	0,80%	0,86%	1,16%	1,44%	1,23%	0,93%	0,85%	1,53%
6	1,00%	0,52%	0,33%	0,82%	0,86%	1,26%	0,62%	0,52%	1,07%	0,74%	0,83%
7	15,20%	16,36%	21,13%	19,84%	17,11%	12,08%	12,52%	10,22%	11,09%	13,88%	15,67%
8	3,10%	3,93%	2,60%	2,69%	2,79%	2,73%	1,77%	2,03%	2,05%	2,45%	1,46%
9	6,39%	6,38%	5,35%	5,37%	6,04%	5,32%	4,04%	5,57%	5,47%	5,96%	5,08%
10	6,87%	6,20%	6,12%	5,21%	4,48%	3,65%	3,50%	2,03%	2,74%	1,38%	5,19%
11	2,19%	2,42%	2,24%	2,31%	2,58%	2,63%	3,54%	3,02%	3,62%	2,34%	2,23%
12	6,71%	6,12%	5,58%	4,74%	5,10%	4,57%	3,95%	5,89%	4,35%	4,20%	6,29%
13	13,42%	8,28%	9,12%	8,70%	8,73%	8,26%	10,09%	9,94%	9,48%	8,51%	9,08%
14	6,42%	6,88%	7,02%	5,70%	4,22%	3,92%	5,40%	6,17%	7,28%	9,57%	8,07%
15	3,39%	4,12%	4,42%	3,68%	3,73%	3,38%	3,50%	2,59%	2,05%	1,91%	3,84%
16	5,42%	8,52%	6,89%	8,34%	8,43%	7,34%	8,44%	8,31%	10,26%	7,98%	11,51%
17	11,00%	13,68%	14,52%	13,46%	13,08%	15,01%	16,02%	14,32%	14,07%	13,94%	11,62%
18	1,42%	0,86%	0,87%	1,37%	1,34%	1,54%	1,48%	1,55%	1,86%	1,49%	1,53%
19	2,65%	3,10%	2,34%	2,66%	3,22%	2,66%	2,72%	3,22%	2,39%	2,29%	4,43%
20	3,26%	4,06%	4,16%	5,59%	6,61%	9,86%	11,24%	12,13%	12,95%	11,70%	8,14%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: Elaboração própria, a partir dos microdados do Sistema de Informação Hospitalar, SIH-SUS. Considerou-se o total de internações no SUS por ICSAP por ano de residentes para 2008-2018 como denominador do cálculo de cada proporção, em que o numerador é o total de ICSAP por Grupo por ano no SUS por residentes da AP 4.0 do município do Rio de Janeiro para 2008-2018. Legenda Grupos: 1. Doenças imunizáveis; 2. Condições evitáveis; 3. Gastroenterites infecciosas; 4. Anemia; 5. Deficiências nutricionais; 6. Infecções de ouvido, nariz e garganta; 7. Pneumonias bacterianas; 8. Asma; 9. Doenças das vias aéreas inferiores; 10. Hipertensão; 11. Angina pectoris; 12. Insuficiência cardíaca; 13. Doenças cerebrovasculares; 14. Diabetes mellitus; 15. Epilepsias; 16. Infecção no rim e trato urinário; 17. Infecção da pele e tecido subcutâneo; 18. Doença inflamatória de órgãos, pélvicos femininos; 19. Úlcera gastrointestinal; 20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto.

Tabela B8. Distribuição % das ICSAP no SUS por Grupo por ano, de residentes da AP 5.1, no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.

Grupo ICSAP	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	n = 1743	n = 1513	n = 2067	n = 1923	n = 1700	n = 2220	n = 1835	n = 2641	n = 2182	n = 1998	n = 2401
1	0,57%	0,07%	0,24%	0,16%	0,18%	0,50%	0,05%	0,08%	0,23%	0,25%	0,25%
2	35,28%	29,48%	15,05%	5,67%	6,71%	6,58%	4,36%	5,87%	7,10%	4,60%	5,08%
3	0,86%	0,40%	1,11%	1,87%	1,71%	1,94%	2,62%	1,82%	1,28%	0,90%	0,58%
4	0,00%	0,07%	0,00%	0,05%	0,00%	0,05%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
5	2,35%	1,39%	2,37%	3,80%	4,65%	4,50%	5,50%	3,94%	2,84%	1,40%	1,25%
6	0,40%	0,40%	0,58%	0,73%	0,82%	0,45%	0,71%	0,68%	0,46%	0,40%	0,46%
7	4,70%	6,54%	9,48%	8,37%	7,65%	7,57%	5,99%	6,44%	8,85%	13,91%	12,37%
8	0,92%	1,12%	0,92%	0,73%	0,94%	0,77%	0,76%	0,72%	0,69%	0,85%	0,96%
9	2,75%	2,84%	2,23%	3,22%	3,35%	3,15%	3,49%	3,48%	2,43%	2,65%	5,04%
10	7,11%	6,41%	4,60%	6,97%	5,35%	6,76%	5,34%	4,01%	4,63%	6,21%	4,87%
11	3,21%	5,35%	4,89%	3,43%	5,76%	2,75%	3,22%	3,71%	3,35%	2,45%	3,08%
12	6,20%	7,01%	7,26%	7,85%	6,71%	7,07%	8,17%	7,42%	7,79%	6,61%	4,96%
13	6,20%	7,27%	9,58%	10,71%	10,94%	10,72%	13,02%	12,65%	11,00%	10,91%	13,33%
14	10,04%	10,91%	10,01%	10,56%	9,29%	9,59%	10,41%	10,90%	9,72%	11,36%	7,75%
15	2,24%	1,98%	2,08%	2,03%	2,00%	1,31%	1,63%	0,98%	0,96%	2,80%	4,46%
16	6,20%	4,89%	10,64%	11,65%	8,94%	9,50%	7,85%	10,41%	10,04%	9,56%	11,79%
17	4,88%	6,35%	8,18%	10,92%	11,65%	11,44%	9,16%	7,76%	8,39%	9,91%	10,25%
18	1,09%	1,45%	1,69%	2,70%	1,59%	1,53%	1,69%	1,33%	1,56%	2,40%	2,46%
19	1,95%	2,38%	3,97%	4,73%	3,76%	4,55%	4,47%	5,26%	5,96%	3,20%	4,83%
20	3,04%	3,70%	5,13%	3,85%	8,00%	9,28%	11,55%	12,53%	12,74%	9,61%	6,25%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: Elaboração própria, a partir dos microdados do Sistema de Informação Hospitalar, SIH-SUS. Considerou-se o total de internações no SUS por ICSAP por ano de residentes para 2008-2018 como denominador do cálculo de cada proporção, em que o numerador é o total de ICSAP por Grupo por ano no SUS por residentes da AP 5.1 do município do Rio de Janeiro para 2008-2018. Legenda Grupos: 1. Doenças imunizáveis; 2. Condições evitáveis; 3. Gastroenterites infecciosas; 4. Anemia; 5. Deficiências nutricionais; 6. Infecções de ouvido, nariz e garganta; 7. Pneumonias bacterianas; 8. Asma; 9. Doenças das vias aéreas inferiores; 10. Hipertensão; 11. Angina pectoris; 12. Insuficiência cardíaca; 13. Doenças cerebrovasculares; 14. Diabetes mellitus; 15. Epilepsias; 16. Infecção no rim e trato urinário; 17. Infecção da pele e tecido subcutâneo; 18. Doença inflamatória de órgãos, pélvicos femininos; 19. Úlcera gastrointestinal; 20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto.

Tabela B9. Distribuição % das ICSAP no SUS por Grupo por ano, de residentes da AP 5.2, no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.

Grupo ICSAP	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	n = 1211	n = 1282	n = 1383	n = 1735	n = 1432	n = 1701	n = 1383	n = 2405	n = 1706	n = 1506	n = 1935
1	0,25%	0,08%	0,07%	0,06%	0,21%	0,53%	0,36%	0,25%	0,06%	0,40%	0,41%
2	7,76%	5,85%	4,19%	5,65%	5,45%	3,82%	3,04%	1,25%	3,63%	3,65%	3,51%
3	1,24%	0,70%	0,65%	0,98%	0,98%	0,65%	0,36%	0,91%	0,41%	0,53%	0,67%
4	0,00%	0,00%	0,00%	0,06%	0,00%	0,06%	0,00%	0,04%	0,06%	0,00%	0,00%
5	1,57%	1,33%	1,30%	1,67%	1,19%	1,53%	1,52%	2,79%	2,17%	1,20%	1,55%
6	1,24%	0,62%	0,94%	1,21%	1,05%	0,82%	1,52%	1,54%	1,29%	1,39%	0,83%
7	4,54%	4,21%	12,15%	7,95%	5,38%	9,11%	8,82%	9,48%	7,56%	9,03%	13,80%
8	2,31%	2,26%	1,08%	0,86%	1,26%	2,00%	0,87%	1,16%	0,59%	0,86%	1,09%
9	4,62%	5,93%	3,18%	4,44%	5,10%	5,35%	3,33%	3,78%	4,10%	3,72%	5,12%
10	8,59%	10,22%	5,35%	4,73%	4,89%	4,06%	3,11%	4,16%	2,23%	2,12%	4,03%
11	4,05%	3,74%	4,70%	3,23%	4,82%	3,94%	3,69%	1,66%	4,16%	3,12%	2,64%
12	8,51%	8,42%	7,45%	7,32%	7,19%	7,23%	6,44%	7,15%	7,21%	7,17%	5,99%
13	15,28%	12,01%	10,70%	9,22%	10,41%	9,11%	7,45%	10,19%	11,31%	13,15%	11,58%
14	10,90%	10,61%	9,62%	8,59%	10,13%	7,17%	7,30%	7,57%	9,79%	10,23%	8,27%
15	2,15%	2,96%	1,59%	1,79%	2,09%	1,94%	0,94%	3,41%	0,59%	1,86%	3,20%
16	8,18%	8,58%	9,76%	9,22%	10,47%	10,23%	13,59%	12,10%	12,84%	12,68%	12,51%
17	9,83%	12,87%	15,76%	18,33%	15,78%	17,05%	20,10%	15,68%	14,83%	13,35%	12,71%
18	2,15%	2,18%	1,52%	1,61%	1,33%	1,41%	1,95%	1,95%	3,11%	2,72%	2,27%
19	3,80%	3,43%	4,48%	5,82%	5,52%	4,94%	3,40%	4,16%	3,05%	4,52%	4,08%
20	3,06%	3,98%	5,50%	7,26%	6,77%	9,05%	12,22%	10,77%	11,02%	8,30%	5,74%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: Elaboração própria, a partir dos microdados do Sistema de Informação Hospitalar, SIH-SUS. Considerou-se o total de internações no SUS por ICSAP por ano de residentes para 2008-2018 como denominador do cálculo de cada proporção, em que o numerador é o total de ICSAP por Grupo por ano no SUS por residentes da AP 5.2 do município do Rio de Janeiro para 2008-2018. Legenda Grupos: 1. Doenças imunizáveis; 2. Condições evitáveis; 3. Gastroenterites infecciosas; 4. Anemia; 5. Deficiências nutricionais; 6. Infecções de ouvido, nariz e garganta; 7. Pneumonias bacterianas; 8. Asma; 9. Doenças das vias aéreas inferiores; 10. Hipertensão; 11. Angina pectoris; 12. Insuficiência cardíaca; 13. Doenças cerebrovasculares; 14. Diabetes mellitus; 15. Epilepsias; 16. Infecção no rim e trato urinário; 17. Infecção da pele e tecido subcutâneo; 18. Doença inflamatória de órgãos, pélvicos femininos; 19. Úlcera gastrointestinal; 20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto.

Tabela B10. Distribuição % das ICSAP no SUS por Grupo por ano, de residentes da AP 5.3, no Município do Rio de Janeiro, 2008 – 2018.

Grupo ICSAP	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	n = 996	n = 1130	n = 1191	n = 638	n = 774	n = 1376	n = 1217	n = 1374	n = 1150	n = 1260	n = 1838
1	0,30%	0,00%	0,25%	0,00%	0,39%	0,87%	0,49%	0,22%	0,17%	0,40%	0,82%
2	3,01%	1,86%	1,43%	4,70%	9,82%	6,18%	3,94%	4,22%	2,96%	3,49%	1,96%
3	1,61%	1,06%	1,43%	0,78%	0,65%	0,22%	0,25%	0,29%	0,09%	0,08%	0,11%
4	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
5	1,91%	2,21%	3,19%	1,88%	1,94%	4,43%	4,93%	2,40%	2,43%	1,67%	1,41%
6	0,50%	0,53%	0,50%	0,63%	0,90%	0,65%	0,66%	0,44%	0,61%	0,71%	0,87%
7	3,51%	3,98%	11,50%	9,09%	10,85%	9,08%	5,26%	5,46%	7,22%	9,68%	11,15%
8	2,21%	1,50%	1,26%	0,47%	0,78%	1,31%	0,99%	0,44%	0,61%	1,35%	0,71%
9	5,22%	4,87%	4,53%	5,17%	5,68%	6,32%	4,35%	4,95%	2,00%	4,68%	6,75%
10	9,64%	7,61%	6,05%	4,08%	3,10%	1,53%	1,31%	7,42%	4,43%	2,46%	7,45%
11	4,22%	2,83%	2,35%	5,49%	4,65%	2,76%	2,22%	3,20%	3,57%	2,38%	1,96%
12	10,24%	12,74%	6,47%	9,09%	6,59%	5,96%	5,83%	6,11%	6,43%	5,40%	5,98%
13	16,57%	16,28%	16,46%	16,77%	16,41%	17,51%	20,87%	12,30%	12,70%	13,41%	11,64%
14	13,86%	14,96%	11,17%	10,50%	8,66%	10,39%	12,90%	14,26%	12,35%	12,30%	9,58%
15	2,11%	1,77%	1,26%	1,72%	2,20%	2,25%	2,30%	3,28%	3,65%	5,16%	5,39%
16	9,64%	9,29%	6,55%	7,99%	7,36%	8,65%	10,35%	8,59%	12,35%	11,67%	11,75%
17	7,63%	8,76%	15,20%	12,07%	11,24%	11,85%	11,67%	10,70%	13,57%	13,73%	15,34%
18	1,31%	0,88%	1,93%	2,51%	2,07%	1,24%	1,64%	1,82%	2,17%	2,94%	1,96%
19	2,31%	3,45%	3,36%	3,29%	2,97%	3,49%	2,38%	1,67%	2,43%	1,43%	1,74%
20	4,22%	5,40%	5,12%	3,76%	3,75%	5,31%	7,64%	12,23%	10,26%	7,06%	3,43%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: Elaboração própria, a partir dos microdados do Sistema de Informação Hospitalar, SIH-SUS. Considerou-se o total de internações no SUS por ICSAP por ano de residentes para 2008-2018 como denominador do cálculo de cada proporção, em que o numerador é o total de ICSAP por Grupo por ano no SUS por residentes da AP 5.3 do município do Rio de Janeiro para 2008-2018. Legenda Grupos: 1. Doenças imunizáveis; 2. Condições evitáveis; 3. Gastroenterites infecciosas; 4. Anemia; 5. Deficiências nutricionais; 6. Infecções de ouvido, nariz e garganta; 7. Pneumonias bacterianas; 8. Asma; 9. Doenças das vias aéreas inferiores; 10. Hipertensão; 11. Angina pectoris; 12. Insuficiência cardíaca; 13. Doenças cerebrovasculares; 14. Diabetes mellitus; 15. Epilepsias; 16. Infecção no rim e trato urinário; 17. Infecção da pele e tecido subcutâneo; 18. Doença inflamatória de órgãos, pélvicos femininos; 19. Úlcera gastrointestinal; 20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto.

ANEXOS

ANEXO 1 – LISTA CSAP POR GRUPOS – BRASIL – 2009.

GRUPO	DESCRIÇÃO	DIAGNÓSTICO	CID-10
01	Doenças preveníveis por imunização *	Coqueluche ** Difteria Hepatite B *** Meningite por <i>haemophilus</i> # Meningite tuberculosa Parotidite Rubéola Sarampo Tétano ## Tuberculose Miliar	A37 A36 B16 G00.0 A17.0 B26 B06 B05 A33-A35 A19
02	Condições evitáveis *	Febre reumática ### Sífilis Tuberculose pulmonar Tuberculoses	I00-I02 A51-A53 A16.0-A16.2 A15.4-A15.9 A16.3-A16.9 A17.1-A17.9 A15.0-A15.3
03	Gastroenterites infecciosas e complicações	Desidratação Gastroenterites	E86 A00-A09
04	Anemia	Deficiência de ferro §	D50
05	Deficiências nutricionais	Kwashiorkor e demais desnutrições protéico-calóricas Outras deficiências nutricionais	E40-E46 E50-E64
06	Infecções de ouvido, nariz e garganta	Amigdalite aguda Faringite aguda Infecção aguda das vias aéreas superiores Nasofaringite aguda (resfriado comum) Otite média supurativa Rinite, nasofaringite e faringite crônica Sinusite aguda	J03 J02 J06 J00 H66 J31 J01
07	Pneumonias bacterianas	Bacteriana não especificada Lobar não especificada por <i>haemophilus influenzae</i> Pneumocócica por <i>streptococcus</i>	J15.8-J15.9 J18.1 J14 J13 J15.3-J15.4
08	Asma	Asma §§	J45-J46
09	Doenças das vias aéreas inferiores §§§	Bronquite aguda Bronquite não especificada como aguda ou crônica Bronquite crônica simples, e a mucopurulenta Bronquite crônica não especificada Bronquiectasia Enfisema Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J20 J21 J40 J41 J42 J47 J43-J44
10	Hipertensão	Doença cardíaca hipertensiva Hipertensão essencial	I11 I10
11	Angina pectoris	Angina pectoris §§§	I20-I24

(continua)

Continuação

GRUPO	DESCRIÇÃO	DIAGNÓSTICO	CID-10
-------	-----------	-------------	--------

12	Insuficiência cardíaca	Insuficiência cardíaca §§§ Edema agudo de pulmão	I50 J81
13	Doenças cerebrovasculares	Doenças cerebrovasculares §§§	I63-I67, I69 G45-G46
14	Diabetes mellitus	Insulino dependente com coma Cetoacidose Sem complicações específicas Com complicações (renais, oftalmológicas, neurológicas, circulatórias, periféricas, outras, múltiplas) não especificadas	E10.0 E10.1 E11.0-E11.1 E12.0-E12.1 E13.0-E13.1 E14.0-E14.1 E10.9 E11.9 E12.9 E13.9 E14.9 E10.2-E10.8 E11.2-E11.8 E12.2-E12.8 E13.2-E13.8 E14.2-E14.8
15	Epilepsias	Epilepsia	G40-G41
16	Infecção no rim e trato urinário *	Nefrite túbulo-intersticial aguda Nefrite túbulo-intersticial crônica Nefrite túbulo-intersticial não especificada aguda crônica Infecção do trato urinário de localização não especificada	N10 N11 N12 N39.0
17	Infecção da pele e tecido subcutâneo *	Abscesso cutâneo, furúnculo e carbúnculo Celulite Impetigo Linfadenite aguda	L02 L03 L01 L04
18	Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos	Salpingite e ooforite Doença inflamatória do útero (exceto colo) Doença inflamatória do colo do útero Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas Outras afecções inflamatórias da vagina e vulva Doenças da glândula de Bartholin	N70 N71 N72 N73 N76 N75
19	Úlcera Gastrointestinal	Úlcera gastrointestinal com hemorragia e/ou perfuração	K25-K28 K92.0-K92.2
20	Doenças relacionadas ao Pré-natal e ao Parto	Infecção do trato urinário na gravidez Sífilis congênita Síndrome da Rubéola congênita	O23 A50 P35.0

Fonte: Alfradique, et al (2009).

* Grupos de diagnósticos que apresentaram pelo menos uma doença da lista brasileira sem correspondência em listas nacionais e estrangeiras: doenças imunizáveis (febre amarela), condições evitáveis (ascaridíase, malária), infecção no rim e trato urinário (cistite, uretrite) e infecção da pele e tecido subcutâneo (erisipela);

** Coqueluche entre ≥ 1 ano e ≤ 5 anos;

*** Hepatite B aguda e crônica entre ≤ 20 anos; hepatite aguda com e sem o agente Delta;

Meningite por *Haemophilus* entre \leq de 5 anos;

Exclui o tétano obstétrico e do recém-nascido. Tétano entre ≥ 1 ano e ≤ 5 anos;

Febre reumática entre ≥ 1 ano e ≤ 5 anos;

§ Deficiência de ferro entre \leq de 5 anos;

§§ Exclui a asma aguda;

§§§ Doença pulmonar obstrutiva crônica, angina, insuficiência cardíaca, edema agudo de pulmão, doenças cerebrovasculares entre ≤ 65 anos.

ANEXO 2 – LISTA DE ÁREA DE PLANEJAMENTO DOS 160 BAIROS EM ORDEM ALFABÉTICA, DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.

BAIRRO	AP	BAIRRO	AP	BAIRRO	AP	BAIRRO	AP
Abolição	3.2	Curicica	4.0	Laranjeiras	2.1	Ricardo de Albuquerque	3.3
Acari	3.3	Del Castilho	3.2	Leblon	2.1	Rio Comprido	1.0
Água Santa	3.2	Deodoro	3.3	Leme	2.1	Rocha	3.2
Alto da Boa Vista	2.2	Encantado	3.2	Lins de Vasconcelos	3.2	Rocha Miranda	3.3
Anchieta	3.3	Engenheiro Leal	3.3	Madureira	3.3	Rocinha	2.1
Andaraí	2.2	Engenho da Rainha	3.2	Magalhães Bastos	5.1	Sampaio	3.2
Anil	4.0	Engenho de Dentro	3.2	Mangureira	1.0	Santa Cruz	5.3
Bancários	3.1	Engenho Novo	3.2	Manguinhos	3.1	Santa Teresa	1.0
Bangu	5.1	Estácio	1.0	Maracanã	2.2	Santíssimo	5.2
Barra da Tijuca	4.0	Flamengo	2.1	Maré	3.1	Santo Cristo	1.0
Barra de Guaratiba	5.2	Freguesia (Ilha)	3.1	Marechal Hermes	3.3	São Conrado	2.1
Barros Filho	3.3	Freguesia (Jacarepaguá)	4.0	Maria da Graça	3.2	São Cristóvão	1.0
Benfica	1.0	Galeão	3.1	Méier	3.2	São Francisco Xavier	3.2
Bento Ribeiro	3.3	Gamboa	1.0	Moneró	3.1	Saúde	1.0
Bonsucesso	3.1	Gardênia Azul	4.0	Olaria	3.1	Senador Camará	5.1
Botafogo	2.1	Gávea	2.1	Oswaldo Cruz	3.3	Senador Vasconcelos	5.2
Brás de Pina	3.1	Glória	2.1	Paciência	5.3	Sepeitiba	5.3
Cachambi	3.2	Grajaú	2.2	Padre Miguel	5.1	Tanque	4.0
Cacuaia	3.1	Grumari	4.0	Paqueta	1.0	Taquara	4.0
Caju	1.0	Guadalupe	3.3	Parada de Lucas	3.1	Tauá	3.1
Camorim	4.0	Guaratiba	5.2	Parque Anchieta	3.3	Tijuca	2.2
Campinho	3.3	Higienópolis	3.2	Parque Colúmbia	3.3	Todos os Santos	3.2
Campo Grande	5.2	Honório Gurgel	3.3	Pavuna	3.3	Tomás Coelho	3.2
Cascadura	3.3	Humaitá	2.1	Pechincha	4.0	Turiaçu	3.3
Catete	2.1	Inhaúma	3.2	Pedra de Guaratiba	5.2	Urca	2.1
Catumbi	1.0	Inhoaíba	5.2	Penha	3.1	Vargem Grande	4.0
Cavalcanti	3.3	Ipanema	2.1	Penha Circular	3.3	Vargem Pequena	4.0
Centro	1.0	Irajá	3.3	Piedade	3.2	Vasco da Gama	1.0
Cidade de Deus	4.0	Itanhangá	2.1	Pilares	3.2	Vaz Lobo	3.3
Cidade Nova	1.0	Jacaré	3.2	Pitangueiras	3.1	Vicente de Carvalho	3.3
Cidade Universitária	3.1	Jacarepaguá	4.0	Portuguesa	3.1	Vidigal	2.1
Cocotá	3.1	Jacarezinho	3.2	Praça da Bandeira	2.2	Vigário Geral	3.1
Coelho Neto	3.3	Jardim América	3.1	Praça Seca	4.0	Vila da Penha	3.3
Colégio	3.3	Jardim Botânico	2.1	Praia da Bandeira	3.1	Vila Isabel	2.2
Complexo do Alemão	3.1	Jardim Carioca	3.1	Quintino Bocaiuva	3.3	Vila Kennedy	5.1
Copacabana	2.1	Jardim Guanabara	3.1	Ramos	3.1	Vila Kosmos	3.3
Cordovil	3.1	Jardim Sulacap	5.1	Realengo	5.1	Vila Militar	5.1
Cosme Velho	2.1	Joá	2.1	Recreio dos Bandeirantes	4.0	Vila Valqueire	4.0
Cosmos	5.2	Lagoa	2.1	Riachuelo	3.2	Vista Alegre	3.3
Costa Barros	3.3	Lapa	1.0	Ribeira	3.1	Zumbi	3.1

Fonte: elaboração própria, dados da SMSRJ (2019).

ANEXO 3 – LISTA DOS 160 BAIRROS DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, POR ÁREA DE PLANEJAMENTO.

<p>Área de Planejamento 1.0</p> <p>População estimada: 299.529</p>	<p>Benfica Caju Catumbi Centro Cidade Nova Estácio Gamboa Lapa Mangueira</p>	<p>Paqueta Rio Comprido Santa Teresa Santo Cristo São Cristóvão Saúde Vasco da Gama</p>	<p>Área de Planejamento 2.1</p> <p>População estimada: 641.375</p>	<p>Botafogo Catete Copacabana Cosme Velho Flamengo Gávea Glória Humaitá Ipanema Itanhangá</p>	<p>Jardim Botânico Joá Lagoa Laranjeiras Leblon Leme Rocinha São Conrado Urca Vidigal</p>
<p>Área de Planejamento 2.2</p> <p>População estimada: 373.054</p>			<p>Alto da Boa Vista Andaraí Grajaú</p>	<p>Maracanã Praça da Bandeira Tijuca Vila Isabel</p>	
<p>Área de Planejamento 3.1</p> <p>População estimada: 891.171</p>	<p>Bancários Bonsucesso Brás de Pina Cacuaia Cidade Universitária Cocotá Complexo do Alemão Cordovil Freguesia (Ilha) Galeão Jardim América Jardim Carioca Jardim Guanabara</p>	<p>Manguinhos Maré Moneró Olaria Parada de Lucas Penha Pitangueiras Portuguesa Praia da Bandeira Ramos Ribeira Tauá Vigário Geral Zumbi</p>	<p>Área de Planejamento 3.2</p> <p>População estimada: 572.941</p>	<p>Abolição Água Santa Cachambi Del Castilho Encantado Engenho da Rainha Engenho de Dentro Engenho Novo Higienópolis Inhaúma Jacaré Jacarezinho</p>	<p>Lins de Vasconcelos Maria da Graça Méier Piedade Pilares Riachuelo Rocha Sampaio São Francisco Xavier Todos os Santos Tomás Coelho</p>
<p>Área de Planejamento 3.3</p> <p>População estimada: 947.551</p>	<p>Acari Anchieta Barros Filho Bento Ribeiro Campinho Cascadura Cavalcanti Coelho Neto Colégio Costa Barros Deodoro Engenheiro Leal Guadalupe Honório Gurgel Irajá Madureira Marechal Hermes</p>	<p>Oswaldo Cruz Parque Anchieta Parque Colúmbia Pavuna Penha Circular Quintino Bocaiuva Ricardo de Albuquerque Rocha Miranda Turiaçu Vaz Lobo Vicente de Carvalho Vila da Penha Vila Kosmos Vista Alegre</p>	<p>Área de Planejamento 4.0</p> <p>População estimada: 914.107</p>	<p>Anil Barra da Tijuca Camorim Cidade de Deus Curicica Freguesia (Jacarepaguá) Gardênia Azul Grumari Jacarepaguá</p>	<p>Pechincha Praça Seca Recreio dos Bandeirantes Tanque Taquara Vargem Grande Vargem Pequena Vila Valqueire</p>
<p>Área de Planejamento 5.1</p> <p>População estimada: 674.538</p>	<p>Bangu Bangu Jardim Sulacap Magalhães Bastos Padre Miguel Realengo Senador Camará Vila Kennedy Vila Militar</p>	<p>Área de Planejamento 5.2</p> <p>População estimada: 668.665</p>	<p>Barra de Guaratiba Campo Grande Cosmos Inhoaíba Pedra de Guaratiba Senador Vasconcelos</p>	<p>Área de Planejamento 5.3</p> <p>População estimada: 370.455</p>	<p>Paciência Santa Cruz Sepetiba</p>

Fonte: elaboração própria, dados da SMS-RJ (2019).

ANEXO 4 – LISTA DAS CLÍNICAS DA FAMÍLIA POR NAUGURAÇÃO, NÚMERO DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E, POPULAÇÃO POTENCIALMENTE COBERTA, MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, 2008 A 2020.

Nº	AP	NOME DA CLÍNICA DA FAMÍLIA	Data de inauguração	Nº de eSF	População potencial coberta - hab.
1	2.1	Santa Marta	25/05/2009	3	10.350
2	5.1	Olímpia Esteves	14/11/2009	8	27.600
3	2.1	Cantagalo Pavão Pavãozinho	18/12/2009	4	13.800
4	1.0	Dona Zica	05/02/2010	5	17.250
5	2.1	Maria do Socorro Silva e Souza	08/03/2010	11	37.950
6	2.1	Rinaldo de Lamare	08/03/2010	8	27.600
7	3.1	Rodrigo y Aguilar Roig	06/04/2010	4	13.800
8	3.1	Zilda Arns	06/04/2010	12	41.400
9	3.1	Victor Valla	13/04/2010	6	20.700
10	5.3	Iizo Motta de Mello	13/06/2010	5	17.250
11	5.3	Lenice Maria Monteiro Coelho	13/06/2010	6	20.700
12	5.3	Lourenço de Mello	18/07/2010	4	13.800
13	5.3	Helande de Mello Gonçalves	22/08/2010	4	13.800
14	5.3	Sérgio Arouca	28/08/2010	7	24.150
15	5.3	Jamil Haddad	05/09/2010	6	20.700
16	5.2	Dr. José de Paula Lopes Pontes	19/10/2010	5	17.250
17	5.2	Dr. Hans Jurgen Fernando Dohmann	24/10/2010	3	10.350
18	5.2	Dr. Dalmir de Abreu Salgado	04/11/2010	5	17.250
19	5.3	Deolindo Couto	23/11/2010	5	17.250
20	5.3	Edson Abdalla Saad	06/12/2010	7	24.150
21	3.1	Felippe Cardoso	10/12/2010	13	44.850
22	3.1	Augusto Boal	11/12/2010	6	20.700
23	5.2	Dr. David Capistrano Filho	07/01/2011	6	20.700
24	3.2	Herbert José de Souza	11/01/2011	6	20.700
25	3.2	Izabel dos Santos	26/01/2011	5	17.250
26	5.3	Samuel Penha Valle	01/02/2011	3	10.350
27	5.2	Dr. Rogério Rocco	04/02/2011	5	17.250
28	5.2	Alkindar Soares Pereira Filho	18/02/2011	6	20.700
29	4.0	Maury Alves de Pinho	23/02/2011	3	10.350
30	5.1	Fiorello Raymundo	28/02/2011	6	20.700
31	3.2	Emygdio Alves Costa Filho	31/03/2011	5	17.250
32	3.2	Anna Nery	14/04/2011	6	20.700
33	3.1	Maria Sebastiana de Oliveira	18/05/2011	6	20.700
34	3.2	Edney Canazaro de Oliveira	02/06/2011	5	17.250
35	3.3	Josinete Santanna de Oliveira	10/06/2011	5	17.250

(continua)

Continuação

Nº	AP	NOME DA CLÍNICA DA FAMÍLIA	Data de inauguração	Nº de eSF	População potencial coberta - hab.
36	3.2	Anthídio Dias da Silveira	29/06/2011	7	24.150
37	3.3	Maria de Azevedo Rodrigues Pereira	30/06/2011	6	20.700
38	5.3	Valéria Gomes Esteves	04/07/2011	5	17.250
39	3.3	Epitácio Soares Reis	05/07/2011	6	20.700
40	3.3	Manoel Fernandes de Araujo “Seu Neco”	05/07/2011	9	31.050
41	3.1	Assis Valente	08/07/2011	6	20.700
42	3.3	Enfermeiro Marcos Valadão	15/07/2011	7	24.150
43	3.2	Bárbara Starfield	28/07/2011	5	17.250
44	5.3	José Antônio Cirauco	08/08/2011	8	27.600
45	5.1	Kelly Cristina de Sá Lacerda Silva	08/09/2011	7	24.150
46	1.0	Sérgio Vieira de Mello	20/10/2011	6	20.700
47	3.1	Aloysio Augusto Novis	26/10/2011	7	24.150
48	5.1	Padre John Cribbin – “Padre João”	11/11/2011	6	20.700
49	3.3	Ana Maria Conceição dos Santos Correia	26/11/2011	7	24.150
50	3.2	Bibi Vogel	29/11/2011	7	24.150
51	3.1	Heitor dos Prazeres	01/12/2011	6	20.700
52	5.2	Agenor de Miranda Araújo Neto	02/12/2011	5	17.250
53	5.1	Nildo Eymar Aguiar	07/12/2011	8	27.600
54	3.2	Sérgio Nicolau Amin	20/12/2011	5	17.250
55	4.0	Padre José de Azevedo Tiúba	11/01/2012	7	24.150
56	5.1	Mário Dias de Alencar	13/01/2012	5	17.250
57	5.1	Antonio Goncalves da Silva	18/01/2012	6	20.700
58	4.0	Otto Alves de Carvalho	26/01/2012	11	37.950
59	3.1	Joãosinho Trinta	21/03/2012	6	20.700
60	3.3	Souza Marques	27/03/2012	10	34.500
61	3.3	Maestro Celestino	05/05/2012	3	10.350
62	3.3	Raimundo Alves Nascimento	21/05/2012	5	17.250
63	5.3	Ernani de Paiva Ferreira Braga	27/06/2012	7	24.150
64	5.2	Antônio Gonçalves Villa Sobrinho	05/07/2012	6	20.700
65	5.1	Rosino Baccaríni	05/07/2012	6	20.700
66	5.2	Sonia Maria Ferreira Machado	05/07/2012	8	27.600
67	3.2	Carioca	06/07/2012	3	10.350
68	3.3	Dante Romanó Júnior	01/10/2012	8	27.600
69	5.3	Waldemar Berardinelli	10/01/2013	8	27.600
70	3.3	Carlos Nery da Costa Filho	03/02/2013	5	17.250
71	5.1	Armando Palhares Aguinaga	13/08/2013	8	27.600
72	1.0	Nélio de Oliveira	02/07/2014	3	10.350
73	3.1	Palmeiras	15/10/2014	3	10.350
74	2.2	Recanto do Trovador	24/12/2014	4	13.800

(continua)

Continuação

Nº	AP	NOME DA CLÍNICA DA FAMÍLIA	Data de inauguração	Nº de eSF	População potencial coberta - hab.
75	5.1	Maria José de Sousa Barbosa	09/05/2015	7	24.150
76	5.1	Faim José Pedro	10/05/2015	7	24.150
77	5.2	Everton de Souza Santos	23/05/2015	6	20.700
78	5.1	Sandra Regina Sampaio de Souza	29/11/2015	8	27.600
79	5.1	Wilson Mello Santos – “Zico”	10/12/2015	8	27.600
80	4.0	José de Souza Herdy	17/12/2015	3	10.350
81	5.2	Ana Gonzaga	13/01/2016	6	20.700
82	1.0	Estácio de Sá	19/01/2016	5	17.250
83	3.1	Ministro Dr. Adib Jatene	19/01/2016	6	20.700
84	5.3	Alice de Jesus Rêgo	21/01/2016	5	17.250
85	5.2	Isabela Severo da Silva	21/01/2016	6	20.700
86	3.3	Adolfo Fernandes Carvalho	23/01/2016	7	24.150
87	4.0	Helena Berserman Vianna	05/03/2016	16	55.200
88	4.0	Bárbara Mosley de Souza	30/03/2016	9	31.050
89	3.2	Luiz Celio Pereira	02/06/2016	5	17.250
90	3.1	Eidimir Thiago de Souza	10/06/2016	6	20.700
91	5.2	Lecy Ranquine	26/06/2016	5	17.250
92	2.2	Pedro Ernesto	04/07/2016	3	10.350
93	5.2	Valdecir Salustiano Cardozo	20/07/2016	6	20.700
94	3.1	Nilda Campos de Lima	23/07/2016	10	34.500
95	3.3	Ivanir de Mello	26/08/2016	6	20.700
96	4.0	Maicon Siqueira	01/09/2016	10	34.500
97	3.2	Olga Pereira Pacheco	02/09/2016	5	17.250
98	1.0	Estivadores	16/09/2016	2	6.900
99	5.2	Medalhista Olímpico Arthur Zaneti	17/09/2016	5	17.250
100	5.2	Medalhista Olímpico Bruno Schmidt	17/09/2016	5	17.250
101	3.3	Aderson Fernandes – “Filoca”	18/09/2016	4	13.800
102	3.3	Cypriano das Chagas Medeiros	28/09/2016	7	24.150
103	1.0	Medalhista Olímpico Maurício Silva	29/09/2016	6	20.700
104	3.1	Wilma Costa	29/09/2016	8	27.600
105	1.0	Medalhista Olímpico Ricardo Lucarelli Souza	30/09/2016	5	17.250
106	5.1	Rogério Pinto da Mota	30/09/2016	7	24.150
107	3.3	Enfermeira Edma Valadão	19/10/2016	7	24.150
108	3.1	Klebel de Oliveira Rocha	25/11/2016	7	24.150
109	3.1	Valter Felisbino de Souza	25/11/2016	8	27.600
110	3.2	Amélia dos Santos Ferreira	16/12/2016	8	27.600
111	3.2	Eivaldo Fernandes Nóbrega	16/12/2016	3	10.350
112	4.0	Gerson Bergher	16/12/2016	12	41.400
113	3.3	Cândido Ribeiro da Silva Filho	27/12/2016	4	13.800

(continua)

Continuação

Nº	AP	NOME DA CLÍNICA DA FAMÍLIA	Data de inauguração	Nº de eSF	População potencial coberta - hab.
114	3.3	Deputado Pedro Fernandes Filho	27/12/2016	6	20.700
115	3.3	Mestre Molequinho do Império	28/12/2016	6	20.700
116	5.3	João Batista Chagas	21/06/2017	5	17.250
117	5.2	Maria Jose Papera de Azevedo	24/08/2017	3	10.350
118	5.1	Romulo Carlos Teixeira	11/09/2017	6	20.700
119	3.1	Diniz Batista dos Santos	07/02/2018	6	20.700
120	2.2	Odaléa Firmo Dutra	20/02/2018	6	20.700
121	3.1	Jeremias Moraes da Silva	02/03/2018	8	27.600
122	3.3	Amaury Bottany	28/03/2018	4	13.800
123	4.0	José Neves	06/08/2018	3	10.350

Fonte: Atualizado, a partir de Soranz (2017) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) / Ministério da Saúde (MS), 30 de abril de 2020.

Nota 1: Os dados de 2009 a 2016 correspondem àqueles observados no CNES até dezembro de 2016 listados por Soranz (2017). Não considera possíveis reduções de eSF ou fechamento de unidades. Os dados de janeiro de 2017 a abril de 2020 refletem os registros observados no CNES/MS, acesso em 30 de abril de 2020.

Nota 2: A “população potencialmente coberta” considera o parâmetro de 1 Equipe de Saúde da Família (eSF) para cada 3.450 habitantes, conforme definição do Ministério da Saúde para efeitos de comparação com todos os municípios brasileiros.

Nota 3: Encontram-se listados apenas as Clínicas da Família. Existem eSF nos Centros Municipais de Saúde no município do Rio de Janeiro, que não estão aqui listados.