

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM  
POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE  
ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Ana Flávia Pedrosa Boni

INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA  
À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL NO PERÍODO DE 2010 A 2021.

Brasília

2023

Ana Flávia Pedrosa Boni

INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA  
EM SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL DE 2010 A 2021.

Trabalho de Dissertação apresentado à Escola  
Fiocruz de Governo como requisito parcial para  
obtenção do título de mestre em Políticas  
Públicas em Saúde. Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Armando Martinho  
Bardou Raggio

Brasília

2023



Ana Flávia Pedrosa Boni

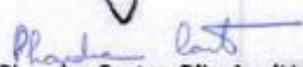
**INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA  
EM SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL DE 2010 A 2021.**

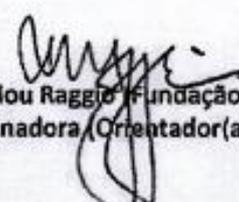
Trabalho de Dissertação apresentado à Escola  
Fiocruz de Governo como requisito parcial para  
obtenção do título de mestre em Políticas  
Públicas em Saúde. Gestão em Saúde.

Aprovado em: 31/03/2023

**BANCA EXAMINADORA**

  
Dr.(a) Jorge Otávio Maja Barreto - Fiocruz Brasília (Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília)  
1º(ª) Examinador(a)

  
Dr.(a) Phaedra Castro Oliveira (UniCeub)  
2º(ª) Examinador(a)

  
Dr.(a) Armando Martinho Bardou Raggio (Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília)  
Presidente da Comissão Examinadora (Orientador(a))

Dr.(a) Tainá Raiol Alencar (Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília)  
Suplente

*Dedico este trabalho ao meu pai, Orlando Boni, em memória, que pelo seu exemplo e dedicação a administração pública, me inspira a seguir em busca de uma gestão em saúde técnica e ética.*

## **AGRADECIMENTOS**

Desejo exprimir os meus agradecimentos a todos aqueles que, de alguma forma, permitiram que essa dissertação se concretizasse.

Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Armando Martinho Bardou Raggio, por ter me apoiado nessa proposta de projeto. Agradeço ainda o trato simples, correto e científico, com que conduziu o trabalho. Agradeço-lhe ainda por compartilhar comigo os seus conhecimentos e experiência da sua jornada na gestão em saúde.

À minha família: ao meu pai, que teria ficado feliz por este momento. À minha mãe pelo incentivo de todas as horas. Ao meu esposo, pela dedicação a este trabalho e a nossa família. Aos meus filhos, a quem retirei atenção, paciência e acompanhamento. A todos, os meus sinceros agradecimentos.

*“Eu não sou os meus papéis; sou a minha jornada.  
Eu não sou minha experiência limitadora; sou o  
poder criativo do meu potencial.” (James Hollis)*

## RESUMO

O presente estudo teve como objetivo caracterizar o perfil de internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde (ICSAP) no Distrito Federal (DF), Brasil, e cotejá-las com a cobertura da Atenção Básica. Trata-se de um estudo ecológico com dados secundários oriundos dos microdados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), no período de 2010 a 2021. Nesse período, foram autorizadas 217.971 internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde nos serviços públicos e conveniados do SUS no Distrito Federal. As ICSAP foram responsáveis por 30,81% de todas as hospitalizações do DF registradas no SUS, e taxa de 63,34 por 10.000 habitantes. Não houve significância na correlação da cobertura da APS com as taxas de ICSAP. Conclui-se que os achados encontrados são semelhantes ao encontrado em outros estudos, entretanto alguns deles merecem um aprofundamento, são eles: o aumento das ICSAP no grupo de crianças menores de 04 anos, aumento das hospitalizações por epilepsia, e os achados dos grupos CID nas regiões de saúde da SES-DF devem ser explorados e novos estudo realizados.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde. Hospitalizações. Avaliação em Saúde. Serviços de Saúde.

## **ABSTRACT**

The present study aimed to characterize the profile of hospitalizations for conditions sensitive to Primary Health Care in Brazil's Federal District, Brazil, and compare them with the coverage of Primary Health Care. This is an ecological study with secondary data, using microdata from the Brazilian's Public Hospital Information System considering the period of 2010 to 2021. In this period, 217,971 hospitalizations were authorized for conditions sensitive to Primary Health Care in public and hired health care services in Brazil's Federal District. Hospitalizations for conditions sensitive to Primary Health Care accounted for 30.81% of all hospitalizations in Brazil's Federal District recorded, and rate of 63.34 per 10,000 inhabitants in the period. There was no significance in the correlation of the Primary Health Care coverage between the rates of Hospitalizations for conditions sensitive to Primary Health Care. It is concluded that the findings are similar to those in other studies, however, some of them deserve further study, namely: the increase of Hospitalizations for conditions sensitive to Primary Health Care in the group of children under 04 years old, the increase of these hospitalizations for epilepsy, and the findings of the disease's groups in the Brazil's Federal District Health Regions should be explored and new studies conducted.

**Keywords:** Primary Health Care. Hospitalization. Health Assessment. Health Services.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> - Comparativo das taxas de ICSAP por faixa etária entre as regiões de saúde SES-DF e no DF, 2010 a 2021 .....	30
<b>Figura 2</b> - Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) por Região Administrativa (RA), Distrito Federal, 2020.....	35

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> - Médias marginais da Proporção (%) de ICSAP, Distrito Federal, 2010 a 2021.....	26
<b>Gráfico 2</b> - Médias marginais da Taxa de ICSAP por 10.000 habitantes nas Regiões de Saúde da SES-DF, Distrito Federal, 2010 a 2021 .....	30
<b>Gráfico 3</b> - Comparação da Taxa de ICAP e a Cobertura da APS, Distrito Federal, 2010 a 2021 .....	42

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Distribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde (ICSAP), Distrito Federal, 2010 a 2021 .....	24
<b>Tabela 2</b> -Distribuição (%) das ICSAP no SUS por grupo de CID, Distrito Federal, 2010 a 2021 .....	28
<b>Tabela 3</b> - Distribuição da Proporção das ICSAP (%) com relação as internações hospitalares no SUS por Região de Saúde SES-DF, Distrito Federal, 2010 a 2021 .....	32
<b>Tabela 4</b> - Ranking das (%) das ICSAP no SUS por Região de Saúde da SES-DF e por Grupo CID, Distrito Federal, 2010 a 2021 .....	33
<b>Tabela 5</b> - Distribuição da Proporção das ICSAP (%) com relação as internações hospitalares no SUS por faixa etária, Distrito Federal, 2010 a 2021 .....	37
<b>Tabela 6</b> - Ranking das (%) das ICSAP no SUS por faixa etária e por grupo de CID, Distrito Federal, 2010 a 2021 .....	40

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AB Atenção Básica

APS Atenção Primária em Saúde

CIT Comissão Intergestores Tripartite

Codeplan Companhia de planejamento do Distrito Federal

CSAP Condições Sensíveis à Atenção Primária

DF Distrito Federal

ESF Estratégia de Saúde da Família

ICSAP Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Saúde

IPEDF Codeplan Instituto de Pesquisa e Estatística do Distrito Federal

IVS Índice de Vulnerabilidade Social

MS Ministério da Saúde

PDAD Pesquisa Distrital de Amostras de Domicílios

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

PNAB Política Nacional da Atenção Básica

PSF Programa de Saúde da Família

SES- DF Secretaria de Saúde do Distrito Federal

SIAB Sistema de Informação da Atenção Básica

SIH-SUS Sistema de Informação Hospitalar do SUS

SUS Sistema Único de Saúde

UBS Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	15
2 DESENVOLVIMENTO .....	19
2.1 MÉTODOS .....	19
2.2 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	23
2.2.1 Perfil de ICSAP no DF.....	23
2.2.2 Perfil de ICSAP por Região de Saúde da SES-DF.....	30
2.2.3 Perfil de ICSAP por Faixa Etária .....	37
2.2.4 Correlação da Taxa de ICSAP e a Cobertura AB do DF .....	41
2.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO .....	43
3 CONCLUSÃO .....	45
REFERÊNCIAS .....	47

## 1 INTRODUÇÃO

O reconhecimento da Atenção Primária em Saúde (APS) em seu potencial para a reformulação do sistema de saúde e todo o investimento na política que a embasa no nosso país, trouxe consigo a discussão de uma APS de qualidade. Há evidências de que os sistemas nacionais de saúde que priorizam as ações primárias como eixo organizador das práticas sanitárias alcançam melhores indicadores de saúde, menores custos e maior satisfação dos usuários. Esses resultados enfatizam, em vários países, a relevância do modelo, sua capacidade de resolutividade das demandas de saúde do seu território e de articulação de seus serviços com os demais níveis de atenção. (1, 2)

No Brasil, o Ministério da Saúde, por deliberação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), adotou a denominação de Atenção Básica (AB) para identificar APS, assumida pela política nacional de saúde a partir da NOB SUS 01/96. Na análise dos atores envolvidos na condução da política, tal opção deveu-se essencialmente ao paradigma da Reforma Sanitária Brasileira que propunha uma estratégia e um dispositivo de atenção integral à saúde articulada ao sistema de saúde de base universal, diferentemente do propósito seletivo prevalecente na concepção veiculada por organismos internacionais. (3)

A Portaria de Consolidação nº 2/2017 define a AB como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvidas por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada. As equipes multiprofissionais assumem responsabilidade sanitária da população adscrita ao seu território. (4)

Os seus serviços corroboram com os princípios da medicina preventiva, em que considera a doença em seu amplo espectro de múltiplas causalidades que vão além da doença, e que seu processo evolutivo de agravamento pode ser interrompido com as estratégias de prevenção de riscos, agravos e doenças e de promoção de saúde. Possui atributos reconhecidos como organizadores da AB: o primeiro contato, o cuidado centrado na pessoa, a continuidade do cuidado com longitudinalidade, a integralidade e coordenação do cuidado ordenando a rede de atenção em saúde e a participação da comunidade. (2, 5, 6)

A primeira revisão da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), publicada em outubro de 2011, traz a Saúde da Família como estratégia prioritária para expansão e consolidação de uma APS forte. O novo texto introduziu importantes inovações voltadas à ampliação do acesso, cobertura e resolubilidade da AB, com destaque para a flexibilidade da carga horária médica, a introdução de novos arranjos de equipes e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB). (7, 8)

Dessa forma, o país, além de iniciar o desenvolvimento de uma prática institucional de acompanhamento e gestão da PNAB, possibilitou avaliar as diferentes perspectivas dos serviços e o grau de orientação de cada um deles a uma produção rigorosa de conhecimentos acerca de seus resultados e desempenho, considerando toda a magnitude da avaliação e a complexidade e heterogeneidade da assistência avaliada. (9)

Destaca-se que a institucionalização de práticas que monitoram e avaliam a AB, necessidade percebida ao longo das últimas década, é fundamental para qualificar a gestão e organização dos serviços ofertados nesse nível de assistência, permitindo o surgimento de novas iniciativas e estratégias para a melhoria dos resultados em saúde no âmbito do território de abrangência. (10)

A definição de qualidade no cuidado em saúde de uma população abrange aspectos como a discussão de acesso facilitado e efetividade da assistência oferecida de forma equânime. Na década de 1990, surgiu o conceito de condições de saúde sensíveis aos cuidados primários, nos Estados Unidos, que são aquelas que podem ser prevenidas ou controladas com intervenções no nível de atenção inicial, diminuindo o risco de hospitalizações. A importância da AB no manejo dessas condições se deve ao fato de ser a assistência em saúde mais acessível e próxima da população, e ter a capacidade de fornecer cuidados contínuos e coordenados, além de promover a promoção da saúde e a prevenção de riscos agravos e doenças. (2, 11)

Desde então, as internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) passaram a ser tratadas como um indicador de efetividade dos serviços da AB. Muitos estudos servem como instrumento de avaliação do acesso da população e da qualidade dos serviços prestados, uma vez que a atuação adequada e oportuna, pode prevenir o aparecimento de doenças e/ou realizar o manejo adequado de doenças degenerativas. (12)

A institucionalização do uso de indicadores tais como o das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária faz parte de uma estratégia para aprimorar o planejamento e gestão dos serviços de saúde por autoridades nacionais, estaduais e locais. No Brasil, a primeira Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) foi divulgada pela Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008, do Ministério da Saúde (MS), sendo considerada como instrumento de avaliação da Atenção Básica. (13)

O indicador das ICSAP evidencia a capacidade do primeiro nível de assistência em saúde de resolver os problemas cuja atenção é de sua responsabilidade, antes que o paciente necessite uma internação hospitalar para o problema. É um indicador indireto da qualidade da AB, medido por eventos hospitalares. É composto por um amplo leque de causas que envolve 19 grupos da Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária, abarcando, em grande

parte, a diversidade da clínica em AB, além de contar com dados mais confiáveis e de divulgação mais atualizada. (13, 14)

O que se espera para esse indicador, é que as ICSAP sejam inversamente proporcionais ao desempenho da APS, conforme se depreende do trecho a seguir do relatório do Banco Mundial de 2017 dirigido ao Brasil, acerca da análise e eficiência do gasto público em saúde:

*“Reforçar e expandir a cobertura da atenção primária, com o estabelecimento da atenção primária como porta de entrada ao sistema. Isso reduziria o número de hospitalizações (em aproximadamente 30%) e reduziria gastos com internações por causas sensíveis à atenção primária”.* (14)

A avaliação e monitoramento da AB enfrenta desafios pelo amplo escopo de seu objeto. Estudos apontam a necessidade de desenvolver investigações científicas acerca do tema da AB, para conhecer mais a fundo a realidade da assistência e das redes de atenção à saúde. A partir da análise das taxas de ICSAP é possível avaliar o desempenho dos serviços de saúde, a resolubilidade, a qualidade e a acessibilidade da AB proporcionando mudanças que possibilitem o bem-estar e a melhora da saúde da população. (15)

As informações das ICSAP desempenham um papel importante para as análises objetivas da situação sanitária, a tomada de decisão baseada em evidências e a elaboração de programas, atividades e ações em saúde que atendam às necessidades da população, haja vista o crescimento de pesquisas as utilizando como indicador de qualidade da AB, principalmente após a publicação da lista brasileira de ICSAP em 2018. (16)

Desse modo, este estudo tem como objetivo caracterizar o perfil das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal (DF), cotejando-as com a cobertura da Atenção Básica.

## **2 DESENVOLVIMENTO**

### **2.1 MÉTODOS**

Trata-se de um estudo do tipo ecológico, que teve como unidade de análise as internações hospitalares realizadas pela população do Distrito Federal, no período de 2010 a 2021. Além disso, foi realizada a análise de correlação entre a taxa de ICSAP e a evolução da cobertura da AB no mesmo período.

Conceitualmente, nos estudos observacionais do tipo ecológico, os dados se referem a grupos de pessoas de uma área geográfica definida, podendo seu delineamento ser feito comparando-se populações em diferentes lugares ao mesmo tempo ou em uma série temporal, ou comparando-se a mesma população em diferentes momentos. (17)

A delimitação do período de 2010 a 2021, foi definida a partir da disponibilidade dos dados no banco SIH/SUS no momento da extração das informações, que se deu em fevereiro de 2023, não tendo retornado na busca dados referentes aos anos de 2022 e 2023.

O campo de estudo é o Distrito Federal, o qual ocupa uma área de 5.779 km<sup>2</sup> no Planalto Central, Centro-Oeste do Brasil. Capital da República Federativa do Brasil, a Sede do Governo do Distrito Federal (GDF) se divide em cidades e bairros, mas é composta por 35 administrações regionais (RA), dependentes do GDF, não possuindo municípios e prefeituras. (18)

Com cerca de 5.789,16 km<sup>2</sup>, o DF apresentou a população de 3.010.881, estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2020, sendo 52,2% do sexo feminino e 11,84% correspondem a população com idade acima de 60 anos. Sobre a cobertura de plano de saúde privado, 32,5% possuem este serviço e no que diz respeito ao atendimento de saúde, 43,4% dos moradores informaram ter utilizado posto de saúde/unidade básica de saúde na última ocasião de necessidade. (18, 19)

O modelo da regionalização da saúde no DF foi institucionalizado pelo Decreto nº 37.515 de 26 de julho de 2016, o qual institui o Programa de Gestão Regional da Saúde – PRS. Até 2015, havia 15 coordenações regionais de saúde subordinadas diretamente à pasta. A partir do novo modelo, todas foram agrupadas em sete Regiões de Saúde (Central, Centro-Sul, Oeste, Sudoeste, Norte, Leste e Sul). Cada região é representada por uma superintendência, que trabalha de forma integrada e com autonomia administrativo-financeira para a tomada de decisões. Observa-se que as Regiões de Saúde da SES-DF são compostas por grupos de regiões administrativas (RA), cujos limites físicos definem a jurisdição da ação governamental para fins de descentralização administrativa e coordenação dos serviços públicos (20, 21)

A população de referência para o estudo considerou todos aqueles que passaram por hospitalizações por causas sensíveis à AB, pagas pelo SUS, no Distrito Federal, no período do estudo. As seguintes variáveis foram selecionadas para as análises do estudo: diagnóstico principal, sexo, faixa etária, CEP de residência registrado no período da internação e ano da sua ocorrência.

O diagnóstico principal das internações se deu através do Código de Internacional de Doença (CID-10) registrada na autorização hospitalar (AIH). A população foi distribuída, arbitrariamente, de acordo com as seguintes faixas etárias: 00-04 anos, 05-19 anos, 20-59 anos,

60-79 anos e 80 anos ou mais. Esse último grupo foi considerado, apesar de existir a discussão de que a APS pode não ter um espaço de atuação em virtude da presença de comorbidades (22).

As ICSAP foram contabilizadas a partir do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), registradas por meio da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e disponibilizadas no sítio eletrônico do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) (23). As características demográficas e clínicas dos pacientes internados foram sumarizadas e categorizadas por: sexo, faixa etária, Região de Saúde da SES-DF, agrupamento dos CID de ICSAP e o ano.

Os dados relativos à população total e de cada faixa etária, nos anos do estudo, foram obtidos na Sala de Situação da Secretaria de Estado de Saúde do DF, disponível no sítio eletrônico “*InfoSaúde-DF*”, que tem como referência os dados provenientes do estudo de projeções populacionais por Regiões Administrativas (RA), realizadas pela Instituto de Pesquisa e Estatística do Distrito Federal (IPEDF Codeplan), com base nas projeções do IBGE para o DF (19).

Para a classificação das ICSAP da base de dados, foi respeitada a Lista de Condições Sensíveis à Atenção Primária, publicada pelo Ministério da Saúde na Portaria/MS nº221 de 17 de abril de 2008 (13), que define a seleção das causas de internações pelos respectivos códigos de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), porém com as exclusões dos códigos referentes a parto e demais internações do tipo obstétricas, uma vez que essa condição não tem a atuação direta da APS, diferentemente das doenças referentes ao pré-natal que foram mantidas para as análises.

Os dados obtidos foram exportados para a tabulação e análise pelos programas Microsoft Excel, e os indicadores de Proporção e de Taxa de ICSAP (por 10.000 habitantes) foram calculados conforme os critérios do “*indicador 2- Proporção de internações por*

*condições sensíveis à Atenção Básica*” do Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores do Ministério da Saúde (MS), porém com os CID da lista de ICSAP de 2008 (24) e da Nota Técnica “*Indicador Taxa de Internações por Causas Sensíveis à Atenção Primária-ICSAP*” da Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina (25), respectivamente.

Para a análise da situação de cobertura da AB, foram utilizados dados disponibilizados pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, por meio dos relatórios públicos de Histórico de Cobertura AB no site e-Gestor AB. Os métodos de cálculo da cobertura AB do período analisado são apresentados nas notas metodológicas dos relatórios públicos de cobertura de 07/2007 a 12/2020 (26) e a partir de 2021 (27).

As análises estatísticas realizadas incluíram as descritivas de média, desvio padrão, mínima e máxima, e o teste de Shapiro-Wilk. Para a avaliação das ICSAP por categorias (sexo, faixa etária, série temporal e região de saúde) foi utilizado o teste de Análise de Variância (Anova) seguido do teste *post hoc* de Tukey, nos casos de diferenças significativas encontradas no primeiro teste. Para a avaliação das ICSAP a cada ano do período foi realizado o teste de Anova de medições repetidas seguido do teste *post hoc* de Tukey, pois ocorreram diferenças significativas entre os anos. Já para a correlação entre as taxas de ICSAP com a cobertura da AB, foi escolhido o teste de Spearman em virtude da dispersão não linear observada. Para todas as análises foi adotado o nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ). As análises estatísticas foram realizadas no software Jamovi versão 2.3.23.

O projeto deste estudo não foi submetido à análise de Comitê de Ética em Pesquisa por utilizar dados secundários de domínio público, conforme define a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) nº 510, de 7 de abril de 2016. Os dados foram analisados especificamente para esta pesquisa, de forma global, sem qualquer identificação individual das pessoas registradas no sistema de informações sobre internações hospitalares.

## 2.2 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 2.2.1 Perfil de ICSAP no DF

Durante o período de janeiro de 2010 a dezembro de 2021, foram autorizadas 217.971 internações, as quais se deram por condições sensíveis à atenção primária à saúde nos serviços públicos e conveniados do SUS no Distrito Federal. O total de hospitalizações de média complexidade no mesmo período foi de 707.368.

As ICSAP foram responsáveis por 30,81% de todas as hospitalizações do DF registradas no SUS, correspondentes a uma taxa de 63,34 internações totais de ICSAP por 10.000 habitantes, no período (Tabela 1). Observou-se uma queda da proporção de ICSAP com relação às internações totais do DF ao longo dos anos, que foi de 35,65% em 2010 para 23,39% em 2021 e das taxas de ICSAP que em 2010 era de 75,96 por 10.000 habitantes para 50,86 por 10.000 habitantes em 2021.

Das ICSAP analisadas, 102.660 foram de indivíduos do sexo masculino e 115.311 do sexo feminino, que, respectivamente corresponderam a 30,73% e 34,52% das internações hospitalares totais (AIH) do DF, sem diferença estatística significativa. (Tabela 1)

A faixa etária de 00-04 anos apresentou a maioria das ICSAP, de 50,32%, comparadas com o total das hospitalizações do mesmo grupo etário. As faixas etárias de 0-04, 60 a 79 e 80 anos ou mais, apresentaram as maiores taxas de ICSAP, que corresponderam a 159,33, 174,01 e 437,96 por 10.000 habitantes, respectivamente (Tabela 1), com significância estatística (*Ptukey* <0,01) quando comparadas com as demais faixas etárias.

**Tabela 1** - Distribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde (ICSAP), Distrito Federal, 2010 a 2021. (\*)

<b>Proporção ICSAP (%)</b>		<b>%</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
População geral	Geral	30,81	31,2	4,95	23,0	37,1
Por sexo	Masculino	30,73	31,0	4,40	23,5	36,0
	Feminino	34,52	34,9	5,50	25,7	41,2
Por faixa etária	00-04	50,32	50,1	3,53	43,5	54,9
	05-19	33,87	33,9	3,16	28,7	37,8
	20-59	23,36	23,8	5,13	16,4	29,9
	60-79	33,53	34,3	7,60	21,4	42,5
	80+	36,32	37,3	7,37	24,0	45,2
Por Região de Saúde	Região Central	26,65	26,6	4,06	19,7	33,2
	Região Centro-Sul	29,89	30,9	4,51	23,5	38,9
	Região Leste	30,12	30,2	4,32	22,8	37,0
	Região Norte	33,51	33,8	5,41	23,1	41,5
	Região Oeste	31,74	31,9	5,32	23,4	39,4
	Região Sudoeste	31,47	32,3	6,30	21,4	39,5
	Região Sul	29,08	29,8	6,39	21,9	41,0
<b>Taxa ICSAP por 10.000 habitantes</b>		<b>Taxa</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
População geral	Geral	63,34	63,7	9,68	47,9	76,0
Por sexo	Masculino	62,16	62,5	9,21	47,5	73,9
	Feminino	69,82	70,2	11,11	52,2	84,6
Por faixa etária	00-04	159,33	159,1	36,97	109,5	246,6
	05-19	42,69	42,7	6,94	35,3	60,7
	20-59	37,34	37,8	7,80	27,5	49,8
	60-79	174,01	183,7	57,01	94,7	274,3
	80+	437,96	463,0	127,44	235,2	621,6
Por Região de Saúde	Região Central	41,89	42,1	12,46	23,4	58,9
	Região Centro-Sul	51,00	50,7	8,36	40,7	69,0
	Região Leste	52,26	54,3	18,94	34,3	96,1
	Região Norte	96,90	97,1	16,52	73,5	127,6
	Região Oeste	75,94	76,1	13,06	51,8	97,3
	Região Sudoeste	52,98	53,2	8,56	37,5	66,5
	Região Sul	83,39	83,5	15,68	61,0	105,0

**Fonte:** Elaboração própria, a partir dos microdados do SIH-SUS.

(\*) Para o cálculo das Proporções de ICSAP e Taxa de ICSAP por 10.000 habitantes foram considerados os critérios estabelecidos na metodologia (11, 16, 17). A descrição do indicador apresenta-se no quadro 1.

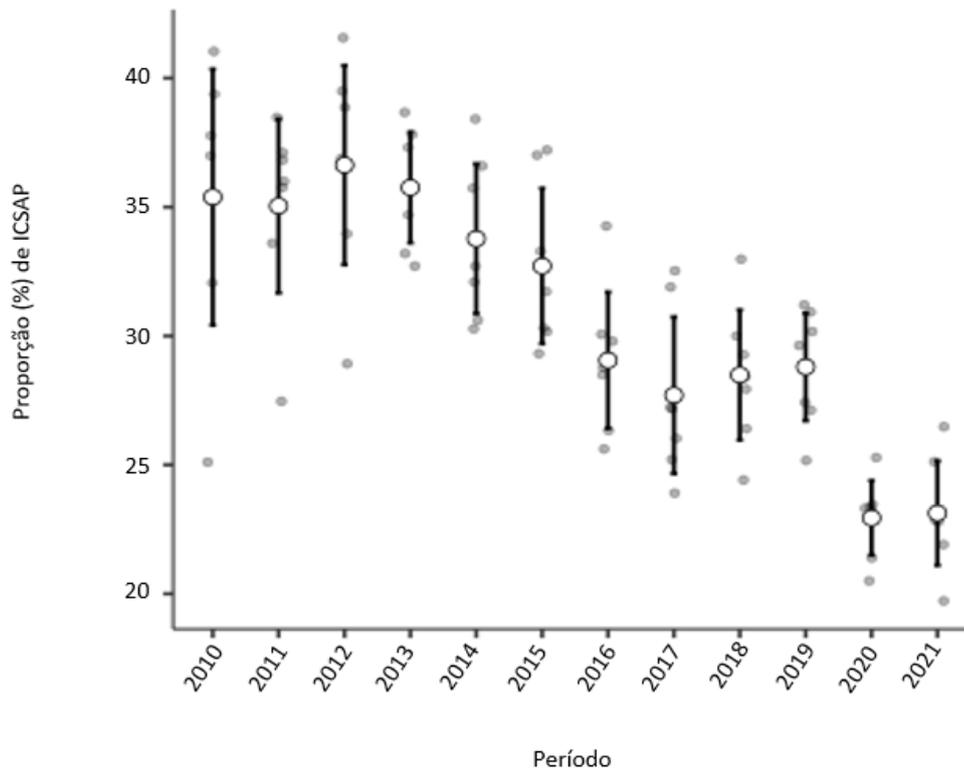
Observa-se que as taxas de ICSAP são menores do que as encontradas na literatura em âmbito nacional em anos anteriores, porém refletiu ao que foi encontrado por Pinto *et al.*, que comparou as ICSAP do DF a outras capitais brasileiras no período de 2009 a 2018, no qual as taxas de ICSAP do DF variaram de 81,1 a 68,8 por 10 mil habitantes no DF, assim sendo, abaixo de 100 por 10 mil habitantes e com redução no período. O mesmo estudo também encontrou a variação da taxa de ICSAP em âmbito nacional, de 84,3 em 2009 a 61,9 por 10 mil habitantes em 2018. (28)

Soares *et al.* comparou o desempenho dos municípios que aderiram ao PMAQ as ICSAP no período de 2010 a 2014, quando demonstrou a taxa de ICSAP do Centro Oeste na faixa entre 150-200 por 10 mil habitantes em 2010 e decréscimo até 2014 mudando para a faixa de 100-150 por 10 mil habitantes. (18) Santos *et al.* encontrou no estado de Rondônia durante um período de cinco anos, entre 2012 e 2016, em análise estratificada por municípios, taxas elevadas de ICSAP em várias localidades, atingindo taxas superiores a 50 internações/1.000 hab. Apesar disso, destacou o achado de redução discreta, porém progressiva das ICSAP. (29)

Os estudos de base nacional, realizados por meio da construção da lista brasileira pelos dois grupos de pesquisadores da UFBA, que avaliaram os menores de 20 anos; e da UFMG, centrados nos adultos e idosos, mostraram uma variação de taxas totais de ICSAP de 194,4 por 10 mil habitantes em 1999 para 150,6 em 2006. Representavam todas as faixas etárias, 30% do total de internações no SUS. Nos menores de 20 anos a taxa foi de 120,5 por 10 mil habitantes em 2006 e representavam 34,5% do total de internações daquele ano. Na população adulta, a taxa de internação em 2000 era de 123 por 10 mil habitantes, reduzindo para 95 por 10 mil em 2006, constituindo no último ano 19% do total de internações do SUS. (30)

A redução das proporções de ICSAP nos últimos 2 anos do período de análise, apresentou significância estatística (*P*tukey <0,05) quando comparado com os demais anos (Gráfico 1).

**Gráfico 1** - Médias marginais da Proporção (%) de ICSAP, Distrito Federal, 2010 a 2021.



**Fonte:** Elaboração própria, a partir dos microdados do SIH-SUS.

As quedas de proporções de ICSAP nas hospitalizações totais do DF nos anos de 2020 e 2021 podem ser explicadas pelo efeito da pandemia por COVID-19 nesse período. Nedel *et al.* apud Mendonça *et al.* ressaltam que as ICSAP são um indicador de efetividade do sistema de saúde, em sua primeira instância de atenção, e não da atuação da equipe de saúde, e que, quando a hospitalização ocorre é necessária para solucionar o problema de saúde do paciente. Dessa forma, os aspectos sobre o processo de trabalho das equipes, no qual se inclui o processo terapêutico individual como referência de medida de boa prática clínica podem servir para a sua análise e discussão, mas o indicador estará sempre se referindo a capacidade do sistema de

saúde de evitar a necessidade de hospitalização dos usuários e não a capacidade da equipe de saúde AB. (30)

Em estudo realizado no Brasil, Macinko et al, 2011, *apud* Mendonça *et al.*, revelou que o número de leitos hospitalares é determinante de maiores taxas de internações, mesmo em municípios com maiores coberturas da APS. O que sugere levar em conta, nas séries históricas do comportamento de taxas nos diferentes contextos, a abertura ou fechamento de leitos hospitalares no SUS. (30)

Esses dois aspectos podem explicar o ocorrido no período de 2020 e 2021, em que a alta demanda por leitos para o tratamento de pacientes com COVID-19, gerou a concorrência por leitos e reduziu a capacidade de absorção de demandas de ICSAP.

Um estudo recente, realizado por Normando *et al.*, trouxe a abordagem sobre as hospitalizações por causas cardiovasculares durante a pandemia por COVID-19. Seus resultados dos meses de março, abril e maio de 2020, comparados com mesmo período do ano anterior, demonstraram redução de 15% das hospitalizações alvo do estudo. E os dados de todas as doenças analisadas individualmente também apresentaram redução estatisticamente significativa. Com ênfase nas diferenças das internações por doenças hipertensivas que apresentou queda de 33%, seguidas pelas doenças reumáticas, que reduziu 29%. Destaca-se que Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) apresentou a menor queda (4%). (31)

Apesar da redução significativa das proporções de ICSAP com relação às hospitalizações totais nos anos de 2020 e 2021, cabe ressaltar que o seu comportamento já apresentava queda até 2019, com exceção da faixa etária de 0-4 anos que aumentou e de 5-19 anos que se mostrou estável.

Analisando os grupos que subdividem as internações por condições sensíveis, observou-se uma maior quantidade de internações do tipo ICSAP em primeiro lugar por infecção no rim e trato urinário (média de 10,75%), seguido por pneumonias bacterianas (média de 10,09%) em segunda posição, e de insuficiência cardíaca (média=9,92%), Doenças cerebrovasculares (média de 9,17%) e Diabetes Mellitus (7,62%), em terceiro, quarto e quinto lugares. Destes, o grupo das doenças cérebro vasculares apresentou aumento nos anos. (Tabela 2)

**Tabela 2-Distribuição (%) das ICSAP no SUS por grupo de CID, Distrito Federal, 2010 a 2021 (\*) (\*\*)**

Grupo	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
1	0,81%	0,86%	0,90%	0,89%	0,80%	1,16%	1,00%	0,93%	0,82%	0,88%	1,22%	1,46%
2	8,16%	6,97%	7,78%	6,13%	5,94%	5,19%	8,03%	5,08%	7,50%	9,03%	6,81%	8,69%
3	0,82%	1,04%	0,99%	0,79%	0,86%	0,55%	0,68%	0,72%	0,50%	0,60%	0,80%	1,00%
4	0,98%	0,72%	0,95%	0,68%	0,60%	0,62%	0,78%	0,55%	0,59%	0,43%	0,28%	0,47%
5	2,47%	2,68%	2,19%	2,49%	2,36%	2,10%	3,27%	3,03%	3,36%	3,61%	2,61%	6,47%
6	11,00%	8,53%	9,39%	9,15%	8,92%	10,72%	10,06%	11,93%	11,60%	13,87%	8,70%	7,23%
7	4,49%	5,35%	7,05%	7,98%	5,93%	7,18%	6,53%	7,08%	8,40%	9,61%	8,58%	8,76%
8	4,06%	3,93%	4,64%	4,97%	4,88%	7,17%	6,59%	8,70%	7,10%	6,33%	5,11%	7,19%
9	6,01%	5,83%	5,12%	5,87%	5,10%	3,42%	3,21%	2,61%	2,54%	2,98%	2,69%	2,49%
10	4,05%	3,84%	3,97%	3,30%	3,63%	3,58%	3,19%	3,24%	2,78%	2,71%	3,61%	2,47%
11	11,19%	11,36%	10,98%	10,92%	12,13%	12,07%	10,07%	10,63%	8,70%	7,08%	7,84%	7,33%
12	6,83%	7,78%	8,52%	8,89%	9,92%	9,68%	9,70%	10,15%	9,01%	7,94%	11,91%	9,72%
13	8,79%	8,79%	8,31%	8,09%	8,62%	7,55%	7,32%	6,66%	6,79%	6,01%	7,56%	6,91%
14	3,24%	3,59%	4,03%	4,46%	3,82%	4,23%	5,43%	4,19%	5,95%	5,81%	6,64%	7,15%
15	10,34%	10,84%	10,32%	11,15%	10,94%	12,10%	11,61%	10,52%	10,61%	10,43%	11,02%	9,16%
16	7,81%	8,71%	7,24%	6,50%	7,28%	6,42%	6,07%	6,03%	5,99%	6,06%	6,24%	5,39%
17	1,83%	1,71%	1,63%	1,70%	1,77%	1,39%	1,47%	1,74%	1,80%	1,35%	1,62%	2,14%
18	2,34%	2,46%	2,02%	2,00%	1,90%	1,76%	1,97%	2,25%	2,58%	2,45%	3,06%	2,44%
19	4,77%	4,99%	3,98%	4,05%	4,59%	3,09%	3,03%	3,95%	3,38%	2,84%	3,71%	3,55%

**Fonte:** Elaboração própria, a partir dos microdados do SIH-SUS.

(\*) Legenda dos grupos: 1. Doenças imunizáveis e Condições evitáveis, 2. Gastroenterites infecciosas, 3. Anemia, 4. Deficiências nutricionais, 5. Infecções de ouvido, nariz e garganta, 6. Pneumonias bacterianas, 7. Asma, 8. Doenças de vias aéreas inferiores, 9. Hipertensão, 10. Angina pectoris, 11. Insuficiência cardíaca, 12. Doenças cerebrovasculares, 13. Diabetes Mellitus, 14. Epilepsias, 15. Infecção no rim e trato urinário, 16. Infecção da pele e tecido subcutâneo, 17. Doenças inflamatórias de órgãos, 18. Úlcera gastrointestinal, 19. Doenças relacionadas ao pré-natal.

(\*\*) A porcentagem de ICSAP é correspondente ao total da ICSAP por grupo CID dividido pelo total de ICSAP do na o e multiplicado por 100.

Chama a atenção a quantidade de ICSAP por epilepsia que passou de 3,24% em 2010 para 7,15% em 2021. Os grupos de asma e de doenças de vias aéreas inferiores aumentaram de 2010 a 2021, de 4,49% em 2010 a 8,76% em 2021 para primeiro grupo e de 4,06% em 2010 a 7,19% em 2021 para o segundo grupo. As infecções de ouvido, nariz e garganta aumentaram principalmente em 2021. As gastroenterites infecciosas, estiveram presentes com estabilidade (média de 7,11%). (Tabela 2)

O aumento de hospitalizações por epilepsia é um achado novo que merece atenção e maior investigação. O aumento de infecções de ouvido, nariz e garganta e de outras doenças de vias aéreas inferiores em 2021 pode estar associado à nova onda de COVID-19 nesse período.

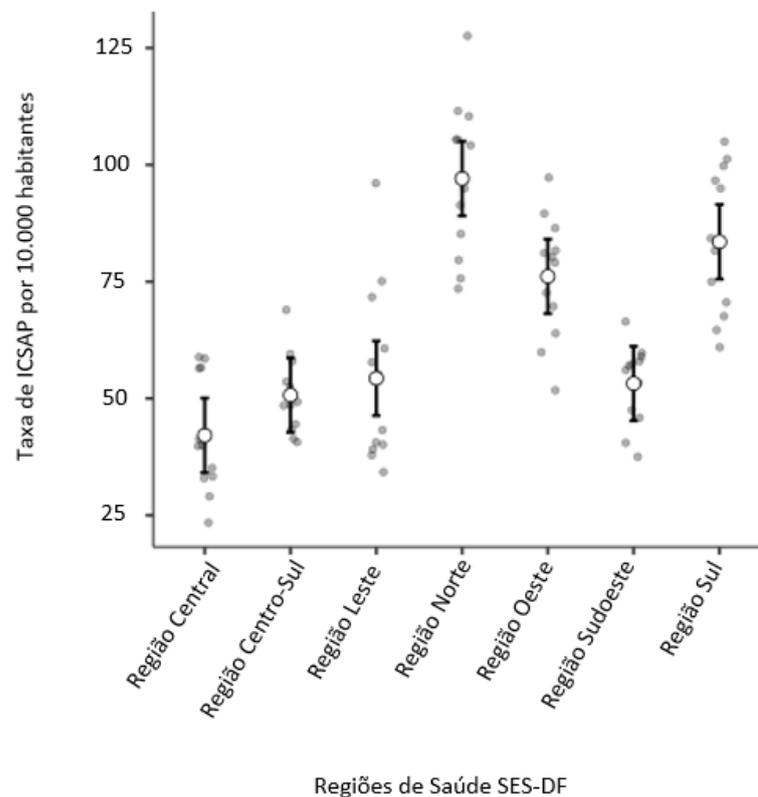
Em relação à asma, apesar de sua prevalência variar muito entre os países de todo o mundo, de um modo geral, tem sido descrita tendência ao aumento da sua incidência nas últimas três décadas nos Estados Unidos, no Brasil, no Canadá, na Austrália, na Nova Zelândia e em outros países desenvolvidos. (25) No presente trabalho, observou-se uma tendência de aumento nas internações hospitalares por esta causa no DF. (32)

Em Rondônia, o perfil de causas que geraram as ICSAP não diferiu do esperado, de acordo com uma revisão sistemática sobre o tema, as quais foram as infecções do trato urinário, as gastroenterites, as pneumonias bacterianas e a insuficiência cardíaca. Além destas, incluíram várias doenças imuno-preveníveis como o tétano, por exemplo, motivo de internação de 16 pacientes. Esses achados, juntamente com agravos crônicos não transmissíveis (diabetes mellitus e hipertensão arterial), são condições passíveis de controle na atenção primária à saúde, e, portanto, também apontaram para déficit na qualidade de atenção no nível mais básico de assistência à saúde do Estado. (29)

### 2.2.2 Perfil de ICSAP por Região de Saúde da SES-DF

A Região de Saúde Central apresentou as menores taxas de ICSAP ao longo dos anos (média de 42,1 por 10.000 habitantes), seguida da Região de Saúde Centro-Sul (média de 50,7 por 10.000 habitantes) (Tabela 1). Entre as regiões de saúde SES-DF observou-se maiores taxas de ICSAP nas regiões de saúde Norte (96,90), Oeste (75,94) e Sul (83,39) (Tabela 1), com diferença significativa ( $PTukey < 0,01$ ) quando comparadas com as demais (Gráfico 2).

**Gráfico 2-** Médias marginais da Taxa de ICSAP por 10.000 habitantes nas Regiões de Saúde da SES-DF, Distrito Federal, 2010 a 2021. (\*)

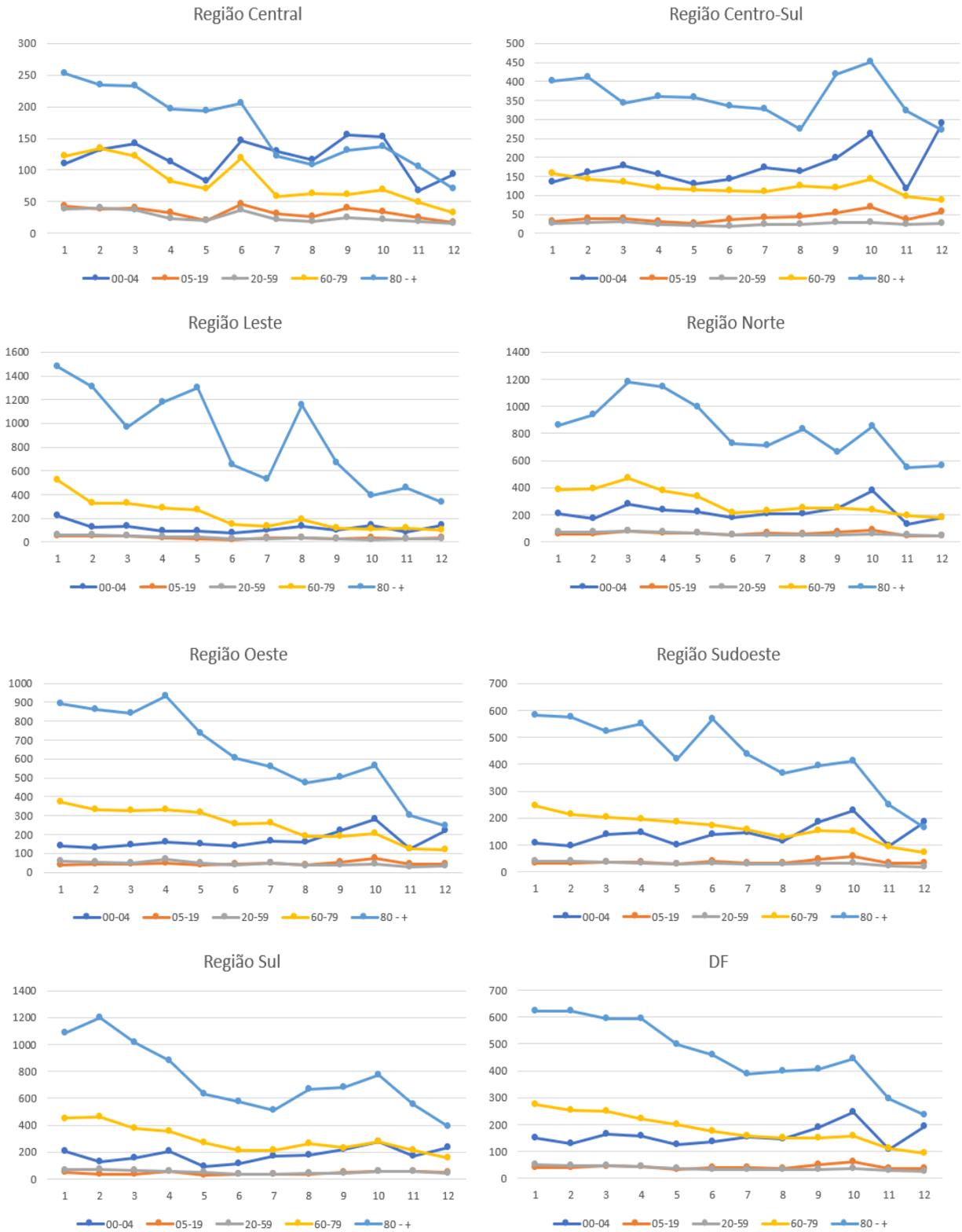


**Fonte:** Elaboração própria, a partir dos microdados do SIH-SUS.

(\*) Anova ( $p$  valor  $< 0,01$ ) e Teste post hoc de Tukey ( $ptukey < 0,01$  para as Regiões de Saúde Norte, Oeste e Sul).

É possível comparar a distribuição das taxas de ICSAP nas Regiões de Saúde da SES-DF por ano e por faixa etária na “Figura 1” abaixo.

**Figura 1** - Comparativo das taxas de ICSAP por faixa etária entre as regiões de saúde SES-DF e no DF, 2010 a 2021. (\*)



**Fonte:** Elaboração própria, a partir dos microdados do SIH-SUS.

(\*) Legenda Período (em anos) – 2020 a 2021: 1. 2010, 2. 2011, 3. 2012, 4. 2013, 5. 2014, 6. 2015, 7. 2016, 8. 2017, 9. 2018, 10. 2019, 11. 2020, 12. 2021.

Todas as regiões de saúde apresentaram um aumento das taxas na faixa etária de 00 a 04 anos, com exceção da Região de Saúde Leste que se manteve estável para esse grupo. As taxas da faixa etária de 80 anos ou mais, em geral apresentaram queda até o ano de 2016, com oscilação entre 2017 e 2021. Esse grupo apresentou grande diferença entre as regiões de saúde, que variaram entre as taxas de 70,55 por 10.000 habitantes na Região Central em 2021 e de 1.474,06 por 10.000 habitantes na Região Leste em 2010. Destacam-se as regiões Leste, Oeste, Norte e Sul com as maiores taxas nesse grupo de idosos no período de análise. As taxas do grupo de idades entre 60 e 79 anos, em geral, apresentaram queda ao longo os anos. As demais faixas, 05-19 e 20-59 anos, mantiveram-se estáveis em todas as regiões de saúde. Todas as faixas etárias apresentaram queda de taxas de ICSAP no DF nos anos de 2020 e 2021, exceto a faixa etária de 00-04 anos que apesar da queda de 2020, apresentou crescimento novamente em 2021. (Figura 1)

Em todas as regiões de saúde da SES-DF houve a redução das proporções de ICSAP ao longo dos anos, porém mais discreta nas regiões Central e Centro-Sul até o ano de 2019, com redução de até 6,7% em 2020. (Tabela 3)

**Tabela 3** - Distribuição da Proporção das ICSAP (%) com relação as internações hospitalares no SUS por Região de Saúde SES-DF, Distrito Federal, 2010 a 2021(\*)

Ano	Região Central	Região Centro-Sul	Região Leste	Região Norte	Região Oeste	Região Sudoeste	Região Sul
2010	25,1	32,1	37,0	35,3	39,4	37,8	41,0
2011	27,5	35,8	33,6	36,0	36,8	38,5	37,1
2012	28,9	38,9	34,0	41,6	36,9	39,5	36,6
2013	33,2	34,7	32,7	38,7	37,3	37,8	35,9
2014	30,3	32,7	32,1	38,4	36,6	35,7	30,6
2015	31,7	33,3	30,3	37,2	30,2	37,0	29,3
2016	25,6	28,5	28,8	34,3	29,8	30,1	26,3
2017	25,2	26,0	32,5	31,9	27,2	27,2	23,9
2018	26,4	28,4	27,9	33,0	29,3	30,0	24,4
2019	25,2	30,2	27,4	30,9	31,2	29,6	27,1
2020	20,5	23,5	23,3	25,3	23,4	21,4	23,2
2021	19,7	26,5	22,8	23,1	25,1	22,8	21,9

**Fonte:** Elaboração própria, a partir dos microdados do SIH-SUS.

(\*) Para o cálculo das Proporções de ICSAP e Taxa de ICSAP por 10.000 habitantes foram considerados os critérios estabelecidos na metodologia (11, 16, 17). A descrição do indicador apresenta-se no quadro 1.

Nas regiões de saúde da SES-DF, foram encontradas entre as cinco principais causas de hospitalizações por condições sensíveis, os grupos de pneumonia bacteriana, insuficiência cardíaca e infecção no rim e trato urinário. As doenças cerebro-vasculares só não foram mais prevalentes nas regiões de Saúde Leste e Norte, que por outro lado apresentaram hospitalizações por gastroenterites e infecção da pele e tecido subcutâneo entre as cinco primeiras. As regiões Oeste e Sudoeste apresentaram o grupo de asma entre as cinco primeiras causas mais frequentes de ICSAP (Tabela 4).

**Tabela 4-** Ranking das (%) das ICSAP no SUS por Região de Saúde da SES-DF e por Grupo CID, Distrito Federal, 2010 a 2021 (\*) (\*\*)

Posição	Região Central		Região Centro-Sul		Região Leste		Região Norte	
	Grupo	%ICSAP	Grupo	%ICSAP	Grupo	%ICSAP	Grupo	%ICSAP
1°	6	12,14%	6	13,18%	15	11,32%	15	11,33%
2°	12	11,91%	15	10,07%	6	10,05%	6	9,36%
3°	15	10,69%	8	8,40%	11	9,68%	11	9,10%
4°	11	10,21%	12	8,25%	16	8,23%	16	8,44%
5°	13	8,41%	11	7,85%	2	8,06%	2	8,19%

Posição	Região Oeste		Região Sudoeste		Região Sul		DF	
	Grupo	%ICSAP	Grupo	%ICSAP	Grupo	%ICSAP	Grupo	%ICSAP
1°	11	11,0%	15	10,40%	6	11,93%	15	10,75%
2°	15	10,6%	6	10,24%	11	11,91%	6	10,09%
3°	12	9,4%	12	10,00%	15	11,02%	11	9,92%
4°	13	8,1%	11	9,87%	12	10,26%	12	9,17%
5°	7	7,5%	7	7,7%	13	7,2%	13	7,62%

**Fonte:** Elaboração própria, a partir dos microdados do SIH-SUS.

(\*) Legenda dos grupos: 1. Doenças imunizáveis e Condições evitáveis, 2. Gastroenterites infecciosas, 3. Anemia, 4. Deficiências nutricionais, 5. Infecções de ouvido, nariz e garganta, 6. Pneumonias bacterianas, 7. Asma, 8. Doenças de vias aéreas inferiores, 9. Hipertensão, 10. Angina pectoris, 11. Insuficiência cardíaca, 12. Doenças cerebro-vasculares, 13. Diabetes Mellitus, 14. Epilepsias, 15. Infecção no rim e trato urinário, 16. Infecção da pele e tecido subcutâneo, 17. Doenças inflamatórias de órgãos, 18. Úlcera gastrointestinal, 19. Doenças relacionadas ao pré-natal.

(\*\*) A porcentagem de ICSAP é correspondente ao total da ICSAP por grupo CID dividido pelo total de ICSAP do ano e multiplicado por 100.

As doenças cerebrovasculares tiveram crescimento das frequências de hospitalizações nas regiões Central (de 8,67% em 2010 para 11,91% em 2021, máx. de 17,81% em 2020), Sudoeste (de 6,38% em 2010 para 10,36% em 2021, máx. de 13,84% em 2020) e Sul

(de 7,13% em 2010 para 9,59% em 2021, máx. de 12,39% em 2015), as pneumonias bacterianas na Região Leste, a asma nas regiões de Saúde Oeste (de 3,52% em 2010 para 8,93% em 2021, máxima de 9,52% em 2020) e Sudoeste (de 2,55% de 2020 para 9,93% 2021, máxima de 11,11% em 2020) , e a infecção de rim e trato urinária na Região de Saúde Sul (de 7,5% em 2010 para 10,20% em 2021, máx. 13,61% em 2014).

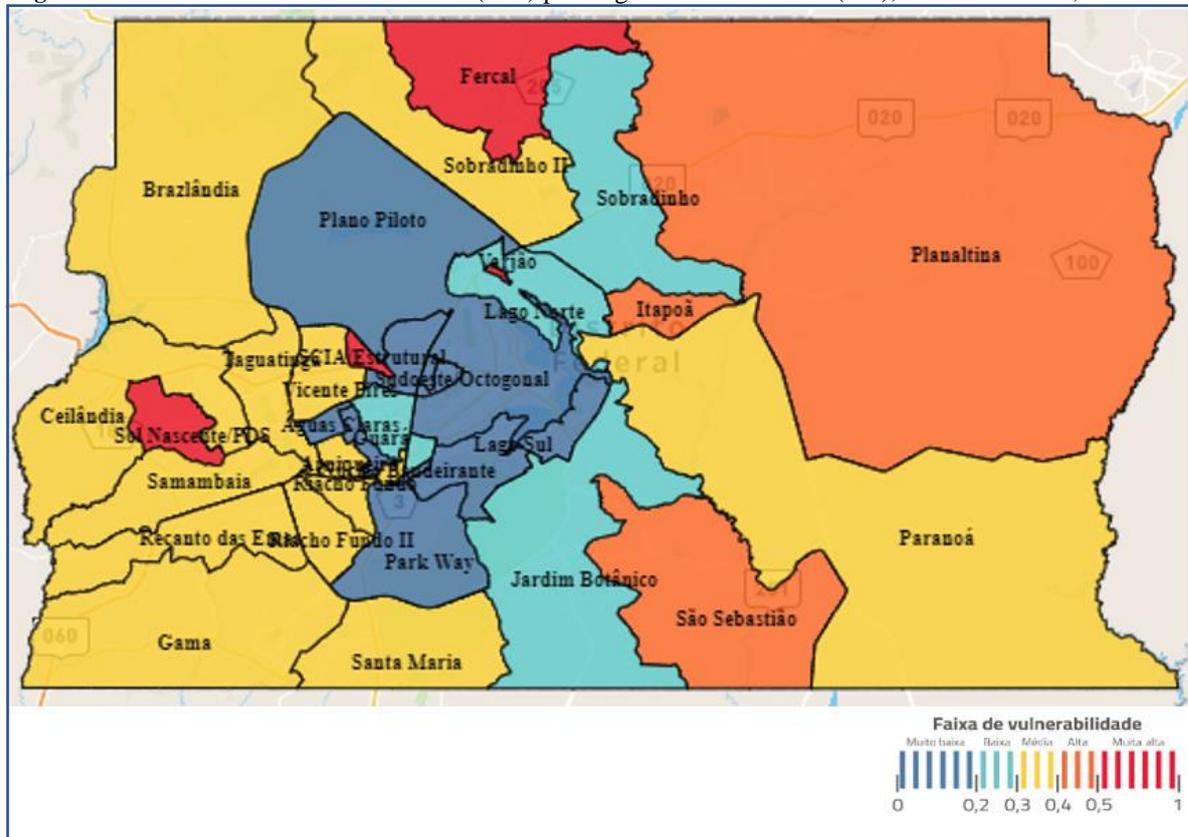
As hospitalizações por asma também estiverem presentes com curva crescente nas regiões de Saúde Central (3,42% em 2010 a 6,39% em 2021 e máxima de 7,46% em 2017), Centro-Sul (de 3,55% em 2010 a máxima de 9,91% em 2021), Sul (de 4,29% em 2010 para 8,27% em 2021, com máxima de 8,74% em 2019), entretanto não estiveram entre as cinco primeiras ICSAP do ranking apresentado. O encontrado no DF para o grupo das epilepsias é refletido nas regiões de saúde, com exceção da Leste e Centro-Sul, e em todas as faixas etárias. Outro achado importante foi o aumento de hospitalizações por gastroenterite infecciosa nas regiões de saúde Centro-Sul (de 6,87% em 2010 para 8,66% em 2021, máx. de 10,90% em 2019) e Sudoeste (de 2,58% em 2010 para 10,19% em 2021, máx. de 11,12% em 2019).

A literatura sobre ICSAP vem tratando cada vez mais a associação dessas hospitalizações com o perfil de desenvolvimento socioeconômico e vulnerabilidades sociais nas diferentes faixas etárias apresentadas até aqui. Nesse sentido, por meio das diferenças encontradas nas regiões de saúde da SES- DF, é possível abordar o assunto.

O indicador que traz à luz a discussão sobre as vulnerabilidades e desigualdades no território é o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), que utilizou os dados da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD) divulgado em 2020 (Figura 2). A PDAD é realizada pelo Instituto de Pesquisa e Estatística do Distrito Federal e investiga aspectos demográficos, migração, condições sociais e econômicas, de trabalho e de renda, do domicílio, de infraestrutura urbana, entre outras informações, de modo a oferecer um detalhamento da

situação atual do Distrito Federal. O desenho amostral é do tipo probabilístico, com representatividade estatística para as 33 Regiões Administrativas do Distrito Federal. (33)

**Figura 2-** Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) por Região Administrativa (RA), Distrito Federal, 2020



**Fonte:** [http://infodf.ipe.df.gov.br/ivs-df/ivs-df-por-ra-e-dimensoes/\(33\)](http://infodf.ipe.df.gov.br/ivs-df/ivs-df-por-ra-e-dimensoes/(33))

Dessa forma, quando se compara os resultados do IVS-DF de 2020, com os deste estudo, observa-se que as Regiões de Saúde que apresentaram as maiores taxas de ICSAP também apresentam em sua formação regiões administrativas com muito alta, alta e média vulnerabilidade. Na Região de Saúde Norte estão as regiões administrativas (RA) Fercal, Planaltina, Sobradinho I e Sobradinho II que apresentaram o IVS de 0,5693 (muito alto), 0,4185 (alto), 0,2948 (baixo) e 0,3508 (médio), respectivamente. Na Região Oeste, composta pelas RA Ceilândia (IVS 0,34- médio), Pôr do Sol (0,6021 – muito alto) e Brazlândia (0,2588- médio). Na Região Sul estão as RA Gama (0,3011 – médio) e Santa Maria (0,3540 – médio). Já a Região Leste, apesar de apresentar taxa de ICSAP parecida com as das regiões Central e Centro-Sul,

que em sua maioria possuem regiões administrativas de baixa vulnerabilidade social, possui na sua formação regiões administrativas com alta e média vulnerabilidade social. (33)

O aumento das gastroenterites infecciosas nas regiões de saúde Centro-Sul e Sudoeste nos 12 anos merece especial atenção quando se trata de aspectos que devem ser investigados como infraestrutura e saneamento básico de regiões administrativas de muito alta vulnerabilidade como a RA Estrutural.

Dentre as regiões de saúde do Distrito Federal, existe uma significativa disparidade de renda, o que corresponde a uma desigualdade equivalente no acesso a planos privados de saúde. Cerca de 55% da população do DF se enquadra na faixa de renda baixa a média-baixa, sendo que as áreas mais pobres incluem Estrutural, Fercal, Itapoã, Paranoá, Recanto das Emas e Varjão. A região central de Brasília apresenta o maior número de usuários de planos de saúde privados, correspondendo a 83% da população, enquanto em outras regiões esse número é bem menor, como em Samambaia (20%), São Sebastião (17%) e Estrutural (5%). Em Itapoã e Paranoá, aproximadamente 10% da população possui planos de saúde. (33)

Por detrás das desigualdades podem existir distorções no modelo assistencial que encobrem a dificuldade de acesso para obter atendimento no lugar certo e no momento adequado e que precisam ser analisadas à luz da qualidade assistencial frente às desigualdades sociais, haja vista a rapidez da incorporação tecnológica no setor de saúde, relativamente desregulada no Brasil; o aumento de preços de determinados insumos indispensáveis à atuação dos hospitais, como medicamentos, muito superior aos aumentos de salários e de outros preços; a complexidade da instituição hospitalar, quando comparada às estruturas de cuidado ambulatorial; e o papel desempenhado pelas corporações médicas dentro dos hospitais. (34)

### 2.2.3 Perfil de ICSAP por Faixa Etária

No período de 2010 a 2021, houve redução da participação das ICSAP nas faixas etárias acima de 20 anos, aumento nas faixas de 00-04 (+7,8%) e de 05-19 anos (+3,8%) até 2019, com relação ao total de AIH de cada grupo (Tabela 5). Observou-se queda na proporção de ICSAP no ano de 2020 em todas as faixas etárias, chegando a redução de 11,4% no grupo de 00-04 anos e de 7,1% no grupo de idosos de 80 anos ou acima. Em 2021, apenas o grupo de 00-04 anos voltou a apresentar aumento nas ICSAP.

**Tabela 5** - Distribuição da Proporção das ICSAP (%) com relação as internações hospitalares no SUS por faixa etária, Distrito Federal, 2010 a 2021 (\*)

Ano	00-04	05-19	20-59	60-79	80-+
2010	47,1	33,1	29,5	42,4	44,9
2011	46,8	33,8	29,8	40,9	43,6
2012	52,8	37,1	29,9	42,4	44,1
2013	53,9	37,7	28,9	41,6	45,2
2014	50,8	34,9	27,3	41,0	43,1
2015	53,3	37,8	24,8	36,8	40,5
2016	48,5	32,3	22,2	32,3	34,6
2017	49,1	30,6	19,9	31,0	34,1
2018	53,2	35,3	20,3	29,1	33,3
2019	54,9	36,2	19,8	28,6	33,4
2020	43,5	29,3	17,1	23,7	26,3
2021	47,8	28,7	16,4	21,3	24,0

**Fonte:** Elaboração própria, a partir dos microdados do SIH-SUS.

(\*) Para o cálculo das Proporções de ICSAP e Taxa de ICSAP por 10.000 habitantes foram considerados os critérios estabelecidos na metodologia (11, 16, 17). A descrição do indicador apresenta-se no quadro 1.

No Ceará, Costa *et al.* descreve a taxa de ICSAP em menores de cinco anos, em que houve a uma redução de 65,5%, em 13 anos, quando passou de 32,5/1000 habitantes em 2000 para 11,2/1000 habitantes em 2012. (35) Diferentemente do que foi encontrado no presente estudo, que apresentou aumento nas taxas de ICSAP na faixa etária de 0 a 4 anos em 12 anos no DF (de 150,88 em 2010 para 193,44 por 10.000 habitantes em 2021) e em todas as suas regiões de saúde.

O achado de aumento da taxa de ICSAP no DF em crianças de até 4 anos, é de importante relevância visto que este grupo etário é alvo de políticas de saúde mais consolidadas, como o Programa Nacional de Imunização (PNI) e os acompanhamentos de rotina à mulher gestante, à mãe e ao bebê, desenvolvidas na AB. Os fatores demográficos e socioeconômicos, como a melhoria do saneamento básico, o aumento da urbanização e a queda na fecundidade ainda sugerem um cenário socioambiental que favorece a melhoria do cuidado à saúde da criança. (32) Na literatura internacional, observaram-se maiores taxas de ICSAP em áreas vulnerabilizadas, apontando para o fato desse indicador em crianças estar associados a um conjunto de determinantes socioeconômicos. Outros estudos nessa temática evidenciam que a redução destas hospitalizações pode ser atribuída à melhoria de determinantes sociais da saúde e ampliação do acesso aos serviços de APS. (36)

Em idosos, Rodrigues *et al.* trouxe para a literatura que as taxas de internação, no estado de Santa Catarina, variaram de 638 em 2008 para 486 em 2015, a cada 10 mil habitantes, e mostraram-se maiores para homens do que para mulheres e maiores no grupo etário de 80 anos ou mais. A proporção de ICSAP variou de 41% do total de internações do estado em 2008 para 32% em 2015. Observou que as taxas de internação no grupo de idade entre 60 e 79 anos apresentaram diminuição mais acentuada até 2012 e, depois desse período, menor variação, e para os idosos de 80 anos ou mais as taxas estavam acima de 1.200 por 10.000 habitantes. (37)

O achado do presente estudo, corrobora com os resultados encontrados em Santa Catarina, indicando diminuição das taxas de ICSAP para o grupo de idosos entre 60-79 anos, altas taxas em idosos com 80 anos ou mais, e variabilidade ao longo dos anos para esse grupo.

Isso merece olhar atento, pois nos próximos anos esse grupo populacional tende a crescer consideravelmente no país. Estudos realizados no Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo apontam a insuficiência cardíaca, as DPOC (Doenças Pulmonares Obstrutivas

Crônicas) e as doenças cerebrovasculares como causas mais prevalentes, o que também foi encontrado no DF por este estudo. Pode-se observar ainda a preocupação dos estudos internacionais com essas doenças, uma vez que uma importante revisão sistemática demonstrou que grande parte das 39 pesquisas englobadas na revisão tem foco em pneumonia, DPOC ou insuficiência cardíaca. (37)

Em outro estudo no Rio Grande do Sul, as Condições Sensíveis à Atenção Primária foram responsáveis por 52,4% das internações clínicas no período. Nesse estudo, Bós *et al.* discute a importância de se olhar para as internações dos idosos uma vez que elas corresponderam a 30,6% do total dos custos com estes atendimentos no período de 2000 a 2009, no Brasil. (38)

Alguns estudos estabelecem como a faixa etária de idosos, para analisar as ICSAP, até 79 anos, em razão da dificuldade em definir nas internações de idosos com 80 anos ou mais a capacidade de evitar essas hospitalizações e a causa que as origina, dada a alta frequência de comorbidade nesse segmento etário. Em Minas Gerais, um estudo realizado por Silva *et al.* indicou uma discreta, porém significativa, redução da taxa de internação por ICSAP em idosos até 79 anos, entre 2010 e 2015. Também observou que, nos anos do estudo, os idosos com residência em áreas menos desenvolvidas, apresentaram maiores taxas de ICSAP. (39)

Caldeira *et al.* abordam, que além da limitação de acesso aos serviços de saúde, as dificuldades de manejo de condições clínicas em crianças mais jovens pelos profissionais da atenção primária, podem explicar as altas proporções de ICSAP, de 41,4%, no grupo pediátrico do seu estudo conduzido na cidade de Montes Claros, ao norte do estado de Minas Gerais, em 2007-2008. (40) Os resultados encontrados no DF por este estudo também apresentaram altas proporções de ICSAP em crianças menores de 04 anos que foram de 47,1% em 2010 a 54,9% em 2019 com queda em 2020 e retornando para uma taxa de 47,8% em 2021.

Por faixa etária, foi possível observar no DF, que é comum para as faixas de 00-04 e 05-19 anos as ICSAP por pneumonias bacterianas, gastroenterites infecciosas, asma, infecção no rim e trato urinário. Já para as faixas acima de 20 anos as doenças cérebro vasculares estão presentes como segunda colocada, e o grupo de infecção do rim e do trato urinário e o de insuficiência cardíaca também se encontram entre os 5 primeiros grupos de ICSAP. (Tabela 6)

**Tabela 6** - Ranking das (%) das ICSAP no SUS por faixa etária e por grupo de CID, Distrito Federal, 2010 a 2021 (\*) (\*\*)

Posição	00-04		05-19		20-59		60-79		80-+	
	Grupo	%ICSAP								
1º	6	19,89%	7	19,22%	15	14,59%	11	19,70%	11	19,6%
2º	2	18,76%	2	12,47%	12	9,91%	12	17,29%	12	17,2%
3º	7	17,13%	15	10,26%	13	9,69%	13	10,22%	6	15,8%
4º	8	12,02%	6	9,92%	11	9,65%	15	8,38%	15	10,6%
5º	15	7,84%	16	9,62%	16	8,04%	6	7,68%	8	8,7%

**Fonte:** Elaboração própria, a partir dos microdados do SIH-SUS.

(\*) Legenda dos grupos: 1. Doenças imunizáveis e Condições evitáveis, 2. Gastroenterites infecciosas, 3. Anemia, 4. Deficiências nutricionais, 5. Infecções de ouvido, nariz e garganta, 6. Pneumonias bacterianas, 7. Asma, 8. Doenças de vias aéreas inferiores, 9. Hipertensão, 10. Angina pectoris, 11. Insuficiência cardíaca, 12. Doenças cérebro- vasculares, 13. Diabetes Mellitus, 14. Epilepsias, 15. Infecção no rim e trato urinário, 16. Infecção da pele e tecido subcutâneo, 17. Doenças inflamatórias de órgãos, 18. Úlcera gastrointestinal, 19. Doenças relacionadas ao pré-natal.

(\*\*) A porcentagem de ICSAP é correspondente ao total da ICSAP por grupo CID dividido pelo total de ICSAP do ano e multiplicado por 100.

Apresentaram crescimento de quantidade de hospitalizações os grupos de asma nas faixas etárias 00-04 (de 10,85% em 2010 para 16,32% em 2021, máx. de 22,72% em 2020) e de 05-19 anos (de 10,17% em 2010 para 24,07% em 2021, máx. de 26,73% em 2020), das doenças das vias aéreas inferiores de crianças até 04 anos (de 4,11% em 2010 a 16,57% em 2021, máx. de 22,07% em 2017), das doenças cérebro vasculares em adultos (de 6,49% para 11,84%, máx. de 12,54%) e idosos de 60-79 anos (de 12,81% para a máxima de 22,80% em 2021) e acima de 79 anos (de 15,03% para 19,66%, máx. de 22,91% em 2020), de infecção do rim e trato urinário em idosos até 79 anos (de 6,91% para 8,05%, máx. de 14,11% em 2020) e de pneumonias bacterianas em idosos acima de 60 anos (60-79 anos de 6,87% em 2010 para

7,92% em 2021, máx. de 9,99% em 2017; e 80 anos ou mais de 10,17% em 2010 para 24,07 em 2021, máx. 26,73% em 2020). (Tabela 6)

Torres *et al.*, em seu artigo, encontrou proporções de ICSAP maiores em pneumonias bacterianas (17,4%), seguidos de infecções no rim (13,4%) e trato urinário e hipertensão (11,1%). Para o grupo etário acima de 65 anos, observou maior registro, que correspondeu a 478 (28,3%) internações do total de ICSAP, e as causas mais prevalentes: hipertensão (20,5%), insuficiência cardíaca (19%) na sequência e, em terceiro lugar, a infecção no rim e trato urinário (13,3%). Para os grupos masculino e feminino, não foram observadas internações por doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis. E ainda, quanto ao sexo, apresentou 776 (45,9%) internações do sexo masculino e 913 (54,1%) do feminino. No adulto jovem ocorreu o menor número de ICSAP e o maior número de internações por outras causas; pode-se considerar, especialmente nesse caso, as causas externas, como violência, acidente, uso abusivo de drogas ilícitas e álcool, como sendo importante fator que leva à internação hospitalar. (41)

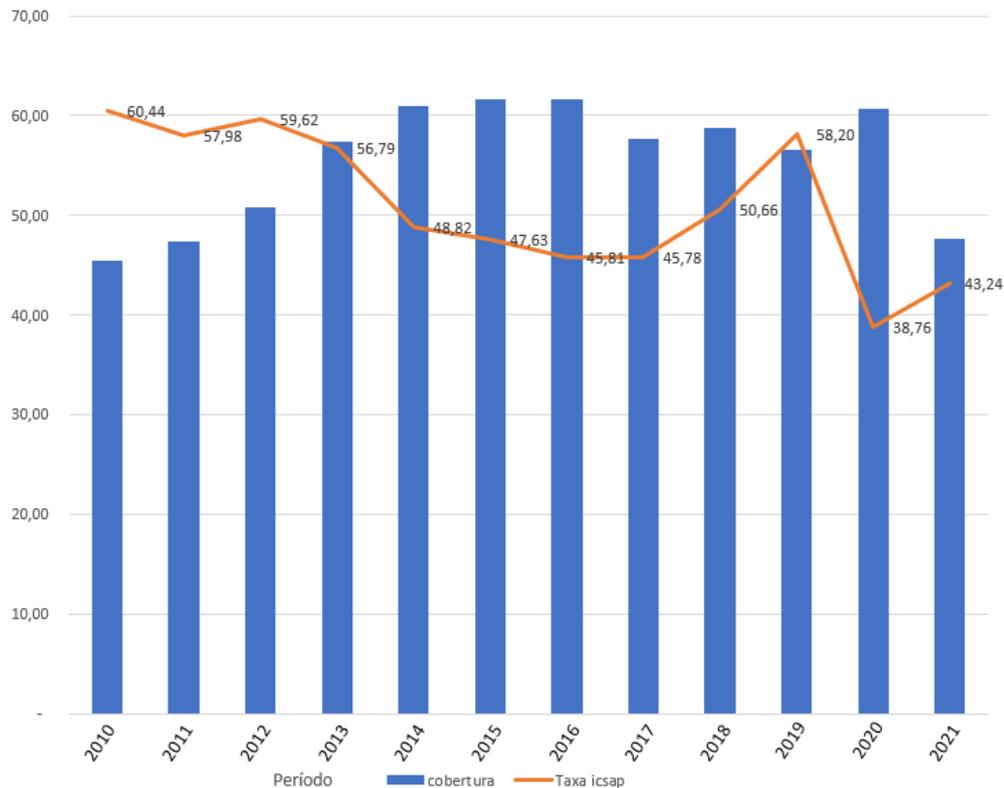
A literatura científica identifica como fatores de riscos associados ao desenvolvimento de pneumonias bacterianas na infância a pouca idade materna, o baixo peso ao nascer, a ausência de aleitamento materno e história de pneumonia anterior (32), entretanto esses fatores de risco são insuficientes para explicar os achados deste estudo, tornando-se evidente a necessidade de aprofundamento de algumas questões através de estudos analíticos, que permitam identificar fatores explicativos para estar dentre as principais ICSAP do DF.

#### 2.2.4 Correlação da Taxa de ICSAP e a Cobertura AB do DF

A comparação da taxa de ICSAP com a cobertura da AB do DF, apresentou correlação de *Spearman* ( $Rho$  de *Spearman* -0,553) sem significância estatística para o período do estudo ( $p=0,062$ ), logo, apesar das curvas no gráfico apresentarem linearidade inversamente

proporcional, não se pode dizer que o aumento da cobertura da APS é acompanhado da redução da taxa de ICSAP. A cobertura da APS média nos 12 anos foi de 55,54%, com uma curva decrescente de 2010 a 2016 e oscilações no período subsequente, de 2017 a 2021. (Gráfico 3).

**Gráfico 3** - Comparação da Taxa de ICAP e a Cobertura da APS, Distrito Federal, 2010 a 2021.(\*)



**Fonte:** Elaboração própria, a partir dos microdados do SIH-SUS e do e-Gestor AB.

(\*) *Rho* de Spearman -0,553 e *p* valor 0,062.

A relação entre esse indicador e o acesso e qualidade da AB pode ser evidenciada a partir da observação da diminuição dessas interações comparadas a características específicas desse nível de assistência em saúde, como a amplitude da cobertura da Atenção Básica, o perfil da população e a realização de consultas na AB de forma contínua e integral. Contudo, ao utilizar esse indicador, não é possível afirmar o efeito individual da acessibilidade ou o da qualidade da porta de entrada do sistema de saúde, esses aspectos são tratados em conjunto. Apesar disso, a utilização desse indicador, além de pactuado entre o MS e os

municípios brasileiros, objetivando monitorar a Atenção Básica, foi realizado em diversos estudos. (16)

No Brasil, a maior parte dos estudos que comparam a cobertura municipal da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como uma *proxy* do acesso a AB, em sua maioria demonstraram associação com a redução das ICSAP, embora alguns estudos não tenham encontrado essa associação. (30) Na correlação da cobertura da AB do DF, em que foram consideradas a cobertura das equipes da AB, com as taxas de ICSAP nos 12 anos desse estudo, não foi observada significância estatística em que o valor encontrado de *p* foi maior que 0,05. Cabe ressaltar, que apesar da tendência de redução das taxas de ICSAP no DF a partir do ano de 2013, os últimos dois anos do estudo, em que houve a pandemia por COVID-19, pode ter enviesado o achado ou influenciado na cobertura da APS por uma condição de isolamento da população em geral.

### 2.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo apresenta limitações quanto à sua validade interna, em virtude de depender do registro do CID-10 no momento do preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Entretanto, o Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), é a fonte de microdados oficial no SUS e a única que apresenta a série histórica das hospitalizações.

Outro aspecto de limitação, se dá pelo fato de parte da população migrar dos planos de saúde particulares para o SUS, e que as informações de internações hospitalares dessa parcela da população permanecem restritas aos hospitais particulares do plano de saúde ao qual a pessoa pertencia. A criação de um repositório de dados de saúde nacional que permita a interoperabilidade entre sistemas de informações em saúde contemplando as informações do SUS e de saúde suplementar e complementar.

Na base de dados de informações hospitalares do SUS não existe a identificação se o usuário é cadastrado em algumas equipes da APS do seu território, fazendo com que o estudo parta de inferências a partir do CEP de residência.

Além disso, observa-se a dificuldade de comparabilidade entre os demais estudos da literatura, pois cada um apresenta uma metodologia, sem explorar os critérios usados para a comparação com as internações hospitalares totais. Como exemplo, cabe citar as diferenças de taxas e proporções encontradas no presente estudo com os resultados apresentadas por Pinto *et al.* realizado no DF em período semelhante. Além da comparabilidade dificultada pelas diferenças quanto ao contexto em que os estudos foram desenvolvidos, tanto pelas desigualdades presentes entre os estados brasileiros, quanto ao período analisado, se estão correspondentes ao período de expansão da ESF de cada estado.

A despeito dessas limitações, se faz necessário evidenciar que houve avanço desse sistema e da classificação das hospitalizações como condições sensíveis à APS. Nota-se também, que os dados secundários de acesso público, são fonte importante para os estudos epidemiológicos de tendência temporal, de âmbito nacional, com baixo custo e esforço logístico para a sua execução. (42)

Esses e outros aspectos da qualidade dos dados não invalidam a importância da utilização das informações geradas, especialmente considerando-se que estas têm potencial decisivo de promover a melhoria da qualidade da informação futuramente prestada, na medida em que se cumpra o objetivo de devolvê-las amplamente ao conjunto de gestores e profissionais do SUS, implicados com a produção e gestão das informações em saúde.

### 3 CONCLUSÃO

O presente estudo apresentou o perfil de ICSAP no DF no período de 2010 a 202, não tendo encontrado significância na comparação da cobertura da APS com a redução das taxas de ICSAP do mesmo período. Cabe ressaltar, que apesar da tendência de redução das taxas de ICSAP no DF a partir do ano de 2013, os últimos dois anos do estudo, em que houve a pandemia por COVID-19, pode ter enviesado o achado ou influenciado na cobertura da APS por uma condição de isolamento da população em geral.

De modo geral os resultados estão coerentes com os achados na literatura das últimas décadas, entretanto alguns deles merecem aprofundamento, como o aumento das ICSAP no grupo de menores de 04 anos e o aumento das hospitalizações por epilepsia. Naquele, há a necessidade de verificação sobre a efetividade das ações que cobrem os bebês e crianças desse perfil etário, as quais estão bastante consolidadas no âmbito do Programa Nacional de Imunização (PNI) e os acompanhamentos de rotina à mulher gestante, à mãe e ao bebê, desenvolvidas na AB.

Os achados dos grupos CID nas regiões de saúde da SES-DF devem ser explorados para que se verifique a disponibilidade do acesso aos serviços de saúde dentro de cada território do DF.

As informações das ICSAP desempenham um papel importante para as análises objetivas da situação sanitária condizente com o achado de maior proporção de ICSAP por gastroenterites infecciosas em Regiões de Saúde que constam de regiões administrativas de muito alta vulnerabilidade social. O aumento de doenças crônicas nas regiões com menores índices de vulnerabilidade social, também requer ações de acompanhamento e prevenção de sua população idosa.

Esses achados evidenciam a importância de maior atenção para formulação e elaboração de programas, atividades e ações em saúde que atendam às necessidades das populações do Distrito Federal.

## REFERÊNCIAS

- 1 Campos CEA. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* [online]. 2005, v. 5, suppl 1, pp. s63-s69. [Acesso em 2022, 05 maio]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1519-38292005000500007>>. Epub 23 fev 2006. ISSN 1806-9304.
- 2 Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. [Acesso em 2022, 16 abril]. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf)>.
- 3 Fausto, MCR; Matta, GC. *Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas*. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. p. 43-67. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4). ISBN: 978-85-98768-24-3. [Acesso em 2022, 15 abril]. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/39171/2/Modelos%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20-%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Prim%C3%A1ria%20-%20Sa%C3%BAde.pdf>>.
- 4 Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Legis. *Portaria de Consolidação nº 2 de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. [Acesso em 2022, 29 abril]. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html)>.
- 5 Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017. [Acesso em 2022, 16 abril]. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>.
- 6 Arouca, Antonio Sergio da Silva. *O dilema preventista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. 1975. 197 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) Universidade Estadual de Campinas, 1975. [Acesso em 2022, 30 abril]. Disponível em: <<https://teses.icict.fiocruz.br/pdf/aroucaass.pdf>>.
- 7 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 de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. [Acesso em 2022, 17 dezembro]. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>.
- 8 de Almeida, E. R., de Sousa, A., Brandão, C. C., de Carvalho, F., Tavares, G., & Silva, K. C. (2018). Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017) [National primary health care policy in Brazil: an analysis of the review process (2015-2017) Política Nacional de Atención Básica en Brasil: un análisis del proceso de revisión (2015-2017)]. *Revista panamericana de salud pública = Pan American journal of public health*, 42, e180. [Acesso em 2022, 29 de abril]. Disponível em: <<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.180>>.

- 9 Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)*. Diário Oficial da União. Brasília, DF, Nº 138, quarta-feira, 20 de julho de 2011, Seção 1, p.79. [Acesso em 2022, 01 maio]. Disponível em: <[http://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pmaq/prt\\_1654\\_19\\_07\\_2011.pdf](http://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pmaq/prt_1654_19_07_2011.pdf)>.
- 10 Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde debate* [Internet]. 2018Sep;42(spe1):208–23. Available from: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>>.
- 11 Dias-da-Costa JS, Büttgenbender DC, Hoefel AL, Souza LL de. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2010Feb;26(2):358–64. Available from: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200014>> .
- 12 Souza LL de, Costa JSD da. Internações por condições sensíveis à atenção primária nas coordenadorias de saúde no RS. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2011Aug;45(4):765–72. Available from: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102011000400017>>.
- 13 Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 221, de 17 de abril de 2008 [Internet]. Publica a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária*. Brasília: Ministério da Saúde; [2008] [Acesso em 2022, 30 março]. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221\\_17\\_04\\_2008.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html)>.
- 14 Tomasi E, Nedel FB, Barbosa ACQ. Avaliação, Monitoramento e Melhoria da Qualidade na APS. *APS* [Internet]. 20º de setembro de 2021 [citado 7º de fevereiro de 2023];3(2):131-43. [Acesso em 2023, 20 fevereiro]. Disponível em: <<https://apsemrevista.org/aps/article/view/208>>.
- 15 Maia, Ludmila Grego et al. Hospitalizations due to primary care sensitive conditions: an ecological study. *Revista de Saúde Pública* [online]. v. 53 [Acessado 15 abril 2023], 02. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000403>>.
- 16 Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2009, v. 25, n. 6 [Acessado 2022, 16 abril], pp. 1337-1349. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600016>>. Epub 02 jun 2009. ISSN 1678-4464.
- 17 Bonita R, Beaglehole R, Kjellstrom T. *Epidemiologia Básica*. 2ª ed. São Paulo: Grupo Editorial Nacional; 2010
- 18 Brasil. Governo do Distrito Federal. *Sobre o DF*. [Internet]. [Acesso em 2023, 15 maio]. Disponível em: <<http://www.gdf.df.gov.br/045/04501018.asp>>.
- 19 Brasil. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. *InfoSaúde-DF*. [INTERNET]. [Acesso em 2023, 09 fevereiro]. Disponível em: <<https://info.saude.df.gov.br/projecao-da-populacao-do-df-salasis/>>.
- 20 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal. *Decreto nº 37.515, DE 26 DE JULHO DE 2016, Institui o Programa de Gestão Regional da Saúde - PRS*

para as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital DODF nº 143 de 27/07/2016 p. 11, col. 1. . [Acesso em 2023, 15 maio]. Disponível em: <[https://www.sinj.df.gov.br/sinj/BaixarArquivoDiario.aspx?id\\_file=4d5dd360-ecab-3c8c-9d36-1508359cb782](https://www.sinj.df.gov.br/sinj/BaixarArquivoDiario.aspx?id_file=4d5dd360-ecab-3c8c-9d36-1508359cb782)>.

21 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal. *Decreto nº 38.982, de 10 de abril de 2018, altera a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências*. Brasília, 2018. DODF nº 69, seção 1,2,3, página 17, coluna 1. [Acesso em 2022, 01 junho]. Disponível em: <<http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Diario/fbb6a943-beda-392e-9385-689b65f38d57/DODF%20069%2011-04-2018%20SECAO1.pdf>>.

22 Soares, César e Ramos, Marília. Uma avaliação dos efeitos do PMAQ-AB nas internações por condições sensíveis à Atenção Básica. *Saúde em Debate* [online]. 2020, v. 44, n. 126, pp. 708-724. [Acesso em 2022, 19 dezembro]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202012609>>. Epub 16 nov 2020. ISSN 2358-2898.

23 Brasil. Ministério da Saúde. *Sistema de Informações Hospitalares: DataSUS (SIH-DATASUS)*. [INTERNET]. [Acesso em 2023, 09 fevereiro]. Disponível em: <<http://sihd.datasus.gov.br/principal/index.php>>.

24 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. *Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa*. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 154 p.: il. – Série Articulação Interfederativa ; v. 1. [Acesso em 2023, 11 fevereiro]. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_diretrizes\\_objetivos\\_2013\\_2015\\_2edicao.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_diretrizes_objetivos_2013_2015_2edicao.pdf)>. Acessado em 11/02/2023.

25 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. *Nota Técnica. Indicador Taxa de Internações por Causas Sensíveis à Atenção Primária- ICSAP*. 24 de jan. de 2022. [INTERNET]. [Acesso em 2023, 11 fevereiro]. Disponível em: <<https://www.cosemssc.org.br/wp-content/uploads/2022/02/5.pdf>>.

26 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria De Atenção À Saúde. Departamento De Atenção Básica. *e-GESTOR Atenção Básica. Informação e Gestão da Atenção Básica. Histórico AB por Região de Saúde de 2007 a dezembro de 2020*. [INTERNET]. [Acesso em 2022, 11 maio]. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaConsolidado.xhtml#>>.

27 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento De Atenção Básica. *Nota Metodológica. Novo método de cálculo do indicador Cobertura populacional estimada na Atenção Básica*. [INTERNET]. [Acesso em 2022, 11 maio]. Disponível em: <[https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/nota\\_tecnica/nota\\_metodologica\\_AB.pdf](https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/nota_tecnica/nota_metodologica_AB.pdf)>.

28 Pinto, Luiz Felipe 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* [online]. v. 24, n. 6, pp. 2105-2114. [Acesso em 2023, 17

fevereiro]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08582019>>. ISSN 1678-4561.

29 Santos BV dos, Lima D da S, Fontes CJF. Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de Rondônia: estudo descritivo do período 2012-2016. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2019;28(Epidemiol. Serv. Saúde, 2019 28(1)). [Acesso em 2023, 20 fevereiro]. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000100001>>.

30 Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L. *Atenção Primária à Saúde no Brasil: Conceitos, Práticas e Pesquisas*. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro. 2018.

31 Normando PG, Araujo-Filho J de A, Fonseca G de A, Rodrigues REF, Oliveira VA, Hajjar LA, et al. Redução na Hospitalização e Aumento na Mortalidade por Doenças Cardiovasculares durante a Pandemia da COVID-19 no Brasil. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 9999;(Arq. Bras. Cardiol., 9999 (ahead)). [Acesso em 2023, 17 de fevereiro]. Disponível em: <<https://doi.org/10.36660/abc.20200821>>.

32 Moura BLA, Cunha RC da, Aquino R, Medina MG, Mota ELA, Macinko J, et al. Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. *Rev Bras Saúde Mater Infant* [Internet]. 2010Nov;10(Rev. Bras. Saude Mater. Infant., 2010 10 suppl 1). [Acesso em 2023, 17 fevereiro]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000500008>>.

33 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria do Estado de Economia do Distrito Federal. Diretoria de Estudos e Políticas Sociais – Dipos/Codep. *IVS-DF Resultados 2020*. Brasília: 2020.12.16. [INTERNET]. [Acesso em 2023, 16 fevereiro]. Disponível em: <<http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/IVS-DF-Resultados-2020.pdf>>.

34 Castro MSM de. Desigualdades sociais no uso de internações hospitalares no Brasil: o que mudou entre 1998 e 2003. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2006Oct;11(Ciênc. saúde coletiva, 2006 11(4)). [acesso em 17 de fevereiro de 2023]. [Acesso em 2023, 17 de fevereiro]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000400020>>.

35 Costa L de Q, Pinto EP, Silva MGC da. Tendência temporal das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em crianças menores de cinco anos de idade no Ceará, 2000 a 2012. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2017Jan;26(Epidemiol. Serv. Saúde, 2017 26(1)). [Acesso em 2023, 17 fevereiro]. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000100006>>.

36 Pinto Junior EP, Aquino R, Dourado I, Costa L de Q, Silva MGC da. Internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde em crianças menores de 1 ano no Brasil. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2020Jul;25(Ciênc. saúde coletiva, 2020 25(7)). [Acesso em 2023, 17 fevereiro]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020257.25002018>>.

37 Rodrigues MM, Alvarez AM, Rauch KC. Tendência das internações e da mortalidade de idosos por condições sensíveis à atenção primária. *Rev bras epidemiol* [Internet]. 2019;22(Rev. bras. epidemiol., 2019 22). [Acesso em 2023, 17 fevereiro]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-5497201900010>>.

38 Bós AJG, Kimura AY. Internações por Condições Sensíveis À Atenção Primária em idosos com 80 anos ou mais em um Hospital Universitário do Rio Grande do Sul. *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre, 59 (2): 106-111, abr.-jun. 2015. [Acesso em 2023, 17 de fevereiro].

Disponível em:

<[https://www.researchgate.net/publication/339147282\\_Internacoes\\_por\\_Condicoes\\_Sensiveis\\_a\\_Atencao\\_Primaria\\_em\\_idosos\\_com\\_80\\_anos\\_ou\\_mais\\_em\\_um\\_Hospital\\_Universitario\\_d\\_o\\_Rio\\_Grande\\_do\\_Sul](https://www.researchgate.net/publication/339147282_Internacoes_por_Condicoes_Sensiveis_a_Atencao_Primaria_em_idosos_com_80_anos_ou_mais_em_um_Hospital_Universitario_d_o_Rio_Grande_do_Sul)>.

39 Silva S de S, Pinheiro LC, Loyola Filho AI de. Internações por condições sensíveis à atenção primária entre idosos residentes em Minas Gerais, Brasil, 2010-2015. *Cad saúde colet* [Internet]. 2022Jan;30(Cad. saúde colet., 2022 30(1)). [Acesso em 2023, 17 de fevereiro]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1414-462X202230010294>>.

40 Caldeira AP, Fernandes VBL, Fonseca WP, Faria AA. Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant* [Internet]. 2011Jan;11(Rev. Bras. Saude Mater. Infant., 2011 11(1)). [Acesso em 2023, 17 de fevereiro]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1519-38292011000100007>>.

41 Torres RL, Rehem TCMSB, Egry EY, Ciosak SI. O panorama das internações por condições sensíveis à atenção primária em um distrito de São Paulo. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2011Dec;45(Rev. esc. enferm. USP, 2011 45(spe2)). [Acesso em 2023, 17 de fevereiro]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000800004>>.

42 Machado JP, Martins M, Leite I da C. Qualidade das bases de dados hospitalares no Brasil: alguns elementos. *Rev bras epidemiol* [Internet]. 2016Jul;19(Rev. bras. epidemiol., 2016 19(3)). [Acesso em 2023, 17 de fevereiro]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-5497201600030008>>.