

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

ALESSANDRO LEONARDO ALVARES MAGALHÃES

**INTERAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO
PRIMÁRIA, NO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA, NO PERÍODO DE 2008 A
2013**

**GOIÂNIA
2015**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

ALESSANDRO LEONARDO ALVARES MAGALHÃES

**INTERAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO
PRIMÁRIA, NO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA, NO PERÍODO DE 2008 A
2013**

**GOIÂNIA
2015**



Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo à Universidade Federal de Goiás – UFG a disponibilizar gratuitamente através da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações – BDTD/UFG, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: Dissertação Tese

2. Identificação da Tese ou Dissertação

Autor(a):	Alessandro Leonardo Alvares Magalhães				
RG:	9362 CRMGO	CPF:	784.995.181-68	E-mail:	Alessandro.leonardo@gmail.com
Afiliação:	Maria de Fátima Alvares de Magalhães e Lenival Magalhães de Souza				
Título:	Internações por condições sensíveis à atenção primária, no município de Goiânia, no período de 2008 a 2013				
Palavras-chave:	Hospitalizações, Atenção Primária à Saúde, Avaliação de serviços de saúde				
Título em outra língua:	Ambulatory care sensitive hospitalizations, in the municipality of Goiânia, in the period of 2008 to 2013				
Palavras-chave em outra língua:	Hospitalization, primary health care, health services evaluation				
Área de concentração:	Processos Gerenciais nos serviços de saúde				
Número de páginas:	112	Data defesa:	12 de março de 2015		
Programa de Pós-Graduação:	Saúde Coletiva				
Orientador(a):	Otaliba Libânio de Moraes Neto				
CPF:	464.382.971-00	E-mail:	otaliba.libanio@gmail.com		
Co-orientador(a):					
CPF:		E-mail:			
Agência de fomento:				Sigla:	
País:		UF:		CNPJ:	

3. Informações de acesso ao documento:

Liberação para publicação?¹ total parcial

Em caso de publicação parcial, assinale as permissões:

Capítulos. Especifique: Introdução, Justificativa, Objetivos, Referencial Teórico, Metodologia_

Outras restrições: _____

Havendo concordância com a publicação eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF desbloqueado da tese ou dissertação, o qual será bloqueado antes de ser inserido na Biblioteca Digital.

O Sistema da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações garante aos autores, que os arquivos contendo eletronicamente as teses e ou dissertações, antes de sua publicação serão bloqueados através dos procedimentos de segurança (criptografia e para não permitir cópia e extração de conteúdo) usando o padrão do Acrobat Writer.

Alessandro Leonardo A. Magalhães

Data: 12 /03/2015

Assinatura do(a) autor(a)

¹ Em caso de restrição, esta poderá ser mantida por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Todo resumo e metadados ficarão sempre disponibilizados.

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: **Dissertação** **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação

Nome completo do autor: Alessandro Leonardo Alvares Magalhães

Título do trabalho: **Internações por condições sensíveis à atenção primária, no município de Goiânia, no período de 2008 a 2013**

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.

Assinatura do (a) autor (a) ²

Data: ____ / ____ / ____

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

²A assinatura deve ser escaneada.

ALUNO: ALESSANDRO LEONARDO ALVARES MAGALHÃES

**INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO
PRIMÁRIA, NO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA, NO PERÍODO DE 2008 A
2013**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de Pós Graduação da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva

Área de Concentração: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Linha de Pesquisa: Processos Gerenciais nos Serviços de Saúde

Orientador: Prof. Dr. Otaliba Libânio de Moraes Neto

GOIÂNIA

2015

Alvares Magalhães, Alessandro Leonardo
**Internações por condições sensíveis à Atenção Primária, no município de
Goiânia, no período de 2008 a 2013** [manuscrito] /Alessandro
Leonardo Alvares Magalhães. - 2015.
cxii, 111 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Otaliba Libânio de Moraes Neto.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Pró-reitoria de
Pós-graduação (PRPG), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
(Profissional), Goiânia, 2015.
Bibliografia. Anexos. Apêndice.
Inclui siglas, mapas, tabelas.

1. Hospitalizações. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Avaliação de serviços de
saúde. I. Moraes Neto, Otaliba Libânio de, orient. II. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

ALESSANDRO LEONARDO ALVARES MAGALHÃES

INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA, NO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA, NO PERÍODO DE 2008 A 2013:

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva

Aprovada em 12 de março de 2015

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Otaliba Libânio De Moraes Neto – Orientador e Presidente
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva - Universidade Federal De Goiás

Prof. Dr. João Bosco Siqueira Júnior – Membro Externo
Instituto Patologia Tropical e Saúde Pública - Universidade Federal De Goiás

Prof^a. Dr^a. Ellen Synthia Fernandes de Oliveira – Membro Interno
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva - Universidade Federal De Goiás

Prof. Dr. Marília Dalva Turchi – Membro Suplente
Instituto Patologia Tropical e Saúde Pública - Universidade Federal De Goiás

Prof^a. Dr^a. Ruth Minamisava – Membro Suplente Externo
Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal De Goiás

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me possibilitado existir, por me guiar, pela oportunidade de chegar e concluir um mestrado, enfim por tudo que tem feito pela minha vida.

A minha mãe, presença constante e exemplo de fortaleza e cuidados que sempre foram incentivos para caminhar decididamente, mesmo com todas as dificuldades vivenciadas, não medindo esforços para que pudéssemos ter acesso às melhores escolas, universidades e demais cursos.

A meu pai (*in memoriam*), que onde quer que esteja, nunca deixou de me amar, nem de confiar em mim.

A minha esposa, que se fez presente em toda a minha caminhada, restaurando meu ânimo e encorajando-me nos momentos difíceis. Obrigado pelo amor, companheirismo, respeito e incentivo.

A minha filha, criança alegre e amorosa, com personalidade forte e impaciente, soube aceitar as ausências do papai. Amo você, minha princesa.

A meu orientador, Dr. Otaliba Libânio de Moraes Neto que utilizando de sua enorme sabedoria, paciência e experiência, soube conduzir com maestria a confecção desta dissertação.

Ao Dr. Cláudio Tavares Silveira Sousa pela disponibilização sem titubear das informações necessárias para elaboração dessa dissertação e companheiro de toda hora.

Aos meus amigos Divino Moura pela disponibilidade em ajudar com o banco de internações, Raimundo Tiago Lima Pires pela ajuda no processo mais trabalhoso, o georreferenciamento dos dados de internação, Flávio Martins que colaborou em diversos momentos da consecução desse trabalho.

Ao Dr. Paulo Rassi, pela compreensão dos momentos ausentes, pela parceria e amizade.

Aos companheiros da Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia que me ajudaram nos momentos que necessitei me ausentar do trabalho.

Ao Dr. José Carlos de Souza Abrahão pela disponibilização do número de usuários de plano de saúde por bairro em Goiânia.

A todos os professores do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva pela oportunidade de aperfeiçoamento e crescimento profissional.

Enfim, a todos que direta ou indiretamente me ajudaram na superação de mais uma etapa em minha vida.

MAGALHÃES, ALA. **Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária, no município de Goiânia, no período de 2008 a 2013** [Dissertação] Goiânia (GO): Mestrado Profissional Convênio Universidade Federal de Goiás, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Secretaria de Estado da Saúde(UFG/NESC/SES) Goiânia; 2015.

RESUMO

As Internações Hospitalares por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), são problemas de saúde, os quais, a internação hospitalar é passível de ser evitada pela atenção primária de qualidade: acesso adequado e efetividade no atendimento ambulatorial. Para avaliar magnitude, perfil, evolução e padrão de ocorrência espacial dos riscos das internações hospitalares associadas às Condições Sensíveis à Atenção Primária de residentes de Goiânia no período de 2008 a 2013 desenvolveu-se um estudo ecológico com o uso de dados secundários de internações hospitalares disponíveis no Sistema de Informação Hospitalar do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. Todas as internações foram georreferenciadas vinculando o bairro da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) a um dos 07 Distritos Sanitários de Goiânia e em seguida foram feitas as análises da Proporção de ICSAP por grupo de causa, faixa etária e por Distrito Sanitário bem como sua evolução durante a série estudada.

Também foi feita a análise da Taxas de ICSAP e respectivos intervalos de confiança de 95%, utilizando-se a média de internações no período, por faixa etária, grupos de causas e por região sanitária de Goiânia. Os resultados mostraram redução na Proporção da ICSAP em Goiânia e nos Distritos Sanitários de Goiânia ao longo da série estudada, porém de forma heterogênea. Observou-se redução maior no Distrito Noroeste. O Distrito Sul apresentou a maior taxa de ICSAP e o Distrito Sudoeste a menor taxa de ICSAP, porém quando se detalhou as taxas por grupo de causa observou-se que o Distrito Noroeste apresentava as maiores taxas para 09 grupos de causas e o Distrito Sul para 08 grupos de causas. A maior proporção de ICSAP e as taxas mais elevadas de ICSAP foram observadas nas faixas etárias extremas (0 a 9 anos e 60 anos ou mais). O padrão espacial de ocorrência mostrou desigualdade das taxas de ICSAP nos Distritos Sanitários de Goiânia em relação aos grupos de causa e faixa etária.

O estudo mostrou os avanços e identificou insuficiência de cobertura e efetividade da rede de atenção primária em Goiânia que apresenta o potencial de subsidiar o gestor municipal e dos distritos sanitários na reorientação dos processos de trabalho, da estratégia de saúde da família, na implementação de políticas intersetoriais, na definição de áreas para localização de novas unidades de atenção primária no município.

Palavras-chave: Hospitalizações, Atenção Primária à Saúde, Avaliação de serviços de saúde.

MAGALHÃES, ALA. **Ambulatory care sensitive hospitalizations, in the municipality of Goiânia, in the period of 2008 to 2013** [Dissertation] Goiânia (GO): Professional Master's Universidade Federal de Goiás, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva and Secretaria de Estado da Saúde(UFG/NESC/SES) Goiânia; 2015.

ABSTRACT

The Hospital Admissions by Primary Care Sensitive Conditions (ICSAP), are health problems, which the hospitalization is liable to be avoided by qualified primary care, which is understood as accessibility and effectiveness in outpatient care.

To evaluate the magnitude, profile, evolution and spatial pattern of occurrence of the risks of hospitalizations associated with Primary Care Sensitive Conditions of Goiânia's dwellers in the period of 2008 to 2013 a transversal study was developed using secondary hospitalizations data available in the Hospital Information System of the Department of Regulation, Evaluation and Control of Municipal Health of Goiânia. All admissions were georeferenced linking the neighborhood of Hospitalization Authorization (AIH) to one of the 07 health sanitary districts of Goiânia and then the analyzes of proportion ICSAP were made considering the group of causes, age and Sanitary District and its evolution during the studied series. The analysis of ICSAP rates was made and also the respective 95% confidence intervals, using the average of hospitalizations in the period clustered by age and group of causes and region of the Sanitary District of Goiânia

The results showed a reduction in the proportion of ICSAP in Goiânia and its Sanitary Districts along the studied series, but heterogeneously. A higher reduction was registered in the Northwest District. The Southern District had the highest ICSAP rate and the Southwest District the lowest rate of ICSAP, however when the rates were detailed by cause group, it was observed that the Northwest District had the highest rates for 09 causes groups and the Southern District in 08 of them.

The highest proportion of ICSAP and the highest rates in ICSAP were observed extremity age groups (0-9 years and 60 years or more). The occurrence of spatial pattern showed inequality of ICSAP rates in Goiania's Sanitary Districts in relation to groups of cause and age groups. The study showed some progress and identified insufficient coverage and effectiveness of primary care services in Goiânia, which has the potential to support the city health manager and the sanitary districts in the reorientation of work processes, the family health strategy, in the implementation of intersectoral policies, in the definition of areas for location of new units of primary care in the municipality.

Keywords: Hospitalization, primary health care, health services evaluation

LISTA DE ABREVIATURAS

ACSC	Ambulatory Care Sensitive Conditions
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CEP	Código de Endereçamento Postal
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva
DRAC	Departamento de Regulação, Avaliação e Controle
DS	Distrito sanitário
FFS	Fee-for-Service Medicare
FNIHCCP	First Nations and Inuit Home and Community Care Program
ICSAP	Internação por condições Sensíveis à Atenção Primária
IPASGO	Instituto de Previdência Social de Goiás
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômicas Aplicadas
MMC	Medicare Managed Care
MS	Ministério da Saúde
MUBDG	Mapa Urbano Básico Digital de Goiânia
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
RS	Rio Grande do Sul
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SCNES	Sistema de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde
SECTEC	Secretaria Municipal de Ciência, Tecnologia e Inovação

SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIHD	Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	3
2. JUSTIFICATIVA	7
3. OBJETIVOS	8
3.1. Geral	8
3.2. Específicos	8
4. REFERENCIAL TEÓRICO.....	9
4.1. Atenção Primária ou Básica	9
4.2. A Estratégia Saúde da Família	12
4.3. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária	14
4.4. O indicador de Internações por condições sensíveis à Atenção Primária – fundamentos	16
4.5. A lista brasileira de internações por condições sensíveis a Atenção Primária	17
4.6. Limitações do Indicador	18
4.7. A situação mundial e brasileira, em relação às internações por condições sensíveis à atenção primária	19
4.7.1. Situação Mundial	19
4.7.2. Situação Brasileira	23
4.8. A Saúde Pública em Goiânia	27
4.8.1. Os Distritos Sanitários de Goiânia e a Atenção Primária à Saúde	28
5. METODOLOGIA	32
5.1. Delineamento do Estudo	32
5.2. Local e População do Estudo	32

5.3. Definição de ICSAP	33
5.4. Fonte de Dados e Processamento	33
5.5. Processo de Georreferenciamento	33
5.6. Análise dos dados	34
5.7. Aspectos Éticos	35
6. RESULTADOS	36
6.1. Artigo 1	37
6.2. Artigo 2	63
7. CONCLUSÃO.....	93
8. REFERÊNCIAS	95
9. ANEXOS.....	105
10. APÊNDICES	110

1.INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde - SUS completou 26 anos de criação em 2014 com avanços e desafios. O Programa Nacional de Imunização, o Programa de Prevenção e Controle da AIDS, a redução da mortalidade infantil, os sistema de transplantes de órgãos são exemplos de experiências bem sucedidas com reconhecimento nacional e internacional (BRASIL, 2011a). No entanto vários desafios ainda persistem. Um deles é a universalização e a melhoria da qualidade da atenção a saúde (BRASIL, 2011a; PAIM et al., 2011). A Atenção Primária de Saúde (APS) é a principal estratégia para a universalização (BRASIL, 2011a).

A Atenção Primária foi assumida por diversos países, a partir da Conferência de Alma-Ata, como elemento central na organização de Sistemas de Saúde (BOING et al., 2012). Em países com sistemas universais de saúde como os da Europa, o Canadá e a Nova Zelândia o tema APS está na pauta política dos governos (BRASIL, 2011a).

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria 2.488/GM/MS de 21 de outubro de 2011, conceitua a Atenção Básica e Atenção Primária no Brasil como sendo ações de saúde coletivas e individuais nos campos da promoção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, cujo objetivo é a atenção integral que resulte na melhoria da saúde, propicie autonomia das pessoas e atue nos determinantes e condicionantes de saúde da coletividade (BRASIL, 2011b).

Deve ser a porta de entrada do Sistema Único de Saúde - SUS e tem como atribuição a articulação das ações clínicas, de prevenção, cura e reabilitação, fundamentadas nos princípios do SUS: universalidade, integralidade equidade (BOING et al., 2012).

Em 1993, o Ministério da Saúde, criou o Programa de Saúde da Família - PSF com o objetivo de reorganizar a prática assistencial e alcançar os objetivos do SUS. A partir da expansão das equipes de saúde da família bem como a necessidade de consolidação do novo modelo de atenção básica no Brasil, o PSF converte-se em Estratégia Saúde da Família (ESF) e assim define seu papel de coordenador da

atenção integral à saúde no sistema brasileiro (BRASIL, 2011b; FERNANDES et al., 2009).

A APS é um componente chave na constituição de sistemas nacionais de saúde, com capacidade para interferir nos indicadores de saúde e na regulação do acesso e referência para os demais níveis de atenção. (BRASIL, 2011a).

Estudos mostraram a melhoria dos indicadores de saúde nas populações atendidas pelas equipes da ESF. Entre os indicadores positivos cita-se: redução da mortalidade infantil, a ampliação da cobertura pré-natal e a redução da desnutrição e da anemia (MACINKO et al., 2006; MACINKO et al., 2010; MONTEIRO, 2009).

Porém a falta de efetividade da Atenção Primária compromete a resolubilidade dos demais níveis de atenção afetando todo o sistema de saúde, tornando-se necessária uma avaliação contínua da sua efetividade (BOING et al., 2012).

Billings et al.(1993), desenvolveram o conceito de hospitalizações potencialmente evitáveis ou condições sensíveis à atenção ambulatorial, como uma ferramenta de avaliação indireta da efetividade da atenção primária (REHEM; EGRY, 2011).

Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) são problemas de saúde atendidos por ações típicas do primeiro nível de atenção e, cuja evolução, na falta de atenção oportuna e efetiva, pode exigir a hospitalização como: pneumonias bacterianas, complicações da diabetes e da hipertensão, asma, entre outros (NEDEL et al., 2010).

Os determinantes do aparecimento das doenças, bem como da oferta e do acesso de saúde, na maioria das vezes, independe da atenção primária. No entanto, é razoável pensar que uma APS acessível e de qualidade pode evitar ou diminuir o número de internações hospitalares decorrentes de um grupo específico de causas(NEDEL et al., 2008).

A utilização do indicador de CSAP iniciou nos Estados Unidos, na década de 1990 (BILLINGS et al., 1993). A partir da sua utilização na Espanha – país cujo os serviços de saúde são organizados a partir de princípios da universalidade, territorialização, hierarquização – e centrado na Atenção Primária à Saúde, o Indicador passou a ser considerado uma metodologia de avaliação da efetividade da atenção primária à saúde. Atualmente é amplamente utilizado como indicador de acesso e de qualidade da atenção primária (REHEM; EGRY, 2011).

O Brasil elaborou uma lista nacional de Condições Sensíveis à Atenção Primária construída a partir do modelo proposto por Caminal-Homar & Casanova-Matutano, (2003). Como estratégia para a construção da lista brasileira partiu-se de listas já existentes em algumas Secretarias Estaduais de Saúde, de revisões bibliográficas de trabalhos internacionais e de reuniões de consenso entre pesquisadores, gestores e especialistas no tema que culminaram com uma consulta pública (ALFRADIQUE et al., 2009).

A Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária foi normatizada por meio da Portaria 221/SAS/MS, de 17 de abril de 2008. Apresentou como objetivos: constituir-se em uma ferramenta que pudesse contribuir para a avaliação da atenção primária no país, comparar o seu desempenho e, conseqüentemente, aprimorar o planejamento e gestão dos serviços de saúde do país (BRASIL, 2008;LIMA, 2012).

Esta é constituída por dezenove grupos de causas, organizados segundo diferentes critérios. Utilizou a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde – Décima Revisão para reunir as causas de internação. (REHEM; EGRY, 2011).

No Brasil, ainda são incipientes os estudos sobre Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária - ICSAP e a utilização do indicador como método de avaliação (ALFRADIQUE et al., 2009).

Na literatura brasileira, há apenas um estudo com o tema de internações sensíveis à atenção primária sobre os municípios do Estado de Goiás. Estudo esse conduzido por pesquisadores da Universidade Federal de Goiás abordando as hospitalizações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária, em municípios goianos (ALFRADIQUE et al., 2009).

O município de Goiânia apresenta uma rede de atendimento ambulatorial e hospitalar própria constituída por 26 Centros de Saúde, 10 Centros de Assistência Integrada à Saúde – CAIS, 04 Centros Integrados de Assistência Médico-Sanitária – CIAMS, 02 Ambulatórios especializados (01 de atendimento aos queimados e 01 de Saúde Mental), 07 Centros de Apoio Psicossocial, 03 Centro de Referências (01 em diagnóstico e terapêutica, 01 em ortopedia e fisioterapia e 01 em referência em saúde do idoso); 02 Maternidades, além de 39 Unidades de Saúde da Família (GOIÂNIA, 2010).

Em setembro de 1998 implantou-se no município a ESF, no Bairro da Vitória, Região Noroeste da capital, com 07 equipes. O processo de implantação da Estratégia não foi muito diferente do restante do país, uma vez que utilizaram os mesmos critérios, como a carência dos serviços de saúde e problemas socioeconômicos (bolsões de miséria) (GOIÂNIA, 2000). Atualmente, a Estratégia Saúde da Família em Goiânia possui 185 equipes com cobertura populacional de 47,6% (BRASIL, 2015a).

A análise das ICSAP, nesse contexto, apresenta um potencial de avaliar o desempenho da atenção primária do Sistema Municipal de Saúde de Goiânia, de forma desagregada, possibilitando subsidiar a reorganização da atenção primária no município a partir das desigualdades identificadas, contribuindo assim para um planejamento mais coerente com as especificidades regionais.

Assim, o presente estudo tem como propósito analisar os indicadores de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Goiânia e nas áreas intraurbanas, no período de 2008 a 2013.

2.JUSTIFICATIVA

Com todos os avanços do Sistema Único de Saúde, nos últimos 26 anos, principalmente a ampliação do acesso por meio do aumento da cobertura da atenção primária, a efetividade desse nível de atenção ainda permanece como um dos principais desafios a serem enfrentados pelos gestores do Sistema, necessitando de constante monitoramento e avaliação.

O indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária é uma ferramenta importante para avaliar o acesso, à resolubilidade e à qualidade da atenção primária à saúde (HOMAR et al., 2003), configurando-se, atualmente, como uma das melhores alternativas de indicador para esse propósito.

A partir da avaliação desse indicador, desagregado nas regiões de saúde será possível identificar as desigualdades intraurbanas segundo grupos de causas e faixa etária, bem como, cotejar esses achados com os níveis de cobertura da ESF e com as condições socioeconômicas e demográficas das regiões.

Além disso, subsidiará os gestores na identificação de gargalos na atenção primária nas regiões e apontará necessidades de reorientação do modelo de atenção primária no município.

3.OBJETIVOS

3.1.Objetivo Geral

Avaliar o perfil, a evolução e a magnitude dos indicadores de internações hospitalares por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) de residentes de Goiânia no período de 2008 a 2013.

.

3.2.Objetivos Específicos

- Identificar e analisar o perfil das ICSAP em Goiânia;
- Analisar a evolução da proporção das ICSAP por grupos de doenças, por faixa etária e regiões sanitárias de Goiânia;
- Avaliar a magnitude e o padrão espacial de ocorrência das ICSAP nas regiões sanitárias de Goiânia.

4.REFERENCIAL TEÓRICO

4.1.Atenção Primária ou Básica

O conceito atual de Atenção Primária ou Básica tem seus fundamentos elaborados a partir da Conferência de Alma Ata (MELLO; MARCOS; DEMARZO, 2009), realizada entre os dias 06 e 12 de setembro de 1978, na cidade Alma Ata - Cazaquistão, e, assistida por delegações de 134 governos, além de representantes de 67 organizações não governamentais (OMS, 1978a).

Essa conferência pautou-se no pelo contexto existente à época de iniquidades ocorridas na área da saúde em diversos países do mundo, bem como aos custos crescentes despendidos para assistência à saúde (AGUIAR, 2003).

Como objetivos a serem atingidos ao final da conferência, estavam: **i)** promover o conceito de Atenção Primária à Saúde em todos os países; **ii)** intercâmbio de experiências e informações sobre organização da atenção primária à saúde, como marco de sistemas e serviços nacionais de saúde; **iii)** avaliar a situação atual da saúde e da assistência sanitária em todo o mundo; **iv)** definir os princípios da atenção primária; **v)** definir a função dos governos e das organizações nacionais e internacionais para desenvolvimento da atenção primária à saúde; **vi)** formular recomendações para o desenvolvimento da atenção primária à saúde (OMS, 1978a).

Como resultado, publicou-se declaração intitulada: Declaração de Alma Ata, cujo objetivo para ser alcançado por todas as organizações internacionais, até o ano de 2000, seria um nível de saúde que permitisse a cada cidadão levar uma vida social e economicamente produtiva (OMS, 1978b). A Declaração definiu a atenção primária à saúde como chave para o alcance do objetivo (OMS, 1978b) entendida como sendo:

la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y

autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (OMS, 1978b, pág. 40).

Atenção Primária à Saúde é a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticos, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, acessível a todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar em todas e em cada uma das etapas de seu desenvolvimento, em um espírito de auto-responsabilidade e autodeterminação. A Atenção Primária é parte integrante tanto do sistema nacional de saúde, do qual constitui a função central e o núcleo principal, como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde e leva, na medida do possível, a atenção da saúde aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham. Constitui o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária (OMS, 1978b, pág. 40).

Conforme o conceito definido na Declaração de Alma Ata, a Atenção Primária de Saúde é o primeiro nível de atenção, atuando de forma integrada e abrangente, e tem como elementos a participação da comunidade, a coordenação intersetorial e o apoio a vários trabalhadores de saúde. Ainda tem como componentes fundamentais: a educação em saúde, o saneamento ambiental, os programas de saúde materno-infantis, a prevenção de doenças endêmicas locais, o tratamento adequado de doenças e lesões comuns, o fornecimento de medicamentos essenciais, a promoção de boa nutrição e a medicina tradicional (STARFIELD, 2002).

Entretanto, desde a publicação da Declaração de Alma-Ata, diversos entendimentos foram extraídos desse conceito e foram aplicados conforme os contextos loco-regionais. Nos mais variados países, a atenção primária foi entendida como: elenco finito de atividades, focado, principalmente, em saúde materno-infantil e doenças infecciosas; um nível de atenção com médicos gerais na porta de entrada de um sistema de saúde; uma estratégia de organização do sistema de saúde, e até mesmo uma filosofia abordando equidade, responsabilização e solidariedade (FONTENELLE, 2011).

No Brasil, em seu processo histórico, também apresenta diferentes interpretações para os cuidados primários de saúde. Em alguns momentos, compreendida como uma medicina simplificada para os pobres de áreas urbanas e rurais, entretanto, hoje é entendida como a base para qualquer reforma de um sistema de saúde, sendo a chave para alcançar a saúde para todos (BRASIL, 2011a). No Brasil, o termo utilizado para referir-se à Atenção Primária à Saúde é Atenção Básica (BRASIL, 2011b).

Atualmente, a Política Nacional de Atenção Básica está regulamentada pela Portaria 2.488/GM/MS de 21 de outubro de 2011, cujo teor estabelece a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica, para Estratégia Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, e define a atenção básica ou atenção primária como sendo:

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2011b).

De fundamentos e diretrizes estabeleceram: **i)** adscrição da clientela para permitir o planejamento, a programação e desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais à luz do princípio da equidade; **ii)** acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, atuando como a porta de entrada preferencial da rede de atenção e se corresponsabilizando pela atenção às necessidades da população; **iii)** estabelecer relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo o cuidado horizontal e longitudinal; **iv)** coordenação da integralidade do cuidado, integrando as ações programáticas, demanda espontânea, ações de promoção e prevenção à saúde, vigilância à saúde, tratamento e a

reabilitação; **v**) estímulo à participação popular com vistas a fortalecer a autonomia e a construção do cuidado à saúde das pessoas e da coletividade (BRASIL, 2011b).

Foram, ainda, estabelecidas as funções para APS: **i**) ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com maior difusão e descentralização; **ii**) ser resolutiva; **iii**) coordenar o cuidado e **iv**) ordenar as redes de atenção à saúde (BRASIL, 2011b).

Na mesma Portaria nº 2488/GM/MS de 21 de outubro de 2011, o Ministério da Saúde também definiu como estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica, a Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2011b).

4.2.A Estratégia Saúde da Família

Em 1991, o Governo Federal cria o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com o objetivo de reduzir taxas de mortalidade infantil e materna no Nordeste Brasileiro, alcançando rapidamente resultados importantes como a redução de 30% na morbimortalidade infantil no Ceará. Apesar desta atuação restrita no Norte e Nordeste brasileiro (BRASIL, 2010; VIANA; POZ, 2005), os gestores federais perceberam o seu potencial para ordenamento dos serviços básicos de saúde municipais (AGUIAR, 2003; FERRER et al., 2014).

Em 1993, o Ministério da Saúde, convocou uma reunião com o tema “*Saúde da Família*”, para tratar de apoio logístico e financeiro para funcionamento da rede básica de saúde (AGUIAR, 2003; VIANA; POZ, 2005). Essa reunião foi um marco importante para romper com o isolamento do PACS nas regiões Norte e Nordeste, através da apresentação de experiências inovadoras existentes em Porto Alegre, São Paulo, Niterói, Planaltina e Mambá em Goiás, além de definir as diretrizes do novo Programa a ser implantado no Brasil (BRASIL, 2010; VIANA; POZ, 2005).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), inicialmente nominada Programa Saúde da Família, nasce da necessidade de construção de um novo modelo assistencial, em substituição ao modelo tradicional, centrado na assistência curativa e hospitalar (AGUIAR, 2003) e, também, para enfrentar as dificuldades da população brasileira de acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2010; VIANA; POZ, 2005). No primeiro documento expedido pelo Programa já havia a clara sinalização de ser um instrumento de reorganização do SUS (VIANA; POZ, 2005).

A ESF tem como característica transformadora a ênfase na reorganização dos processos de trabalhos das Unidades Básicas de Saúde focada na família e comunidade, além de possibilitar assistência integral, interagindo a assistência médica com a promoção de saúde e ações de prevenção. (PAIM et al., 2011).

As equipes da ESF representam o primeiro contato do indivíduo com o Sistema de Saúde, sendo responsáveis pela coordenação da atenção, relacionando-se com os outros pontos de atenção, como hospitais e serviços especializados (PAIM et al., 2011). Atuam fundamentados nos princípios da territorialização, intersetorialidade, descentralização, corresponsabilização e equidade (LIMA, 2010).

Cada equipe da Estratégia trabalha com um território definido com, aproximadamente, 1.000 famílias e é composta por uma equipe multiprofissional, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, contando ainda com dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico em higiene dental (DOURADO et al., 201; LIMA, 2012;).

Em uma concepção mais atualizada, a Portaria 2488/GM/MS de 2011 definiu um máximo de 750 pessoas por Agente Comunitário de Saúde, sendo que cada equipe poderá ter, no máximo, 12 agentes, e possuir até 4.000 pessoas adscritas, porém o recomendado seriam 3.000 pessoas (BRASIL, 2011b).

A partir do cofinanciamento, por parte do Ministério da Saúde, houve rápida expansão da estratégia por todo o território brasileiro. Em 1998, a cobertura atingia somente 6,55% da população brasileira, dois anos após, cobria 17,43%, um aumento de quase 300%. Em 10 anos passou a cobrir 38,99% da população e, atualmente, 62,54% dos brasileiros tem acesso a uma equipe de saúde da Família (BRASIL, 2015a; VIANA; POZ, 2005).

A expansão da ESF possibilitou a ampliação do acesso aos serviços de saúde de atenção primária e, conseqüentemente, impactou em melhorias na saúde da população atendida (RONCALLI, LIMA, 2006).

Estudo de MACINKO, GUANAIS, SOUZA, (2006), mostrou uma relação entre o aumento da cobertura da ESF e a redução da taxa de mortalidade infantil, sendo que para cada aumento de 10% de cobertura foi obtido uma redução de 4,6% na taxa de mortalidade infantil.

Atualmente, o Ministério da Saúde tem dado um enfoque especial na avaliação da qualidade da atenção primária, buscando fazer cumprir os seus princípios norteadores, para tanto, criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB, cujo objetivo é ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção básica (LIMA, 2010; BRASIL, 2011).

Outro passo importante dado pelo Ministério da Saúde foi a construção de uma Lista Brasileira de Internações com Condições Sensíveis pela Atenção Primária (ICSAP) através da Portaria 221/SAS/MS, de 17 de abril de 2008 com o objetivo de ser um instrumento para avaliação da atenção primária, além de ser útil para avaliar o desempenho de sistema de saúde nas suas três esferas de governança (BRASIL, 2008).

4.3. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária

Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) são um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da atenção primária evitaria a internação (ALFRADIQUE et al., 2009; BILLINGS et al., 1993; CAMINAL HOMAR; CASANOVA MATUTANO, 2003).

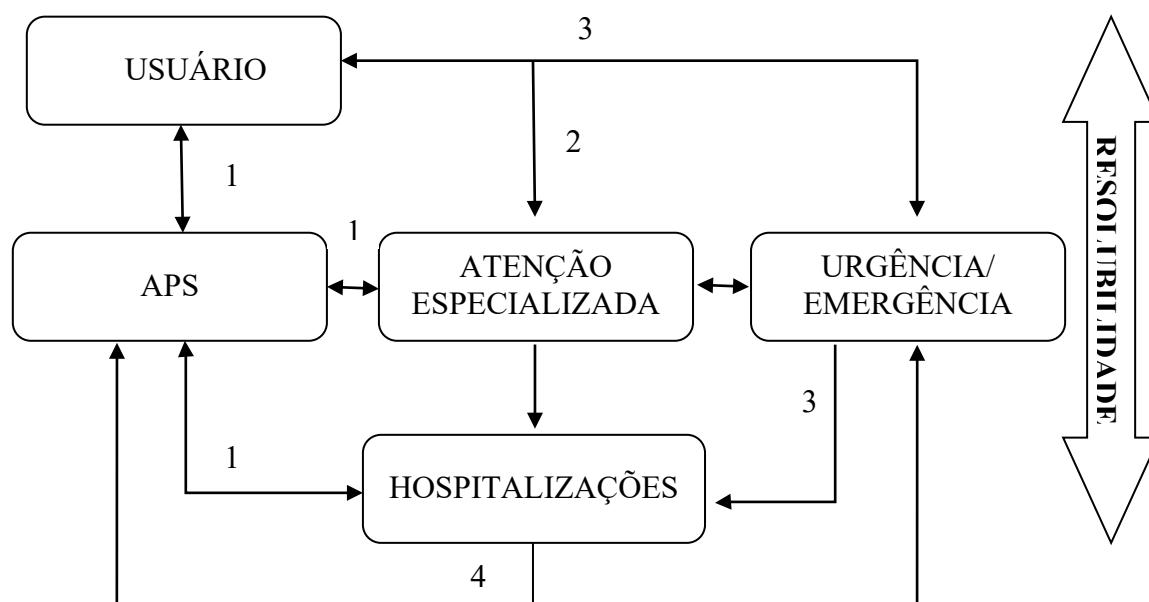
A falta de assistência no momento necessário, bem como a falta de efetividade no atendimento ambulatorial, podem levar a internações evitáveis por diversos problemas de saúde (BILLINGS; ANDERSON; NEWMAN, 1996; BINDMAN et al., 1995). Atividades como: a promoção da saúde; a prevenção de doenças; o diagnóstico e o tratamento precoce; o controle e acompanhamento de doenças crônicas, evitariam internações e, conseqüentemente, resultariam em redução de internações por esses problemas (PERPETUO; WONG, 2006; ALFRADIQUE et al., 2009).

O pressuposto para evitar internações, por condições sensíveis à atenção primária, está na sua capacidade de intervir, precocemente, na prevenção do aparecimento dos problemas de saúde, no diagnóstico e tratamento de episódios agudos de doenças, no controle e seguimento das doenças de evolução crônica, na gestão da doença, na redução das readmissões e no tempo de permanência hospitalar.

Assim, a APS teria a capacidade de resolver, até 80% dos problemas de saúde da população, referenciando de 10 a 15% para a atenção especializada ou para a urgência, serviços estes, sob sua coordenação. Quando esses pressupostos não são seguidos, dá-se a internação por condições sensíveis à atenção primária. (CAMINAL HOMAR; CASANOVA MATUTANO, 2003; ALFRADIQUE et al., 2009; DOURADO et al., 2011; BURGDORF; SUNDMACHER, 2014)

Os fluxos possíveis que o usuário do sistema de saúde deveria seguir para ter sua demanda de saúde atendida estão demonstrados na figura 1.

Figura 1. Possíveis Fluxos Assistenciais do Usuário de um Sistema de Saúde



1 – Fluxo adequado do paciente adentrar o Sistema de Saúde, através da Atenção Primária e a mesma redireciona o paciente conforme sua necessidade;

2 e 3 – Fluxo inadequado do paciente, o indivíduo procura diretamente a urgência/emergência ou a atenção especializada

4 – Os serviços de urgência/emergência ou hospitalar realiza a contra-referência do indivíduo.

Os fluxos 1 e 4, representam o percurso ideal para o usuário que necessita de atendimento da rede de saúde. A porta de entrada é a Atenção Primária que poderá resolver a sua demanda ou referenciar o usuário para a atenção secundária, para urgência ou, até mesmo, para uma hospitalização, quando o paciente necessitar de um serviço de maior densidade tecnológica. No entanto, é fundamental que a

atenção primária receba a contra-referência. Quando a porta de entrada do usuário acontece nos fluxos 2 e 3, ocorrerão as internações, por condições sensíveis à atenção primária e poderá ser resultado da falta de acesso, falta de vínculo do usuário a APS, baixa resolubilidade e, até mesmo, da falta de credibilidade desse nível de atenção (ALFRADIQUE et al., 2009; CAMINAL HOMAR; CASANOVA MATUTANO, 2003).

4.4.O indicador de Internações por condições sensíveis à atenção primária – fundamentos

Indicadores de atividade hospitalar têm sido sugeridos como medida indireta do funcionamento da Atenção Primária em Saúde (CAMINAL HOMAR; CASANOVA MATUTANO, 2003). Billings et al. (1993), procuravam entender como a falta de acesso aos serviços de saúde, bem como a qualidade da assistência prestada, interferiam nas taxas de hospitalizações. Concluíram, então, ser uma ferramenta útil para avaliar o acesso e efetividade de programas destinados a melhorar o acesso aos cuidados primários (BILLINGS et al., 1993).

A partir desse estudo, criou-se o indicador "*ambulatory care sensitive conditions*" (ACSC) para avaliar o acesso e a efetividade da atenção primária por determinados problemas de saúde (CAMINAL HOMAR; CASANOVA MATUTANO, 2003; NEDEL et al., 2010). No Brasil, o termo foi traduzido para Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) (ALFRADIQUE et al., 2009).

Ao longo das últimas duas décadas, esse indicador foi testado em diversos países que possuíam Sistemas de Saúde de acesso restrito ou universal. E, atualmente, se configura como um indicador de atividade hospitalar para medir a utilização de serviços hospitalares, por problemas de saúde, que seriam evitados ou controlados na atenção primária, além de ser um ótimo instrumento para avaliar, indiretamente, o acesso e a efetividade da atenção primária à saúde (CAMINAL HOMAR; CASANOVA MATUTANO, 2003; HOMAR et al., 2003; REHEM; EGRY, 2011).

A justificativa para que as ICSAP se constituísse um indicador de efetividade da Atenção primária está no fato desse nível de atenção ser a porta de entrada do usuário no sistema de saúde, o ordenador do cuidado e ter o potencial de resolver

cerca de 85% dos problemas de saúde da população (ELIAS; MAGAJEWSKI, 2008; FERRER et al., 2014; NEDEL et al., 2011; TORRES et al., 2011).

Entretanto para o alcance dos objetivos propostos ao indicador torna-se necessário a construção de lista que define quais são as condições de saúde possíveis de serem evitadas pela atenção primária resolutive e no tempo adequado (ALFRADIQUE et al., 2009).

Para tanto alguns estudiosos americanos, no início da década de 90, propuseram critérios para a construção das listas e, na década de 2000, estudiosos espanhóis validaram os critérios: **i)** ter clareza na definição e na codificação do caso; **ii)** diagnósticos com taxa de internação maior que 1/10.000 habitantes, **iii)** as causas de internação deverão ser evitáveis pelas ações da atenção primária; **iv)** ter estudos prévios; **v)** necessitar de internação quando o problema de saúde aparecer; construindo ao final do trabalho a Lista Espanhola de Condições Sensíveis à Atenção Primária (CAMINAL HOMAR; CASANOVA MATUTANO, 2003; CAMINAL, JOSEFINA et al., 2001; NEDEL et al., 2011; SOLBERG et al., 1990; WEISSMAN; GATSONIS; EPSTEIN, 1992).

4.5.A lista brasileira de internações, por condições sensíveis a atenção primária

A lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária foi construída seguindo o modelo proposto por Caminal-Homar & Casanova-Matutano, com adaptações para as condições brasileiras (ALFRADIQUE et al., 2009).

O modelo proposto seguiu os critérios estabelecidos por Solberg e Weissman para em seguida realizar levantamento das listas existentes em Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Procedeu-se ainda revisão das listas internacionais e de 23 trabalhos identificados nas bases de dados MEDLINE e SCIELO entre 2002 e 2005. Após esse processo, houve uma oficina, com 19 pessoas de gestão de serviços de saúde e de instituições de ensino superior, no Brasil e no exterior. Na sequência, a lista resultante da oficina foi revista e consolidada pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, e encaminhada para a Sociedade Brasileira de

Medicina de Família e Comunidade para validação e, finalmente, colocada em consulta pública (ALFRADIQUE et al., 2009).

A Lista Brasileira de Condições Sensíveis À Atenção Primária, foi publicada por meio da Portaria 221 de 17 de abril de 2008, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008).

É importante ressaltar que nenhuma lista é imutável, pois o conceito de evitabilidade depende das evidências científicas presentes no período analisado (ALFRADIQUE et al., 2009; MALTA et al., 2007).

4.6.Limitações do Indicador

Apesar de ganhar muita força nos últimos anos como indicador da efetividade da atenção primária, apresenta as seguintes limitações: (i) não considerar a gravidade do quadro clínico, da fragilidade do indivíduo, situação esta que pode interferir na decisão clínica de internar ou não; (ii) infra-estrutura dos serviços de saúde, uma vez que a deficiência de recursos suficientes e adequados podem influenciar na capacidade operativa da atenção primária, (iii) não observar diretamente o perfil socioeconômico da população, o nível educacional, as características culturais, e a oferta de leitos, fatores estes não relacionados à atuação da Atenção Primária; (iv) não dispor de dados dos óbitos que não foram internados; (v) demora de anos para identificar problemas em áreas pequenas; (vi) múltiplas listas de condições sensíveis a atenção primária, dificultando a comparação entre sistemas de saúde (CAMINAL HOMAR; CASANOVA MATUTANO, 2003; MELO; EGRY, 2014; TORRES et al., 2011; SANTOS et al., 2013; NEDEL et al., 2011; LOSINA; KATZ, 2008; ROSANO et al., 2012; GIBBONS et al., 2012).

Além das limitações descritas, existe uma limitação específica do Sistema Brasileiro de Saúde, uma vez que a fonte de dados onde se encontram os registros de internação, no Sistema Único de Saúde, não possui finalidade informativa e sim finalidade financeira de reembolso dos hospitais produtores de internações (MACINKO et al., 2011).

Dois trabalhos avaliaram a sensibilidade e a especificidade do SIH/SUS frente ao diagnóstico registrado no prontuário para condições sensíveis à atenção primária e

encontraram uma sensibilidade para ICSAP oscilando entre 70,11% e 81,9% e especificidade de 88,37% a 95,2%, sugerindo um déficit de captação de 18% a 30% das internações por ICSAP (CAVALCANTE, 2014; REHEM et al., 2013).

4.7.A situação mundial e brasileira, em relação às internações por condições sensíveis à atenção primária

4.7.1. Situação Mundial

No Reino Unido, Harrison et al. (2014), estudou as internações sensíveis à atenção primária, entre os anos de 1998 e 2011 e, observou que, 16% das internações de emergência seriam ICSAP, com aumento anual de 5,0% para ICSAPs, as quais os médicos não recebiam incentivo para evitar internação e 1,7% para as ICSAPs que eram incentivadas (HARRISON et al., 2014).

Em outro estudo, Bardsley et al. (2013), analisou as admissões de emergência no Serviço Nacional de Saúde (NHS) inglês, entre 2001 e 2011 e, observaram um aumento de 40% das ICSAPs e de 34% nas internações em geral. Constatou ser mais comuns entre grupos mais velhos e crianças. Entre as causas principais, no período de 2010 e 2011, observaram as infecções do trato urinário (145.132 casos), doença pulmonar obstrutiva - DPOC (117.248 casos), (pneumonias (90.252 casos), infecções de ouvido e garganta (88.739 casos), convulsões e epilepsia (77.165), gastroenterites (73.066 casos). As infecções do trato urinário e gastroenterites aumentaram 102% e 43%, respectivamente, e apresentaram os maiores aumentos quando comparadas no início e no final do período estudado (BARDSLEY et al., 2013).

Na Itália, o estudo de Agabiti et al. (2009), que avaliou a relação entre renda e a taxa de ICSAPs, entre adultos nas cidades de Turim, Roma, Milão e Bolonha, observou uma taxa de 26,1 por 10.000 habitantes, com predomínio em homens (61%), com importante relação estatística, entre condições socioeconômicas e as taxas de internação mais importantes na doença pulmonar obstrutiva crônica e insuficiência cardíaca congestiva (AGABITI et al., 2009).

No mesmo país, Rizza et al. (2007), estudou ICSAP, em um hospital da província de Catanzaro e, encontrou uma proporção de internações, por condições sensíveis pela

atenção primária, de 31,5%, com predomínio de insuficiência cardíaca congestiva (40%), 23,2% de DPOC, 13,5% angina, 8,4% de hipertensão arterial e 7,1% de pneumonia bacteriana, além de uma alta associação entre ICSAPs e idosos (RIZZA et al., 2007).

Na Suíça, Eggli et al. (2014), em um estudo com usuários de 04 planos de saúde, entre 2005 e 2006, que representam 27% da população do país, encontrou-se uma taxa de ICSAP de 1,4 a 9,6 por mil segurados, por ano estudado. Observou aumento acentuado com o progredir da idade, um risco maior entre homens. Constatou também uma relação entre o estado de saúde do segurado e o risco de internar, bem como a influência da prática médica individual no número de internações, principalmente em DPOC e pneumonia. Outro ponto importante do estudo foi contradizer a relação entre acesso aos cuidados primários de saúde e a redução na ICSAP (EGGLI et al., 2014).

Burgdorf, Sundmacher, (2014), durante estudo sobre as Internações Hospitalares potencialmente evitáveis na Alemanha no ano de 2008 encontraram taxas de ICSAPs semelhantes entre homens e mulheres em relação à insuficiência cardíaca congestiva - ICC (255,0 e 220,1 por 100.000 habitantes em mulheres e homens, respectivamente) e diabetes (97,1 e 117,7 por 100.000 habitantes em mulheres e homens, respectivamente), já para a angina a taxa é maior em homens (213,2 por 100.000) do que em mulheres (124,9 por 100.000) e na hipertensão arterial, essa relação inverte-se, com 205,6 por 100.000 em mulheres frente a 102,7 por 100.000 em homens.

O estudo ainda avaliou a relação entre desemprego, densidade de médicos clínicos gerais, densidade de especialistas, situação rural e número de leitos hospitalares e esperança de vida com ICSAP; e, encontrou relação positiva no desemprego, no número de leitos hospitalares e na condição rural da região e, ainda, uma relação negativa quanto à densidade de especialistas, quando estudadas as taxas de ICSAP em mulheres e homens coeficiente negativo na esperança de vida e densidade de especialista. Já quanto à densidade de clínicos gerais, percebeu-se uma relação negativa em ambos os sexos, com redução na taxa de ICSAP em 0,1% a 0,5% se a densidade é aumentada, em um médico de clínica geral por 100.000 habitantes (BURGDORF; SUNDMACHER, 2014).

Também na Alemanha, Freund et al. (2013), desenvolveu seu estudo na causalidade das internações sensíveis, a partir dos registros obtidos de 333 beneficiários com alto risco de hospitalização do Fundo Regional de Saúde Geral (AOK), de duas regiões do norte de Baden-Württemberg, e, identificaram que 29% das internações sensíveis à atenção primária, estudadas, eram devidas à organização do sistema de saúde, 31% estavam relacionadas ao profissional médico, 97% relacionavam-se às práticas médicas (sangramento intestinal devido a anticoagulantes, como exemplo), 80 % as condições sociais e 19% relacionadas ao paciente (continua fumando apesar de constantes aconselhamentos), concluindo que uma complexidade de causas interfere nesse tipo de internação e deve ser considerada na interpretação dos resultados (FREUND et al., 2013).

No Canadá, em um estudo relacionando consultas médicas, internações e nível socioeconômico de residentes urbanos de Manitoba, no período de 1998 a 2000, a ICC apresentava a maior taxa de ICSAP, com 27,26 por 10.000 habitantes, seguida da pneumonia bacteriana, 25,81, angina, 12,77, asma 10,77 e doença inflamatória pélvica com 7,74. Encontrou-se uma maior taxa de hospitalização, entre as doze condições estudadas em moradores de bairros de baixa renda, em comparação aos moradores de renda intermediária e alta. Porém, quando comparadas ao número de consultas médicas e ICSAPs os valores oscilaram muito, dependendo da causa estudada (ROOS et al., 2005).

Também, em Manitoba, Canadá, Lavoie et al., (2011), estudando internações por condições sensíveis à atenção primária, no período de 1984/1985 e 2004/2005, observou que, após a introdução do *First Nations and Inuit Home and Community Care Program (FNIHCCP)*, houve um declínio importante nas taxas de ICSAPs (LAVOIE et al., 2011).

Na Espanha, em três estudos realizados, entre 1997 e 1999, encontrou-se resultados semelhantes quanto à proporção de ICSAPs, oscilando entre 8,4 a 9,8% do total de internações realizadas. Dentre as causas mais comuns, destacou-se a pneumonia, DPOC, a angina pectoris, a insuficiência cardíaca congestiva, as infecções da garganta, nariz e ouvidos, as gastroenterites e as infecções do trato urinário. Foi observada, ainda, maior taxa de hospitalização, nos extremos de faixa etárias, nos mais jovens e nos mais idosos. Um dos estudos avaliou a relação entre a taxa de internação e as características do sistema de saúde, características

socioeconômicas, nível de saúde da população e acessibilidade (distância do hospital) e encontrou associação positiva entre menores distâncias, entre hospital com uma maior taxa de internação por ICSAP, não observando associação estatisticamente significativa com outras variáveis e as ICSAP (BERMÚDEZ-TAMAYO et al., 2004; CAMINAL, JOSEFINA et al., 2001; HOMAR et al., 2003; MÁRQUEZ-CALDERÓN et al., 2003).

Nos Estados Unidos, Weissman, Gatsonis, Epstein, (1992), compararam dois estados americanos, e observaram 7,4 e 7,8% de ICSAPs entre o total das internações. As causas mais comuns foram: diabetes; insuficiência cardíaca congestiva; gangrenas; celulites; asma e hipertensão. Encontraram, também, que o risco de internar por uma condição sensível à atenção primária foi maior, nos não segurados, nas faixas etárias maiores de 18 anos, em ambos os estados americanos (WEISSMAN; GATSONIS; EPSTEIN, 1992). Bindman et al. (2005), estudaram o impacto de um programa de seguro (*Medicaid Managed Care*) e encontraram taxas menores de hospitalizações por ICSAP, em grupos de pacientes onde a assistência ambulatorial era gerenciada (5,25 por 10.000) em comparação com o grupo que não a possuía (9,36 por 10.000) (BINDMAN et al., 2005). Lui e Wallace, (2011), apontaram a necessidade de incorporar a prevalência das doenças no estudo de ICSAPs, uma vez que existem doenças com alta prevalência. Porém, com baixo número de internações, em contrapartida de outras que têm baixa prevalência com alto número de internações (LUI; WALLACE, 2011).

Ainda nos Estados Unidos, Nicholas, (2013), estudando ICSAPs nos estados de Arizona, Florida, New York e New Jersey, observou taxas de internação menores entre os inscritos do *Medicare Managed Care* (atenção à saúde gerenciada) em comparação ao *Fee-for-Service Medicare - FFS* (pagamento por serviço): 7,7 por 1.000 e 5,93 por 1.000, respectivamente, para condições agudas e para condições crônicas 9,6 e 6,61 por 1.000 inscritos. Encontrou, ainda, uma redução das taxas de ICSAPs de 12,5 por 1.000 inscritos nos inscritos no Medicare Managed Care - MMC (NICHOLAS, 2011). Em contrapartida, um estudo de Park e Lee, (2014), com adultos da Flórida, encontrou resultados diferentes do autor anterior, sugerindo que inscritos no programa MMC são mais propensos a serem hospitalizados por ICSAPs do que os que utilizam o FFS (PARK; LEE, 2014).

White, Ellis Jr e Simpson, (2014), perceberam ao estudar ICSAPs em uma população, sem teto, da Califórnia, que a maioria era do sexo masculino, branco não-hispânico, porém, o risco de internar por ICSAPs era maior em negros (risco maior em 37%), admitidos pelo setor de emergência (risco maior em 12 vezes de ser uma ICSAP), respondiam por 9% das internações totais. Das causas mais frequentes estão a diabetes com 18,3%, insuficiência cardíaca congestiva com 13,97%, DPOC com 11,97% e pneumonia com 14,3% (WHITE; ELLIS JR; SIMPSON, 2014).

4.7.2.Situação Brasileira

4.7.2.1.Brasil

No Brasil, em 2006, onde as internações por ICSAPs eram responsáveis por 28,5% das internações, com taxa de 149,6 por 10.000 habitantes e, dentre as principais causas, estavam as gastroenterites (23,2%), insuficiência cardíaca (11,2%), asma (9,7%), doenças das vias aéreas (7,4%) e pneumonias (7,4%). Entre 2000 e 2006, as ICSAPs reduziram 15,8%, enquanto que as internações, por outras causas, reduziram 10,1% (ALFRADIQUE et al., 2009).

Dourado et al. (2011), observaram queda na taxa de ICSAPs de 183,9 para 143,3 por 10.000 habitantes entre, 1999 e 2007. Resultado semelhante foi observado em todas as 05 regiões brasileiras. Quanto aos estados brasileiros, nove reduziram suas taxas de internação em 30% ou mais e 06 tiveram queda entre 20 e 30%. As taxas eram maiores nas faixas etárias extremas, idosos e crianças. As causas mais comuns eram gastroenterites (crianças, adultos e idosos), pneumonia (criança), infecção do trato urinário, angina e hipertensão (adultos), insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral (idosos). Os autores ainda encontram uma associação negativa entre taxas de ICSAPs e cobertura da ESF; quanto maior a cobertura de ESF menor era a taxa de ICSAPs (DOURADO et al., 2011).

Outro estudo semelhante, comparando a grande expansão da atenção básica no Brasil e ICSAPs, demonstrou que, no período de 1999 a 2007, as condições crônicas sensíveis à atenção primária reduziram. Quando comparados os municípios com alta cobertura de ESF aos de baixa cobertura, percebeu-se que as taxas de

internação eram menores em 13%, naqueles com maior cobertura da ESF (MACINKO et al., 2010). Em um estudo similar, observou-se que taxas maiores de ICSAPs estavam relacionadas com baixa cobertura de ESF (< 25%) e oferta de leitos hospitalares, em hospitais privados ou filantrópicos; e taxas mais baixas eram observadas em áreas com alta cobertura de ESF (> 75%) e pouca oferta de leitos hospitalares (MACINKO et al., 2011).

Boing et al. (2012), estudaram a redução das ICSAPs no Brasil, no período de 1998 a 2009, e observaram uma redução média, anual, de 3,7%. A taxa média de internação foi de 157,6 por 10.000 habitantes, para o sexo masculino e 165,1 por 10.000 habitantes, no sexo feminino. As causas mais comuns de internação, por condições sensíveis à atenção primária, foram: gastroenterites; insuficiência cardíaca e asma. Houve redução importante nas taxas de ICSAPs nos estados de Sergipe, Rondônia, Mato Grosso, Santa Catarina e Pernambuco; enquanto que, em Goiás, Distrito Federal, Acre, Amazonas, Roraima e Amapá houve estabilização das taxas (BOING et al., 2012).

4.7.2.2.Região Sul do Brasil

Souza e Costa, (2011), estudando ICSAPs, no período de 1995 a 2007, nas coordenadorias de saúde do Rio Grande do Sul – RS, entre a população de 20 a 59 anos, concluíram que as taxas de internações por essas condições, estão declinando, com exceção de Porto Alegre (Capital do Estado) e Osório. No mesmo Estado, Santos et al. (2013), discutindo o limite da utilização do indicador, observaram que no período de 2000 a 2011 houve uma redução média para o Estado de 38,71% nas ICSAPs, sendo que, em alguns municípios a redução foi de até 87,1%. Entretanto, quando relacionaram a redução das taxas com a cobertura da Estratégia Saúde da Família, observaram que a cobertura não acompanhou a redução das taxas. Ainda no Rio Grande do Sul, Nedel, et al. (2008), estudando um município - Bagé, no período de setembro/2006 a janeiro/2007 encontrou uma proporção de 42,6% de ICSAPs, sendo mais prevalente entre mulheres, na faixa etária menor de cinco anos, com escolaridade menor de cinco anos e com uma hospitalização no ano anterior ao período estudado.

Na mesma região, porém em Curitiba, capital do estado do Paraná, Rehem et al, (2013), estudando o período de 2005 a 2007 observaram uma proporção de ICSAP de 11,47% a 11,54%. Entre as causas mais prevalentes, estavam: angina; insuficiência cardíaca; gastroenterites; infecções do trato urinário e doenças cerebrovasculares (REHEM et al., 2013b).

4.7.2.3.Região Sudeste do Brasil

No Estado de Minas Gerais, Fernandes et al, (2009), encontram, no município de Montes Claros, no período de 2007 e 2008, 38,8% de ICSAPs, do total de internações realizadas no período, com um risco maior de internar por ICSAP, devido a baixa escolaridade, internação prévia, visitas regulares às unidades de saúde e controle de saúde, não realizado por equipe de saúde da família, além da idade igual ou superior a 60 anos.

Cardoso et al. (2013), em estudo semelhante, no município de Divinópolis, durante o período de julho a outubro de 2011, encontraram proporção de 36,6% de ICSAPs. Dentre as causas mais comuns, estão as doenças: do aparelho circulatório 38%; do aparelho respiratório (23%) e do aparelho geniturinário (8,5%). Já, Mendonça et al. (2012), estudando o município de Belo Horizonte - Capital do Estado, no período de 2003 a 2006, encontraram uma proporção de 26,4% de ICSAPs, concentradas nos extremos de idade e, dentre as principais causas estavam: a pneumonia (15,4%); a asma (13,7%); a insuficiência cardíaca (11,7%); as doenças cerebrovasculares (9,5%) e a gastroenterite (9,2%). Outros resultados do estudo apresentaram uma relação entre a continuidade do médico na equipe com a redução de 11 internações para cada 100.000.

No maior estado brasileiro, São Paulo, uma pesquisa de Ferreira et al. (2014), com objetivo de estudar a região de saúde de São José do Rio Preto, no período de 2008-2010, foi encontrado um discreto crescimento na taxa de ICSAPs de 13,0 por 1000, em 2008, para 13,9 por 1000, em 2010, com predomínio em mulheres. As causas mais comuns foram: ICC (14,8%); angina (14,1%); infecções do aparelho urinário (13,1%); gastroenterites infecciosas (12,2) e as doenças cerebrovasculares (9,7%). O custo das ICSAPs, nesse período, foi de R\$ 30.370.691,09, correspondendo a 17% do total gasto com internações (FERREIRA et al., 2014). Em

dois estudos de municípios paulistas, a proporção de ICSAP oscila entre 16,61% a 20%, sendo as principais causas: insuficiência cardíaca; doenças cerebrovasculares; infecção do trato urinário; angina e hipertensão (MELO; EGRY, 2014; TORRES; CIOSAK, 2014).

Quanto a um estudo em todo o Estado de São Paulo, no período de 2000 a 2007, Rehem e Egrý, (2011), observou uma redução nas taxas de ICSAPs de 10,10%: as taxas reduziram 12,0 por 1000 habitantes, em 2000 para 10,8% por 1000 habitantes, em 2007. Houve, ainda, um comportamento não homogêneo, entre as diferentes causas de internação por ICSAP e as 17 regiões do Estado, apresentando um aumento de internações por infecção do trato urinário, em 15 regiões e de pneumonia em 11 regiões, em contrapartida às internações por diabetes que reduziu em todas as regiões (REHEM; EGRY, 2011).

Ainda na região Sudeste do país, Pazó et al. (2014), estudando ICSAP e sua relação com a organização dos serviços de saúde no Estado do Espírito Santo em 2010, encontrou uma proporção de 22,41% de ICSAPs do total de internações estudadas e encontrou relação positiva entre urbanização, analfabetismo e disponibilização de leito SUS com o risco de ICSAPs na população estudada (PAZO et al., 2014).

4.7.2.4.Região Centro-Oeste do Brasil

No Estado de Goiás, um estudo de Batista et al. (2012), ao analisar as taxas de hospitalização, por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária, nos municípios goianos, nos anos de 2000 a 2008, observou redução nas taxas de hospitalização, no período estudado, porém, não encontraram associação entre as taxas de ICSAP e a cobertura da Estratégia Saúde da Família (BATISTA et al., 2012).

A taxa de internação por condições sensíveis à atenção primária, em Goiânia, oscilou, negativamente, de 190 por 10.000 habitantes, em 1999, para 155 por 10.000 habitantes, em 2007 (TURCI et al., 2012).

4.8.A Saúde Pública em Goiânia

Goiânia foi à penúltima capital brasileira a ter uma Secretaria Municipal de Saúde (SMS), criada pela Lei Municipal nº 6.591 de 26 de abril de 1988 e, a ela, foram incorporados 32 (trinta e dois) "postos de saúde" municipais, tendo como fonte de financiamento o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e Instituto de Previdência Social de Goiás (IPASGO) (FAVARO, 2009) A criação da Secretaria Municipal de Saúde foi um marco na história da saúde pública em Goiânia.

Em 1991, na gestão do médico sanitarista Cairo Alberto de Freitas, iniciou-se o processo de municipalização, a partir das áreas de epidemiologia e vigilância sanitária. Em 1992, a Secretaria Estadual de Saúde (SES) repassa, ao município, a primeira Unidade de Saúde a ser municipalizada - Centro de Assistência Integrada à Saúde (CAIS) do Jardim Curitiba (FAVARO, 2009). O processo de municipalização teve seu ápice em 1998, com a celebração do Termo de Municipalização entre o Município de Goiânia e o Governo do Estado de Goiás, cujo objetivo foi repassar todas as Unidades Básicas Estaduais à gestão Municipal.

A rede de atenção à saúde do município é constituída por 2.979 Unidades de Saúde de diversos tipos de Estabelecimentos. São 202 serviços públicos, 2.754 empresas privados e 23 filantrópicas (BRASIL, 2015b). Conforme o Sistema de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) existem 163 Unidades de Saúde Públicas Municipais, de caráter assistencial, sob a gerência e gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia (BRASIL, 2015b).

Quanto ao número de leitos hospitalares existentes em Goiânia, há 7.244, sendo 3.660 leitos vinculados ao Sistema Único de Saúde Municipal (BRASIL, 2015b). Existe uma relação de 2,59 leitos para cada 1.000 habitantes; valor dentro do recomendado pela Portaria 1.101/GM/MS de 12 de junho de 2002 (BRASIL, 2002).

A Atenção Básica em Goiânia é prestada tanto nas Unidades Básicas de Saúde, como nos Centros de Saúde, além dos Centros Integrados de Assistência Médico Sanitária (CIAMS) e dos Centros de Atenção Integral à Saúde (CAIS), esses dois últimos enquadrados em Policlínicas. Nas Unidades Básicas de Saúde e, em alguns Centros de Saúde, o modelo utilizado é o da ESF. Em alguns CAIS de Goiânia, coexistem os dois modelos assistenciais, a Estratégia Saúde da Família e o modelo

tradicional de atenção básica, enquanto em outros só existe o modelo tradicional. Nos CIAMS, o modelo utilizado é o tradicional de atenção básica².

Quadro 1. Tipos de Estabelecimentos de Saúde existentes em Goiânia - julho 2014

Tipo de Unidade de Saúde	Quantidade
Centro de Saúde/Unidade Básica	88
Policlínica	14
Hospital Geral	1
Hospital Especializado	2
Clínica/Centro de Especialidade	8
Unidade Móvel Terrestre	11
Unidade Móvel de nível Pré-Hospitalar na área de Urgência	29
Centro de Atenção Psicossocial	9
Pronto Atendimento	1
Total de Unidades	163

Fonte: SCNES – Brasil. MS. SAS. CNES (2015)

4.8.1. Os Distritos Sanitários de Goiânia e a Atenção Primária de Saúde

Distrito Sanitário (DS) é uma área geográfica definida a partir de critérios epidemiológicos e sociais semelhantes, cujos serviços de saúde estão inseridos para atender às necessidades de uma população adscrita (ALMEIDA; CASTRO; LISBOA, 1998). A criação dos 07 Distritos Sanitários de Goiânia foi mediante lei municipal aprovada em 2008 que dividiu a cidade em 07 regiões administrativas (GOIÂNIA, 2008).

A ESF foi implantada em Goiânia, em setembro de 1998, no Bairro da Vitória - Região Noroeste de Goiânia, com 07 equipes. O processo de implantação e de ampliação foi semelhante ao modelo adotado pelo Brasil, priorização do Mapa da Fome do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) aplicada às regiões sanitárias de Goiânia.

No ano de 1999, o programa expandiu-se para os Distritos Leste, Norte e Oeste e, em 2000/2001, para os Distritos Sul e Sudoeste. No final de 2000, a ESF contava com 65 equipes atuantes, dessas, 49 encontravam-se completas; com os profissionais médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes

²- Informações obtidas junto a Assessoria de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia

comunitários de saúde e, ainda, com cobertura populacional de 21,68% (GOIÂNIA, 2000).

A partir de 2000, os critérios para implantação de equipes de saúde da família foram definidos através de indicadores extraídos do Perfil de Morbimortalidade do Município de Goiânia. Esse documento, elaborado pela Assessoria de Planejamento da Secretaria de Saúde de Goiânia, fundamentava-se: no percentual de população, sem instrução, na atenção pré-natal com mais de 4 (quatro) consultas; no percentual de nascidos vivos com baixo peso; no percentual de mães adolescentes; na taxa de mortalidade infantil; nos óbitos por diarreia em maiores de 05 anos e no número de mortes maternas. Sendo definido que a Região Noroeste era a região prioritária, seguida da região Oeste, Leste, Sudoeste, Sul, Norte e Campinas Centro (GOIÂNIA, 2003).

Em 2010, verifica-se que o Distrito Noroeste possui 90,91%, com a maior cobertura, seguido do Distrito Oeste com 70,36%, na sequência, têm-se os Distritos Norte, Leste e Sudoeste, com 49,05%, 43,52% e 34,02%, respectivamente, e, quanto aos Distritos Campinas Centro e Sul, possuem as menores coberturas de saúde da família, com 8,14% e 0,00%, respectivamente³.

A distribuição das Unidades de Saúde Municipais pelos Distritos Sanitários segue o mesmo padrão de heterogeneidade observada na cobertura da ESF. Existem distritos sanitários com 10 Unidades Assistenciais de Saúde e outros com 24 Unidades. A distribuição, também, é heterogênea, conforme o tipo de Unidade de Saúde.

Quanto ao perfil sócio-demográfico das regiões também é variado. A população oscila de 146.782, no menor distrito, a 222.732, no mais populoso (IBGE, 2011). O perfil etário da população difere entre as regiões; enquanto Goiânia apresenta um perfil de 9,58% de sua população com 60 ou mais, o DS Sul e DS Campinas Centro apresentam percentuais, 40% maior do que a cidade; 13,20% e 13,09%, respectivamente. Já os DS Noroeste e DS Oeste têm percentuais com população de 60 anos ou mais, de 6,41% e 6,80%, respectivamente, representando, aproximadamente, 67% do valor encontrado para a população total de Goiânia (IBGE, 2011).

³ Informações obtidas junto a Assessoria de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia em 2014.

A taxa de analfabetismo, população acima de 15 anos que não sabe ler ou escrever, é maior no Distrito Noroeste e Oeste, com 6,18% e 5,31%, respectivamente. Em oposição os Distritos Sul e Campinas Centro que possuem 1,38% e 2,12%, respectivamente, as menores taxas de Goiânia (IBGE, 2011).

Quadro 2. Estabelecimentos de Saúde existentes em Goiânia, distribuídos por Distrito Sanitário - julho 2014.

Tipo de Unidade de Saúde	DS Noroeste	DS Sudoeste	DS Norte	DS Sul	DS Campinas-Centro	DS Leste	DS Oeste	Total
Centro de Saúde/Unidade Básica	19	16	13	2	12	11	15	88
Policlínica	2		2	2	3	4	1	14
Hospital Geral				1				1
Hospital Especializado	1			1				2
Clínica/Centro de Especialidade	1	1		1	4	1		8
Unidade Móvel Terrestre								11
Unidade Móvel de nível Pré-Hospitalar a área de Urgência								29
Centro de Atenção Psicossocial	1	1		3	2	1	1	9
Pronto Atendimento		1						1
Total de Unidades	24	19	15	10	21	17	17	163

Fonte: SCNES - competência julho 2014. Tabulação produzida pelo autor.

Em relação à renda, o Distrito Sul tem, em média, um valor mensal, por responsável/responsáveis por domicílio de R\$ 3.240,42; enquanto o Distrito Noroeste tem menor renda entre os sete distritos, com média mensal de R\$ 791,55 (IBGE, 2011).

Quadro 3. População Total e por faixa etária dos Distritos Sanitários de Goiânia - 2010

DISTRITO SANITÁRIO	POPULAÇÃO TOTAL	0 - 19 ANOS	20 A 59 ANOS	60 ANOS OU MAIS
CAMPINAS	221.229	24,58%	62,33%	13,09%
CENTRO				
LESTE	172.327	30,45%	60,72%	8,83%
NOROESTE	165.000	34,74%	58,84%	6,41%
NORTE	146.782	30,72%	61,09%	8,19%
OESTE	153.490	33,76%	33,76%	6,80%
SUDOESTE	220.441	31,16%	60,63%	8,20%
SUL	222.732	23,60%	63,20%	13,20%

Fonte: Produzido pelo autor a partir do Censo IBGE 2010.

Quadro 4. Alguns Indicadores dos Distritos Sanitários de Goiânia - 2010

DISTRITO SANITÁRIO	TAXA DE ANALFABETISMO	RENDIMENTO MENSAL - RESPONSÁVEL	ÁGUA ENCANADA	ESGOTAMENTO SANITÁRIO
CAMPINAS	2,12%		96,31%	97,28%
CENTRO		1.747,29		
LESTE	3,88%	1.496,69	94,00%	80,66%
NOROESTE	6,19%	791,55	96,48%	2,88%
NORTE	3,01%	1.594,42	90,54%	76,61%
OESTE	5,31%	916,07	90,44%	44,15%
SUDOESTE	3,14%	1.514,22	81,62%	53,25%
SUL	1,38%	3.240,42	96,44%	98,13%

Fonte: Produzido pelo autor a partir do Censo IBGE 2010.

Assim, considerando a heterogeneidade socioeconômica dos Distritos Sanitários, os diferentes processos de implantação da atenção primária no município de Goiânia e suas formas de organização, bem como o número reduzido de estudos que avaliam as diferenças intraurbanas do acesso e efetividade da APS, o presente estudo se propõe avaliar o perfil, a evolução e a magnitude dos riscos das internações hospitalares associadas às Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) de residentes de Goiânia no período de 2008 a 2013.

5.METODOLOGIA

5.1.Delineamento de Estudo

Trata-se de estudo ecológico delineado para avaliar a magnitude, perfil, evolução e padrão de ocorrência espacial das ICSAP nas áreas intraurbanas do município de Goiânia, Goiás, no período de 2008 a 2013.

5.2.Local e População do Estudo

O estudo foi realizado no município de Goiânia, capital do estado de Goiás, localizada na região centro-oeste do país, com área territorial correspondente a 739,5 km² e população residente de 1.302.00. (Censo 2010 - IBGE)

A população de estudo foi a de residentes no município de Goiânia, usuários do SUS, que foram hospitalizados em hospitais públicos, filantrópicos ou contratados, localizados no município, e que geraram uma autorização de internação hospitalar no período de 2008 a 2013.

O critério de inclusão no estudo foi as internações de residentes em Goiânia informadas no SIH municipal no período estudado.

Como critério de exclusão definiu-se que as internações cujos procedimentos estivessem relacionados ao parto não fariam parte do total de internações estudadas. Assim ao final do processo foi excluída da base de dados os procedimentos relacionados ao parto com os seguintes códigos da Tabela Unificada do Sistema Único de Saúde: assistência ao parto sem distócia (0310010012); parto normal (0310010039); parto normal em gestação de alto risco (0310010047); parto normal em centro de parto normal (0310010055); parto cesariano em gestação de alto risco (0411010026); parto cesariano (0411010034); parto cesariano c/ laqueadura tubária (0411010042), perfazendo um total de 58.525 internações. Foi excluído também da base de dados 01 internação cuja data de internação era em 2006 e 2.819 internações referente ao ano de 2007, assim no período em estudo foi trabalhado com 441.330 internações.

5.3. Definição de ICSAP

As ICSAP foram aquelas cujo diagnóstico principal codificado segundo a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10, da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) registrada no Sistema de Informação Hospitalar – SIH estiver contido nos 19 grupos de diagnósticos do Anexo da Portaria 221 de 17 de abril de 2008, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.

5.4. Fonte de Dados e Processamento

Os dados foram obtidos junto ao Departamento de Regulação, Avaliação e Controle - DRAC, da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, por meio dos bancos, não identificados, de dados oficiais do Ministério da Saúde - Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado (SIHD).

Esses bancos de dados foram unificados, ano a ano, utilizando-se o software *Microsoft Access 2007*® (WINDOWS, 2007).

As informações sobre a população total, por sexo e idade, foram obtidas junto ao site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponibilizada pelo Censo 2010. Para se obter a população por Distrito Sanitário de Goiânia foi utilizado tabela elaborada pela Secretaria Municipal de Ciência, Tecnologia e Inovação (SECTEC) da Prefeitura de Goiânia que compatibiliza os setores censitários de Goiânia segundo Censo 2010 e as regiões sanitárias da cidade.

A população de usuários de plano de saúde foi obtida junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, cedida através de tabela de bairros com o número total de usuários. Foi calculado o número de usuários com cobertura hospitalar a partir das informações disponibilizadas na homepage da ANS para Goiânia em relação ao total de usuários de planos de saúde com cobertura hospitalar (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015).

5.5. Processo de Georreferenciamento

Todas as internações hospitalares, ocorridas em estabelecimentos de Goiânia, de usuários residentes no município, foram georreferenciadas na unidade geográfica -

bairro de residência, a partir do campo bairro e, na sua ausência, no Código de Endereçamento Postal (CEP) da residência do usuário.

Secretaria Municipal de Ciência, Tecnologia e Inovação (SECTEC) da Prefeitura de Goiânia elaborou o Mapa Urbano Básico Digital de Goiânia (MUBDG), onde cada bairro tem um número identificador único (pk). Para vinculação do bairro de residência do usuário informado na AIH ao MUBDG utilizou esse código numérico. Após a vinculação ao bairro do mapa, utilizou-se de uma nova tabela disponibilizada pela SECTEC para vincular o bairro ao Distrito de referência.

No total de 502.908 internações, em apenas 235 (0,05%) internações não foi possível o georreferenciamento.

5.6. Análise dos dados

Foram utilizados dois indicadores: Proporção de ICSAP e Taxas de internação hospitalar por ICSAP.

No cálculo da proporção foi utilizado como numerador o número de ICSAP e no denominador o total de internações no mesmo período.

No cálculo da taxa de internação o numerador foi o número de internações por ICSAP e o denominador a população não coberta por plano de saúde. As taxas de ICSAP foram padronizadas pelo método direto utilizando-se como população padrão a população residente em Goiânia no ano de 2010.

Para análise dos dados foi utilizado o software estatístico SPSS® 20 (IBM CORP, 2011) onde foram calculadas as frequências e proporções das ICSAPs. No módulo EpiTable® do software Epiinfo 6.04 (CDC, 2001) foram calculados os intervalos de confiança das taxas de ICSAP bem como realizado o teste de Qui-Quadrado para tendência linear para proporção de ICSAP. Foi calculada também a variação percentual entre 2008 e 2013, por meio da fórmula $(\text{Proporção em 2013} - \text{Proporção no ano 2008}) \times 100 / \text{Proporção em 2008}$.

Foram calculadas as proporções e as taxas por grupo de causas pelas seguintes faixas etárias, 0 a 9 anos, 10 a 39 anos, 40 a 59 anos e 60 anos ou mais, por ano de estudo e grupo de causas e comparadas ao longo da série estudada.

As taxas padronizadas por Distrito Sanitário e grupo de causas foi representada em mapas coropléticos utilizando-se o software ArcGis Desktop Advanced 10.2.2 (ESRI, 2014).

5.7. Aspectos éticos

O presente estudo utilizou dados secundários, sem identificação individual nominal. Esta em conformidade com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

6.RESULTADOS

Os resultados da dissertação Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Goiânia e seus Distritos no período de 2008 a 2013 estão apresentados na forma de dois Artigos que serão submetidos a periódicos científicos:

O primeiro intitulado “Evolução da proporção de internação hospitalar por condições sensíveis à atenção primária em área urbana da Região Centro-Oeste do Brasil” analisa a distribuição das ICSAP em Goiânia e nos Distritos Sanitários, bem como a tendência por grupo de causas e por faixa etária no período de 2008 a 2013. Será submetido a Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde.

O segundo artigo, intitulado “Desigualdades intraurbanas das taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária na Região Centro-Oeste do Brasil” analisa os diferenciais intraurbano dos riscos de internação por condições sensíveis à atenção primária e apresenta o padrão de ocorrência espacial dessas taxas por grupos de causas e faixa etária. Será submetido à Revista Ciência & Saúde Coletiva.

6.1. Artigo 1 – Artigo será submetido à Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde

EVOLUÇÃO DA PROPORÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM ÁREA URBANA DA REGIÃO CENTRO- OESTE DO BRASIL

Alessandro Leonardo Alvares Magalhães⁴

Otaliba Libânio de Moraes Neto⁵

Resumo:

Objetivo: analisar a evolução da proporção das internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) em Goiânia, período 2008 a 2013. **Metodologia:** Estudo descritivo da proporção e evolução da ICSAP. Utilizou-se dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS georreferenciadas nos 07 Distritos Sanitários de Goiânia. Calculou-se proporções de ICSAP por grupos de causas, faixas etárias, regiões sanitárias e a variação percentual entre 2008 e 2013. Para comparação das proporções utilizou-se teste Qui-Quadrado para tendência linear. **Resultados:** A proporção de ICSAP em Goiânia foi 24,89% e de 17,39%, para os anos de 2008 e 2013. A maior variação de redução foi observada no Distrito Noroeste (-43%) e a menor no Distrito Sul (-4%). Todos Distritos apresentaram redução estatisticamente significativa ($p < 0,05$). **Conclusão:** Goiânia apresentou redução na proporção de ICSAP, o Distrito Noroeste apresentou a maior redução e o Sul a menor. A hipertensão foi o grupo com maior queda no período.

Palavras chave: internação hospitalar, atenção primária à saúde, avaliação em saúde

Abstract

Objective: to analyze the evolution of the proportion of hospitalizations for primary care-sensitive conditions (ICSAP) in Goiânia, in the period between 2008 to 2013. **Methodology:** descriptive study of proportion and evolution of ICSAP. We used data from the hospital information system of SUS and georeferenced to 07 Sanitary Districts of Goiânia. ICSAP ratios were calculated by groups of causes, age groups, health regions and the

⁴ Mestrando da Universidade Federal de Goiás - UFG

⁵ Departamento de Saúde Coletiva, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Universidade Federal de Goiás

percentage variation in the time line between 2008 and 2013. For comparison of proportions we used Chi-square test for linear trend. **Results:** the proportion of ICSAP in Goiânia was 24.89% and 17.39%, for the years 2008 and 2013. The greatest reduction variation was observed in the Northwest District (-43%) and the lowest in the Southern District (-4%). All Districts showed statistically significant reduction ($p < 0,05$). **Conclusion:** Goiania presented a reduction in the proportion of ICSAP, the Northwest District presented the highest reduction and the South the lowest. Hypertension was the group with the largest reduction in the period. **Key words:** hospitalization, primary health care, health evaluation

INTRODUÇÃO

A Conferência de Alma Ata foi um marco importante para as reformas dos sistemas de saúde em todo o mundo. Realizada em 1978 no Cazaquistão sob o contexto das iniquidades ocorridas na área da saúde e do crescente custo da assistência à saúde ¹ propôs que os sistemas de saúde dos países fossem estruturados tendo a atenção primária como porta de entrada e ordenadora do cuidado ².

A Política Nacional de Atenção Básica do Brasil, nomenclatura brasileira para definir Atenção Primária à Saúde (APS) ^{3,4} está fundamentado nos princípios construído a partir da Conferência de Alma Ata³. Em sua última reformulação, a Portaria 2.488/GM/MS de 21 de outubro de 2011 definiu atenção básica como um conjunto de ações de saúde que abarcam a promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde com o intuito de alcançar a integralidade e longitudinalidade do cuidado individual ou coletivo ⁴.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi eleita como modelo prioritário para expansão e consolidação da Atenção Básica no Brasil ⁴. Implantada em 1993 pelo Ministério da Saúde ^{1,3,5,6}, em substituição ao modelo tradicional de atenção básica vigente nos municípios brasileiros. Possibilitou a ampliação do acesso aos serviços de saúde e impactou na melhoria de indicadores de saúde da população atendida, como: redução da taxa de internação por diarreia em crianças menores de 05 anos ⁷ e da taxa de mortalidade infantil⁸.

Atualmente a cobertura da ESF é de 62,37% da população brasileira ⁹ e o maior desafio é a qualificação da APS para responder ao perfil epidemiológico complexo da população

brasileira em que predominam as doenças crônicas não transmissíveis e os agravos decorrentes dos acidentes e violências, além da persistência de epidemias de doenças emergentes e reemergentes^{10,11}. Nesse contexto, avaliar a qualidade e efetividade da atenção primária no Brasil é uma prioridade, dado o seu caráter estratégico de consolidação e qualificação do Sistema Único de Saúde^{12,13}.

Assim um dos indicadores utilizados na literatura internacional para avaliar a efetividade da APS é o *ambulatory care sensitive conditions*, traduzido para a língua portuguesa como internações por condições sensíveis pela atenção primária (ICSAP)¹⁴⁻¹⁵. Indicador de atenção hospitalar que possibilita de forma sintética e indireta avaliar o acesso e a efetividade da APS. Seu conceito parte do pressuposto que alguns problemas de saúde para os quais uma atenção primária capaz de realizar a prevenção de doenças, o diagnóstico e o tratamento de condições agudas e o controle e o acompanhamento das condições crônicas evitaria uma internação desnecessária^{12,14,16-28}.

No Brasil, o Ministério da Saúde incorporou esse indicador a partir da Portaria 221/SAS/MS de 17 de abril de 2008 que oficializou a Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária²⁹.

O presente estudo tem como propósito analisar a evolução da proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária realizadas pelo Sistema Único de Saúde em área intraurbana da região Centro-Oeste do Brasil, no período de 2008 a 2013.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo descritivo da magnitude e evolução do indicador proporção de ICSAP ocorridas em usuários do Sistema Único de Saúde, residentes em Goiânia, no período de 2008 a 2013.

Goiânia é a capital do Estado de Goiás, localizado na Região Centro-Oeste do Brasil. Apresenta área territorial de 739,5 km² e população residente de 1.302.001 segundo o Censo Demográfico de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE³⁰.

Goiânia possui uma rede hospitalar que oferta atenção hospitalar para o Sistema Único de Saúde constituída de 44 hospitais e um total de 3.660 leitos hospitalares³¹.

O sistema de saúde do município é constituído por sete Distritos Sanitários que apresentam diferenças socioeconômicas e demográficas importantes. O Distrito Sul apresenta a maior população, 222.732 habitantes, seguido do Distrito Campinas Centro, 221.229 habitantes, Sudoeste, 220.441 habitantes, Distrito Leste 172.327 habitantes, Distrito Noroeste 165.000 habitantes, Distrito Oeste 153.490 habitantes e a menor população se encontra no Distrito Norte, 146.782 habitantes. Os Distritos Sul e Campinas Centro apresentam os maiores percentuais de população idosa, enquanto os Distritos Noroeste e Oeste apresentam os menores percentuais³⁰.

O Distrito Sul apresenta a maior renda média do chefe do domicílio (R\$ 3.240,42 mensais), seguido pelo Campinas Centro (R\$ 1.747,29), Norte, (R\$ 1.594,42), Sudoeste, (R\$ 1.514,22), Leste (R\$ 1.496,69), Oeste (R\$ 916,07) e o Noroeste com a menor renda (R\$ 791,55) ³⁰.

Os Distrito Noroeste e Oeste apresentam ainda os maiores percentuais de analfabetismo, 6,2% e 5,3%, respectivamente, enquanto o Sul e o Campinas Centro, apresentam os melhores índices, 1,4% e 2,1% ³⁰.

Quanto à cobertura a ESF em 2010, o Distrito Noroeste apresentava cobertura de 90,9%, Distrito Oeste 70,4%, Distrito Norte, Leste e Sudoeste, 49,0%, 43,5%, 34,0%, respectivamente e os Distritos Campinas Centro e Sul apresentam as menores coberturas, 8,1% e zero por cento, respectivamente³².

Os dados não identificados de internação foram obtidos junto ao Departamento de Regulação, Avaliação e Controle - DRAC, da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia por meio dos

bancos de dados oficiais do Ministério da Saúde - Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado (SIHD).

Para a identificação das ICSAP foi utilizado o diagnóstico principal, registrado na Autorização de Internação Hospitalar (AIH) – documento base do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), codificado segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). A partir do código CID-10 de cada internação foram identificados o número de internação para cada um dos 19 grupos de causas, que fazem parte da Lista Brasileira definida pela Portaria 221/SAS/MS de 17 de abril de 2008,²⁹.

Os bancos foram reorganizados por data e ano de internação hospitalar. Foram excluídas as internações fora do período de estudo, uma internação referente ao ano de 2006 e 2.819 internações referente ao ano de 2007. Para a unificação e processamento dos bancos de AIH foi utilizado o programa *Microsoft Office Access 2007*^{®32}.

Todas as internações hospitalares ocorridas em estabelecimentos localizados em Goiânia, cujos usuários eram residentes no município, foram georreferenciados na unidade geográfica bairro de residência a partir do campo bairro. Na ausência da informação do nome do bairro, utilizou-se o Código de Endereçamento Postal (CEP) da residência do usuário. A base cartográfica digital utilizada foi o Mapa Urbano Básico Digital de Goiânia (MUBDG), onde cada lote, quadra, bairro e distrito sanitário do município possui um identificador único³³. No período analisado ocorreu uma perda de 235 (0,05%) internações em que não foi possível o georreferenciamento da unidade bairro, de um total de 502.908 internações.

Foram excluídas da análise as internações com os seguintes procedimentos: assistência ao parto sem distócia (0310010012); parto normal (0310010039); parto normal em gestação de alto risco (0310010047); parto normal em centro de parto normal (0310010055); parto cesariano em gestação de alto risco (0411010026); parto cesariano (0411010034); parto cesariano c/ laqueadura tubária (0411010042), perfazendo um total de 58.525 internações.

Como estratégia de análise de dados foi realizada frequências e proporções por Distrito Sanitário, faixas etárias e grupos de causa de ICSAP. Para a análise da evolução das ICSAP entre 2008 a 2013 foram calculadas as proporções de ICSAP para cada distrito em cada um dos anos de estudo. Foi calculada também a variação percentual entre 2008 e 2013. Utilizou-se o software estatístico SPSS 20³⁴. Para comparar as proporções entre os anos, foi utilizado o teste do Qui-Quadrado para tendência linear.

RESULTADOS

No período de estudo houve 441.329 internações no SIH georreferenciadas nos Distritos Sanitários de Goiânia, conforme Tabela 1, sendo que 92.569 (20,98%) internações classificadas como Internações por Condição Sensível à Atenção Primária.

Em números absolutos o Distrito Sanitário Campinas Centro apresentou o maior número de internações por condições sensíveis pela atenção primária - 17.754, seguido pelo Sudoeste - 16.190, Noroeste - 14.872, Leste - 13.183, Sul - 12.225, Oeste - 10.205 e por fim o Distrito Sanitário Norte com 8.140 internações. Entretanto, considerando a proporção de ICSAP, a maior proporção foi observada no Distrito Sanitário Noroeste com 23,7% e a menor proporção está no Distrito Sanitário Sul com 16,8% (Tabela 1).

A análise da evolução temporal da proporção de ICSAP entre 2008 e 2013 em Goiânia mostrou uma variação percentual de redução de -30,15%. Foi observada variação percentual de redução em todos os distritos sanitários, porém com diferenciais de redução importantes: o Distrito Sanitário Noroeste (-43,0%) foi o que apresentou a maior variação percentual de redução; o Sul (-3,3%) foi o que apresentou a menor variação percentual de redução. Os Distritos Norte (-41,7%) e Oeste (-41,8%) também apresentaram redução importante (Tabela 2). Todos os distritos apresentaram teste de Qui-quadrado para tendência significativo ($p < 0,05$) (Tabela 2).

Quanto aos principais grupos de causa de ICSAP observou-se o maior percentual nas Gastroenterites Infeciosas e Complicações, respondendo por 16,0% do total de internações por condições sensíveis pela atenção primária. Em seguida as Infecções do Rim e do Trato Urinário (15,4%) e a Insuficiência Cardíaca (11,3%).

Observou-se, porém, uma mudança na proporção de ICSAP a partir de 2011 em relação as Gastroenterites Infeciosas e as Infecções do Rim e Trato Urinário, esta última passa a ser a principal causa de ICSAP em todos os Distritos Sanitários de Goiânia (Figura 1).

A análise da evolução da proporção de ICSAP entre 2008 e 2013 mostrou variação percentual de redução com significância estatística ($p < 0,05$) nos seguintes grupos: Hipertensão (-85,2%), Úlcera Gastrointestinal (-72,9%), Diabetes Mellitus (-64,1%), Deficiências Nutricionais (-59,3%), Gastroenterites Infeciosas e Complicações (-49,8%), Insuficiência Cardíaca (-37,9%), Asma (-35,0%), Pneumonias Bacterianas (-28,0%) e Doenças Pulmonares (-6,5). Cinco grupos de causas apresentaram tendência de aumento ($p < 0,05$): Doenças Relacionadas ao Pré-natal e ao Parto (136,9%), Infecções de Ouvido, Nariz e Garganta (47,6%), Infecção de Pele e Tecido Subcutâneo (31,4%), Doenças Preveníveis por Imunização e Condições Sensíveis (30,8%), Doenças Cerebrovasculares (6,7%). Os grupos Angina (-3,3%) e Anemia (-7,3%) apresentaram redução e os grupos Epilepsias (18,1%), Infecção no Rim e Trato Urinário (1,8%), Doenças Inflamatória de Órgãos Pélvicos Femininos (0,3%) apresentaram variação positiva, porém essas variações não foram estatisticamente significativas (Tabela 3). O comportamento por faixa etária evidenciou que as maiores proporções de ICSAP se encontravam nas faixas etárias extremas, 0 a 9 anos (32,7%) e de 60 anos ou mais (31,2%), a faixa etária de 10 a 39 anos teve as menores proporções (11,4%). Faixa etária de 40 a 59 anos apresentou proporção de 17,1%.

As proporções por faixa etária de 10 a 39 anos, 40 a 59 anos e 60 anos ou mais reduziram sua proporção de ICSAP ao longo dos 06 anos estudados, 30,4%, 44,0% e 32,4%,

respectivamente ($p < 0,05$), já a faixa etária de 0 a 9 anos apresentou pequena redução, 2,8% porém esse valor não foi estatisticamente significativo ($p = 0,64$).

Na faixa etária de 0 a 9 anos (26.590 internações), o grupo de ICSAP com as maiores proporções foram as Gastroenterites Infecciosas, Doenças Pulmonares, Pneumonias Bacterianas, Asma e Infecções do Trato Urinário. Entre as três principais causas de ICSAP nesta faixa etária destacamos a redução importante na proporção de ICSAP por gastroenterites infecciosas em 06 Distritos Sanitários de Goiânia, apenas o Distrito Sul apresentou pequena redução no período (-6,3%). Situação semelhante foi encontrada no grupo de pneumonias bacterianas, que apresentou redução média de 32% em 06 Distritos e no Sul apresentou elevação de 42,2%. As doenças pulmonares, terceiro grupo com maior número de ICSAP nesta faixa etária, apresentou aumento importante em todas as regiões de Goiânia, seu maior aumento foi na região leste com 313,6% (Tabela 4).

Na faixa etária de 10 a 39 anos (17.394 internações) as três principais causas foram as Infecções no Rim (7.238), as Gastroenterites Infecciosas (1.416) e as Infecções da Pele e Subcutâneo (1.203). Os Distritos Noroeste, Norte, Oeste e Sudoeste apresentaram redução na proporção de ICSAP pela infecção no rim, no Distrito Leste a variação foi praticamente nula (-0,9%) e os Distritos Sul e Campinas apresentaram elevação na proporção por esse grupo de causa, 35,7% e 11,5%, respectivamente (Tabela 4). No grupo das gastroenterites todas as regiões de Goiânia apresentaram variação negativa e nas infecções da pele e subcutâneo apenas duas regiões apresentaram variação negativa, Norte e Oeste. A Região Sul apresentou a maior variação percentual de aumento (162,5%) (Tabela4).

Ainda na faixa etária de 10 a 39 anos a variação percentual foi positiva para Doenças Relacionadas ao Pré-Natal e Parto nas regiões Noroeste (397,8%), Norte (212,9), Campinas Centro (106,0%), Oeste (51,1%) e Sul (145,0).

Na faixa etária de 40 a 59 anos (19.757 internações) a Angina (3.028), Insuficiência Cardíaca (3.002) e a Infecção no Rim (2650) são as principais causas em Goiânia. O comportamento nesta faixa etária não foi homogêneo nos Distritos Sanitários – no Noroeste as três principais causas coincidem com Goiânia, porém no Distrito Norte as três principais causas foram Angina, Infecção no Rim e Insuficiência Cardíaca, no Distrito Sudoeste e Campinas Centro foram a Insuficiência Cardíaca, Angina e Diabetes Mellitus, nos Distrito Leste e Oeste inverte-se as posições da insuficiência cardíaca e angina.

Na evolução da proporção dessas três principais causas, a Angina e a Insuficiência Cardíaca apresentaram variação negativa em todos os Distritos Sanitários, já as internações por Infecção no Rim no Distrito Sul apresentou variação positiva (43,0%). O Distrito Noroeste apresentou variação negativa próxima de zero (0,7%) e os outros Distritos tiveram variação negativa (Tabela 4).

Na faixa etária de 60 anos ou mais (28.828 internações) as 03 principais causas foram Insuficiência Cardíaca (6.763), Angina (3.679) e Doenças Cerebrovasculares (3.371). Enquanto todas as regiões de Goiânia apresentaram variação negativa para insuficiência cardíaca, para angina houve o inverso, todos as regiões apresentaram variação positiva ao longo dos 06 anos de estudo. As Doenças Cardiovasculares apresentaram variação negativa apenas nos Distritos Sudoeste (-13,1%) e Campinas Centro (-5,5%), todos os outros Distritos apresentaram variação positiva na proporção de internação (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Apresentou-se uma análise do perfil e evolução da proporção de ICSAP entre o total de internações dos usuários do SUS em Goiânia e as diferenças entre as regiões de saúde do município.

A proporção de ICSAP apresentou redução importante entre 2008 e 2013. Resultado coerente com outros estudos realizados no Brasil e em alguns países que mostram redução progressiva nas proporções de ICSAP^{28,35-39}.

A análise da evolução nas áreas intraurbanas de Goiânia mostrou uma maior redução no Distrito Sanitário Noroeste e a menor no Distrito Sanitário Sul. No Distrito Noroeste ocorreu devido a grande redução apresentada pelo grupo Gastroenterites Infeciosas. Essa redução pode estar relacionado a priorização do poder público com a região, houve investimentos na rede de esgotamento e ampliação de Unidades de Saúde⁴⁰⁻⁴³. A região apresenta cobertura de 90,91% de Estratégia Saúde da Família (ESF) e 19 Unidades Básicas de Saúde (UBS), o maior número de unidades em uma região de Goiânia.

Em situação oposta, a Região Sul de Goiânia não possui cobertura da ESF e apenas duas unidades básicas de saúde na região³¹, fatores estes que podem estar refletindo na pequena variação negativa de ICSAP na região, apesar de apresentar os melhores indicadores socioeconômicos.

A tendência de redução dos grupos de causas Hipertensão, Úlcera Gastrointestinal, Diabetes Mellitus, Deficiências Nutricionais, Gastroenterites Infeciosas, Insuficiência Cardíaca, Asma, Pneumonias Bacterianas, Doenças Pulmonares foram encontradas em Minas Gerais e Pernambuco⁴⁴⁻⁴⁶. Os grupos de causas que apresentaram variação positiva também foram encontrados em outros estudos que avaliaram tendência de ICSAP^{44-46,28}.

Os grupos de Doenças Infecções de Ouvido, Nariz e Garganta, Infecção de Pele e Subcutâneo e Doenças Cerebrovasculares podem estar relacionadas a falta de acesso à atenção primária por não constituírem grupos de doenças prioritárias a atenção. Já a elevação das Doenças Preveníveis por Imunização e das Doenças Relacionadas ao Pré-Natal e Parto indicam baixa qualidade da assistência à saúde prestada pela atenção primária, uma vez que, fazem parte do elenco prioritário^{39,46,47}.

Ressalta-se ainda que no período de 2008 a 2013 o Distrito Noroeste apresentou a maior variação positiva para Doenças Relacionadas ao Pré-Natal (390,2%) reforçando problemas na qualidade assistencial prestada àquela população, visto que 90,91% daquela população é coberta pela ESF.

Na análise da variável faixa etária, observou maior proporção de internações por condições sensíveis a atenção primária nas faixas etárias extremas, de 0 a 9 anos e de 60 anos ou mais, este fato foi observado nos mais diversos estudos existentes na literatura^{15,48-50,25}, podendo responder na faixa etária de 0 a 9 anos até por 60% das internações³⁶. Estudos, ainda descrevem uma relação inversa entre taxas de ICSAP e idade^{51,52}.

Na faixa etária de 0 a 9 anos, estudos apontam para as gastroenterites como a principal causa de internação, seguida por Pneumonias e Asma^{53,54}, semelhante ao presente estudo, que encontrou como principal causa as Gastroenterites, seguida pelas Doenças Pulmonares e Pneumonias como terceira causa de internação por condições sensíveis à atenção primária^{53,54}. Os resultados encontrados apontam para variação percentual negativa nos grupos de Gastroenterites e Pneumonias e variação positiva para Doenças Pulmonares, divergindo de resultados encontrados na literatura que apontam variação negativa para o grupo de Gastroenterite e positiva para Pneumonias e Doenças Pulmonares^{37,55}. A redução das Gastroenterites nesta faixa etária foi mais fortemente evidenciada na região Noroeste de Goiânia, que podem ser explicada por ter sido a primeira região de Goiânia a ter cobertura de ESF e possuir a maior cobertura⁴¹, esses dois fatores já foram comprovados em estudos^{8,37}.

Altas proporções de internação por Pneumonia, além da tendência de aumento desse grupo de causa no Distrito Sul sinalizam para dificuldades de acesso dessa população aos serviços de saúde, pois a região apresenta os melhores indicadores socioeconômicos, entretanto, possui a pior cobertura de atenção primária dos 07 distritos, somente 02 Unidades Básicas de Saúde

Na faixa etária de 10 a 39 anos a Infecção no Rim ou Trato Urinário é a principal causa em todos os Distritos Sanitários, porém a segunda e terceira causa de internação variaram em cada Distrito. No Sudoeste, Leste, Oeste e Sul as gastroenterites ocuparam a segunda causa, no Distrito Norte Infecção da Pele e Subcutâneo e no Distrito Noroeste as Doenças Relacionadas ao Pré-Natal e Parto ocuparam o segundo lugar. Esse comportamento mostra que as ICSAP podem apresentar variabilidade conforme as características loco-regionais do processo de trabalho das equipes da atenção primária, organização dos serviços de saúde e as condições sócio-econômicas⁵⁶⁻⁵⁹.

Apesar da ampliação do acesso no Distrito Noroeste, os resultados encontrados em relação às Doenças Relacionadas ao Pré-Natal e Parto, nesta faixa etária possibilita o questionamento quanto a qualidade da assistência pré-natal oferecida pela Atenção Primária na região visto que todas as doenças relacionadas a esse grupo : infecções no trato urinário na gravidez, sífilis congênita e a síndrome da rubéola congênita são evitáveis por uma assistência pré-natal efetiva^{31,60,61}.

Na faixa etária de 40 a 59 anos ocorreu a maior variação negativa entre todas as faixas etárias (-44,0%). As principais causas de ICSAP apresentaram variação negativa em todos os Distritos Sanitários, exceto o grupo infecções no rim e trato urinário nos Distritos Sul e Campinas Centro. Nesse grupo etário observou-se variação percentual de crescimento no grupo de doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis em todos os Distritos Sanitários indicando fragilidade da atenção primária quanto a vacinação⁶².

Também na faixa etária de 60 anos ou mais, todos os outros Distritos apresentaram variação positiva na proporção de ICSAP por doenças preveníveis por imunização, exceto o Distrito Campinas Centro⁶².

Em usuários com 60 anos ou mais as três principais causas de ICSAP foram insuficiência cardíaca, angina e doenças cerebrovasculares, dados semelhantes foram encontrados por

pesquisadores da Universidade Federal de Minas Gerais no estudo Projeto ICSAP Brasil¹². Nesse grupo etário observou-se variação negativa nas internações por insuficiência cardíaca e variação positiva para angina em todos os Distritos Sanitários. Nas doenças cerebrovasculares apenas os Distritos Sudoeste e Campinas Centro apresentaram variação negativa para a proporção de ICSAP.

As maiores proporções de ICSAP nesta faixa etária apontam para dificuldade de acesso aos serviços de saúde dessa população por limitação na locomoção, vulnerabilidade socioeconômica e a inabilidade da atenção primária na abordagem do idoso e do processo de envelhecimento^{64,65}.

Os resultados do estudo apresentam como limitações a utilização de fonte de dados secundária sujeita a problemas de informação e codificação da causa da internação, bem como a análise da evolução em curto período de tempo da proporção de ICSAP. Estudos posteriores devem ser utilizados no sentido de aprofundar a análise com uma série de anos maior e através da utilização de delineamentos que avaliem o efeito de variáveis como condições socioeconômicas⁶², condições clínicas diversas, práticas hospitalocêntricas e até mesmo o acesso facilitado a leitos que podem influenciar as internações no município⁶⁶.

CONCLUSÃO

As diferenças observadas nos resultados reafirmam a importância desse indicador para a análise de desigualdades intraurbanas, de forma semelhante ao que a literatura revisada já mostrou para as diferenças entre regiões, estados e municípios.

Houve tendência de queda nas proporções de internações por ICSAP em todos os Distritos Sanitários de Goiânia de 2008 a 2013. No entanto a redução foi muito desigual entre as regiões, mais acentuada nas regiões com piores indicadores socioeconômicos e menores

percentuais de redução nas regiões com melhor renda e infraestrutura urbana, porém com pior cobertura de Estratégia Saúde da Família.

O estudo mostrou um potencial impacto da Estratégia Saúde da família na redução das ICSAP nos Distritos Sanitários de maior cobertura populacional, que devem ser aprofundados com estudos analíticos delineados para a identificação dos determinantes da redução da proporção de ICSAP nas regiões de saúde.

Por fim, os resultados apresentam originalidade na análise da tendência da Proporção de ICSAP em áreas intraurbanas de um grande município brasileiro. Contribui para a qualificação da atenção primária no Sistema Único de Saúde no âmbito local uma vez que possibilita a identificação, em cada distrito sanitário, dos grupos de causa que, em cada faixa etária, estão reduzindo ou aumentando. Essa análise é fundamental para o gestor municipal, os gestores dos distritos e as Equipes da Estratégia Saúde da Família na reorientação das ações de cuidado da atenção primária no âmbito local.

REFERENCIAS

1. Aguiar RAT. A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (aps) e sua influência na emergência e consolidação do sistema único de saúde no Brasil [Internet][dissertação]. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS; 2003. p. 136. Available from: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2653.pdf>
2. Organização Mundial da Saúde. Declaração de Alma Ata [Internet]. http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1. 1978 [cited 2014 Jul 10]. p. 6–8. Available from: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1
3. Mello GA, Fontanella BJB, Demarzo MMP, Marcos M, Demarzo P. Atenção Básica e Atenção Primária À Saúde - Origens e Diferenças Conceituais. Rev APS. 2009;12(2):204–13.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. 2011. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

5. Ferrer APS, Brentani AVM, Sucupira ACSL, Navega ACB, Cerqueira ES, Grisi SJFE. The effects of a people-centred model on longitudinality of care and utilization pattern of healthcare services--Brazilian evidence. *Health Policy Plan* [Internet]. 2014 Sep [cited 2014 Dec 19];29 Suppl 2:ii107–13. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4202922&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
6. Viana ALDD, Poz MRD. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2005;15(2):225–64.
7. Roncalli AG, Lima KC De. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. *Cien Saude Colet*. 2006;11(3):713–24.
8. Macinko J, Guanais FC, de Fátima M, de Souza M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 2006 Jan [cited 2013 May 21];60(1):13–9. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2465542&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica [Internet]. Departamento de Atenção Básica. 2015 [cited 2015 Jan 28]. Available from: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php
10. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* [Internet]. 2011 May 21 [cited 2014 Jul 9];377(9779):1778–97. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21561655>
11. Victora CG, Barreto ML, do Carmo Leal M, Monteiro C a, Schmidt MI, Paim J, et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet* [Internet]. 2011 Jun 11 [cited 2014 Oct 29];377(9782):2042–53. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21561659>
12. Turci MA, Costa MFF de L e C, Bonolo P de F, Oliveira VB de. Avaliação do Impacto das Ações do Programa de Saude da Família na Redução das Internações Hospitalares por Condições Sensíveis à Atenção Básica em Adultos e Idosos [Internet]. 2012. Available from: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3261.pdf>
13. Viacava FV, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Macinko J, Martins M, et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Cien Saude Colet*. 2004;9(3):711–24.
14. Alfradique ME, Bonolo P de F, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária : a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). *Cad Saúde Pública*. 2009;25(6):1337–49.

15. Agabiti N, Pirani M, Schifano P, Cesaroni G, Davoli M, Bisanti L, et al. Income level and chronic ambulatory care sensitive conditions in adults: a multicity population-based study in Italy. *BMC Public Health*. 2009;9:457.
16. Billings J, Zeitel L, Lukomnik J, Carey TS, Blank a. E, Newman L. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. *Health Aff [Internet]*. 1993 Feb 1 [cited 2013 Jun 7];12(1):162–73. Available from: <http://content.healthaffairs.org/cgi/doi/10.1377/hlthaff.12.1.162>
17. Bindman AB, Grumbach K, Osmond D, Komaromy M, Vranizan K, Lurie N, et al. Preventable hospitalizations and access to health care. *JAMA [Internet]*. 1995 Jul 26;274(4):305–11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17667304>
18. Caminal Homar J, Casanova Matutano C. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions . Marco conceptual. *Aten Primaria*. 2003;31(1):61–5.
19. Caminal J, Starfield B, Sánchez E, Casanova C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *European [Internet]*. 2004 Sep;14(3):246–51. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15369028>
20. Hossain MM, Laditka JN. Using hospitalization for ambulatory care sensitive conditions to measure access to primary health care: an application of spatial structural equation modeling. *Int J Health Geogr [Internet]*. 2009 Jan [cited 2014 May 25];8(51):51. Available from: <http://www.ij-healthgeographics.com/content/pdf/1476-072X-8-51.pdf>
21. Halfon P, Eggli Y, Prête-Rohrbach I, Meylan D, Marazzi A, Burnand B. Validation of the Potentially Avoidable Hospital Readmission Rate as a Routine Indicator of the Quality of Hospital Care. *Med Care*. 2006;44(11):972–81.
22. Lui CK, Wallace SP. A common denominator: calculating hospitalization rates for ambulatory care-sensitive conditions in California. *Prev Chronic Dis [Internet]*. 2011 Sep;8(5):A102. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3181231&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
23. Nedel FB, Facchini LA, Martín M, Navarro A. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária : revisão sistemática da literatura *. *Epidemiol e Serviços Saude*. 2010;19(1):61–75.
24. Billings J, Anderson GM, Newman LS. Recent findings on preventable hospitalizations. *Health Aff [Internet]*. 1996 Aug 1 [cited 2013 Jun 25];15(3):239–49. Available from: <http://content.healthaffairs.org/cgi/doi/10.1377/hlthaff.15.3.239>
25. Caminal Homar J, Espinoza MM, Ruiz ES, Larrosa MJC, Poblet MB. Hospitalizaciones prevenibles mediante una atención primaria oportuna y efectiva. *Aten Primaria*. 2003;31(1):6–17.

26. Rehem TCMSB, Oliveira MRF de, Ciosak SI, Egry EY. Registro das internações por condições sensíveis à atenção primária : validação do sistema de informação hospitalar. *Rev Latino-Am Enferm*. 2013;21(5).
27. Rehem TCMSB, Egry EY. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Estado de São Paulo. *Cien Saude Colet*. 2011;16(12):4755–66.
28. Boing ACAFACAF, Vicenzi RB, Magajewski FF, Boing ACAFACAF, Moretti-Pires RO, Peres KG, et al. Reduction of ambulatory care sensitive conditions in Brazil between 1998 and 2009. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2012 Apr;46(2):359–66. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22331182>
29. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 221/SAS/MS, de 17 de abril de 2008 [Internet]. 2008 p. 15–8. Available from: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-221.htm>
30. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Base de informações do Censo Demográfico 2010 : resultados da Sinopse por setor censitário. 2011. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/>
31. Brasil, Ministério da Saúde. CnesWeb - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [Internet]. 2015 [cited 2015 Jan 2]. Available from: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Natureza.asp?VEstado=52&VMun=520870
32. Windows M. Microsoft Office Access. 2007.
33. Prefeitura de Goiânia. Mapa Urbano Básico Digital de Goiânia, MUBDG. 2011.
34. IBM Corp. Lançado 2011. IBM SPSS Statistics for Windows, versão 20.0. Armonk, NY: IBM Corp.
35. Lavoie JG, Forget EL, Dahl M, Martens PJ, O’Neil JD. Is it worthwhile to invest in home care? *Healthc Policy* [Internet]. 2011 May;6(4):35–48. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3107116&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
36. Perpetuo IHO, Wong LR. Atenção Hospitalar por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA) e as mudanças no seu padrão etário: uma análise exploratória dos dados de Minas Gerais. XII Seminário sobre a Economia Mineira, Diamantina-MG. 2006. p. 1–14.
37. Lima SCCDA. Internações Hospitalares de Crianças por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde: estudo de tendência temporal em Pernambuco. Dissertação apresentada Programa Pós-graduação em Saúde Coletiva do ISC-UFBA. UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA; 2012. p. 101.
38. Dourado I, Oliveira VB, Aquino R, Bonolo P, Lima-costa MF, Medina MG, et al. Trends in Primary Health Care-sensitive Conditions in Brazil The Role of the Family Health Program (Project ICSAP - Brazil). *Med Care*. 2011;49(6):577–84.

39. Mendonça S de S, Albuquerque EC de. Perfil das internações por condições sensíveis à atenção primária em Pernambuco , 2008 a 2012 *. *Epidemiol e Serviços Saude* [Internet]. 2014 Jun [cited 2015 Jan 11];23(3):1–11. Available from: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=en
40. Cruz RC da, Deus JB de. A Segregação Socioespacial em Goiânia (Goiás): o caso da Região Noroeste. VII Congresso Brasileiro de Geógrafos. 2014.
41. Goiânia, Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Geral 1997-2000. 2000.
42. Goiânia, Secretaria Municipal de Saúde. Projeto Municipal de Expansão do Saude da Família de Goiânia/GO. 2003 p. 1–112.
43. Goiânia, Secretaria Municipal de Saúde. Saúde em Goiânia 2001 a 2003: Relatório dos resultados alcançados pela Prefeitura Municipal de Goiânia. 2004 p. 1–14.
44. Mendonça S de S, Albuquerque EC de. Perfil das internações por condições sensíveis à atenção primária em Pernambuco, 2008 a 2012. *Epidemiol e Serviços Saude* [Internet]. Ministério da Saúde do Brasil; 2014 Sep [cited 2015 Mar 5];23(3):463–74. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222014000200463&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
45. Maciel AG, Diniz FJL de S, Caldeira AP. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre o perfil de morbidade hospitalar em Minas Gerais. *Saúde em Debate* [Internet]. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2014 [cited 2015 Mar 4];38(special):319–30. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600319&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
46. Rodrigues-Bastos RM, Campos EMS, Ribeiro LC, Bastos Filho MG, Bustamante-Teixeira MT. Hospitalizations for ambulatory care-sensitive conditions, Minas Gerais, Southeastern Brazil, 2000 and 2010. *Rev Saude Publica* [Internet]. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2014 Dec [cited 2015 Mar 5];48(6):958–67. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000600958&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
47. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006. . Divulga o Pacto pela Saúde.2006
48. Bardsley M, Blunt I, Davies S, Dixon J. Is secondary preventive care improving? Observational study of 10-year trends in emergency admissions for conditions amenable to ambulatory care. *BMJ Open* [Internet]. 2013 Jan [cited 2014 Dec 12];3(1):1–12. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3549201&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
49. Harrison MJ, Dusheiko M, Sutton M, Gravelle H, Doran T, Roland M. Effect of a national primary care pay for performance scheme on emergency hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: controlled longitudinal study. *BMJ Open*

- [Internet]. 2014 Nov 11 [cited 2014 Nov 12];349(nov11 1):g6423–g6423. Available from: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.g6423>
50. Macinko J, Dourado I, Aquino R, Bonolo PDF, Lima-Costa MF, Medina MG, et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Aff (Millwood)* [Internet]. 2010 Dec [cited 2015 Jan 11];29(12):2149–60. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21134915>
 51. Caminal J, Sánchez E, Morales M, Peiró R, Márquez S. Avances en España en la investigación com el indicador "hospitalización por enfermedades sensibles a cuidados de atención primaria". *Rev Esp Salud Pública*. 2002; 76: 189-96
 52. Caldeira AP, Fernandes VBL, Fonseca WP, Faria AA de. Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2011;11(1):61–71.
 53. Brasil. Casa Civil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. 2011 p. 1–9.
 54. Barreto JOM, Nery IS, Costa M do SC. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2012 Mar [cited 2015 Mar 5];28(3):515–26. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
 55. 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 Matern Infant*. 2010;10(1):83–91.
 56. Magan P, Otero A, Alberquilla A, Ribera JM. Geographic variations in avoidable hospitalizations in the elderly, in a health system with universal coverage. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2008 Jan [cited 2014 May 25];8(42):1–11. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2265697&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 57. Gibbons DC, Bindman AB, Soljak M a, Millett C, Majeed A. Defining primary care sensitive conditions: a necessity for effective primary care delivery? *J R Soc Med* [Internet]. 2012 Oct;105(10):422–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23104945>
 58. Gibson OR, Segal L, McDermott R a. A systematic review of evidence on the association between hospitalisation for chronic disease related ambulatory care sensitive conditions and primary health care resourcing. *BMC Health Serv Res* [Internet]. *BMC Health Services Research*; 2013 Jan [cited 2014 May 25];13(1):336. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3765736&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 59. Freund T, Campbell SM, Geissler S, Kunz CU, Mahler C, Peters-Klimm F, et al. Strategies for reducing potentially avoidable hospitalizations for ambulatory care-

sensitive conditions. *Ann Fam Med* [Internet]. [cited 2014 Dec 1];11(4):363–70.

Available from:

<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3704497&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

60. Campos, Amanda Zandonadi de, Tema-Filha, Mariza Miranda. Internações por condições sensíveis à Atenção Primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009 . *Cad. Saúde Pública* [online]. 2012, vol.28, n.5, pp. 845-855.
61. Brasil, Ministério da Saúde. Pré-Natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada. Manual Técnico.2005
60. Pazo RG, Frauches D de O, Molina M del CB, Cade NV. Modelagem hierárquica de determinantes associados a internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(9):1891–902.
61. Cardoso CS, Pádua CM, Rodrigues-Júnior AA, Guimarães DA, Carvalho SF, Valentin RF, et al. Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;34(4):227–34.
62. Ferreira JBB, Borges MJG, Santos LL Dos, Forster AC. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. *Epidemiol e Serviços Saúde* [Internet]. 2014 Mar [cited 2014 Dec 30];23(1):45–56. Available from: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=en
63. Bermúdez-Tamayo C, Márquez-Calderón S, Águila MMR del, López EP-M, Espinosa JO. Características organizativas de la atención primaria y hospitalización por los principales ambulatory care. *Aten Primaria*. 2004;33(6):305–11.
64. Nedel FB, Facchini LA, Bastos JL, Martín-Mateo M. Conceptual and methodological aspects in the study of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. *Cien Saude Colet*. 2011;16(1):1145–54.

Tabelas e figuras

Tabela 1. Número Absoluto e proporção de Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária por Distrito Sanitário. Goiânia 2008 a 2013.

Distrito Sanitário de Goiânia	Frequência de ICSAP		Total de Internações por todas as causas
	n	%	
Noroeste	14872	23,67	62821
Norte	8140	20,67	39380
Sudoeste	16190	20,95	77274
Leste	13183	21,63	60955
Campinas Centro	17754	22,01	80649
Oeste	10205	21,53	47402
Sul	12225	16,78	72849
Goiânia	92569	20,98	441329

Fonte: SIHD - tabulação realizada pelo autor.

Tabela 2. Proporção de ICSAP por ano de internação, segundo o Distrito Sanitário e variação percentual entre 2008 e 2013. Goiânia, 2008 a 2013.

Distrito Sanitário	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Variação percentual (%)
Noroeste	30,7	26,6	23,4	21,5	22,1	17,5	- 43,0*
Norte	25,2	22,8	22,5	20,0	18,9	14,7	- 41,5*
Sudoeste	22,9	23,5	24,4	19,6	18,6	16,8	- 26,7*
Leste	25,2	23,4	22,3	19,6	20,7	18,6	- 26,1*
Campinas-Centro	24,3	23,0	24,9	20,6	20,3	18,8	- 22,6*
Oeste	27,5	25,2	22,3	19,4	19,7	16,0	- 41,8*
Sul	18,4	16,8	17,1	16,4	14,8	17,8	- 3,6*
Goiânia	24,9	22,9	22,4	19,5	19,1	17,4	- 30,2*

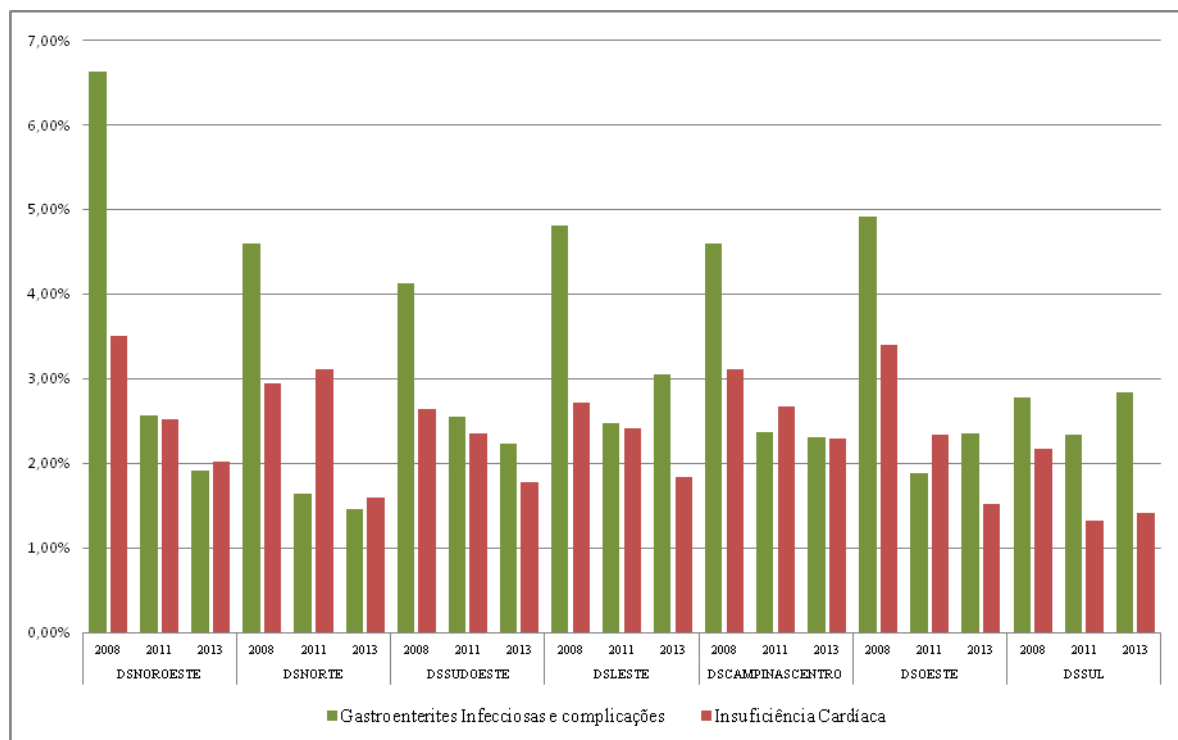
*Valor de $p < 0,001$.

Fonte: SIHD - tabulação realizada pelo autor.

Tabela 3. Proporção de ICSAP por Grupo de Causa e variação percentual entre 2008 e 2013. Goiânia. 2008 a 2013.

Grupos de ICSAP	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Varição Percentual (%)	Valor de P
Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,4	136,9	0
Infecções de ouvido, nariz e garganta	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	47,6	0
Infecção da pele e tecido subcutâneo	0,6	0,9	1,1	1,2	1	0,8	31,4	0
Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3	0,4	30,8	0
Epilepsia	0,3	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	18,1	0,503
Doenças Cerebrovasculares	1,2	1	1,1	1,4	1,2	1,3	6,6	0
Infecção no Rim e Trato Urinário	3	3,4	3,2	3,2	3,5	3	1,7	0,357
Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	0,396
Angina	1,8	1,4	1,5	1,6	1,7	1,7	-3,3	0,086
Doenças pulmonares	1,8	2,1	1,6	1,8	1,7	1,7	-6,5	0,001
Anemia	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	-7,3	0,927
Pneumonias bacterianas	1,3	1,5	1,4	0,8	0,7	0,9	-28	0
Asma	1,1	0,8	1	0,9	1,2	0,7	-35	0,032
Insuficiência Cardíaca	2,9	2,7	2,4	2,3	2,1	1,8	-37,9	0
Gastroenterites Infeciosas e complicações	4,7	3,7	4,5	2,3	2,8	2,3	-49,8	0
Deficiências Nutricionais	0,4	0,2	0,3	0,2	0,2	0,1	-59,3	0
Diabetes mellitus	2,3	1,8	1,6	1,3	1,1	0,8	-64,1	0
Úlcera gastrointestinal	0,5	0,4	0,3	0,2	0,1	0,1	-72,9	0
Hipertensão	2,2	1,8	1,2	0,8	0,4	0,3	-85,2	0
Todas as causas	24,9	22,9	22,4	19,5	19,1	17,4	-30,2	0

Fonte: SIHD - tabulação realizada pelo autor.



Fonte: SIHD - tabulação realizada pelo autor.

Legenda: DSNOROESTE: Distrito Sanitário Noroeste

DSNORTE: Distrito Sanitário Norte

DSSUDOESTE: Distrito Sanitário Sudoeste

DSLESTE: Distrito Sanitário Leste

DSCAMPINASCENTRO: Distrito Sanitário Campinas Centro

DSOESTE: Distrito Sanitário Oeste

DSSUL: Distrito Sanitário Sul

Figura 1. Evolução da Proporção de ICSAP pelos dois principais grupos de causas nos Distritos Sanitários de Goiânia, 2008 a 2013.

Tabela 4. Variação percentual da Proporção de ICSAP por grupo de causa e Distrito Sanitário. Goiânia, 2008 a 2013.

Grupos de Causas	0 a 9 anos						
	Noroeste	Norte	Sudoeste	Leste	Campinas Centro	Oeste	Sul
Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	-48,2	843,0	-27,7	-62,7	11,1	-14,1	-40,6
Gastroenterites Infeciosas e complicações	-54,4	-47,8	-24,8	-25,6	-36,0	-26,7	-6,3
Anemia	0,0	-100,0	-100,0	100,0	-100,0	28,9	0,0
Deficiências Nutricionais	-59,0	0,0	-78,3	-78,8	66,6	28,9	-62,9
Infecções de ouvido, nariz e garganta	14,9	17,9	102,3	296,6	24,1	235,1	141,3
Pneumonias bacterianas	-26,1	-32,6	-38,7	-27,6	-25,0	-43,3	42,2
Asma	-68,1	-45,8	-42,2	-27,6	-6,9	-75,1	20,4
Doenças pulmonares	188,3	94,0	250,6	313,6	144,7	163,0	224,2
Hipertensão	-100,0	-100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	100,0
Angina	0,0	-100,0	0,0	0,0	-100,0	0,0	0,0
Insuficiência Cardíaca	228,2	0,0	-13,3	217,3	-44,5	0,0	48,5
Doenças Cerebrovasculares	0,0	0,0	0,0	0,0	11,1	0,0	0,0
Diabetes mellitus	-53,1	-100,0	-100,0	5,8	144,4	71,8	0,0
Epilepsia	775,3	120,0	246,9	153,8	45,2	222,2	33,6
Infecção no Rim e Trato Urinário	85,5	32,4	66,0	50,1	149,0	52,7	126,7
Infecção da pele e tecido subcutâneo	105,1	-10,2	116,8	42,8	40,7	18,1	5,2
Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0
Úlcera gastrointestinal	0,0	0,0	0,0	5,8	-44,5	415,5	100,0
Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	0,0	0,0	0,0	0,0	-100,0	0,0	0,0

Grupos de Causas	10 a 39 anos						
	Noroeste	Norte	Sudoeste	Leste	Campinas Centro	Oeste	Sul
Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	60,0	-40,4	233,3	-9,9	79,6	-39,3	80,0
Gastroenterites Infeciosas e complicações	-69,4	-64,8	-57,7	-59,7	-56,6	-55,3	-17,3
Anemia	-100,0	-100,0	150,0	350,3	90,2	-83,8	5,0
Deficiências Nutricionais	-73,3	-55,3	-37,5	-9,9	26,8	-88,4	-58,0
Infecções de ouvido, nariz e garganta	40,0	-100,0	212,5	-9,9	-23,9	-19,1	0,0
Pneumonias bacterianas	-53,3	7,3	-43,8	-22,8	-40,0	-39,3	162,5
Asma	-88,8	-83,2	-55,9	-65,4	-15,5	-74,4	-55,0
Doenças pulmonares	-78,7	-28,5	-21,9	-3,0	-26,1	-52,4	-79,0
Hipertensão	-87,7	-88,1	-96,9	-96,2	-67,1	-97,3	-90,5
Angina	-85,6	-51,2	-43,2	-87,1	-52,5	-76,9	-79,0
Insuficiência Cardíaca	-43,2	-77,7	-65,3	-44,6	-48,1	-64,6	-41,7
Doenças Cerebrovasculares	-16,0	-28,5	-21,9	-20,0	46,9	-70,6	-19,2
Diabetes mellitus	-39,8	-66,5	-46,2	-70,0	-44,4	-46,0	-50,8
Epilepsia	-26,3	-25,5	-23,1	38,5	17,4	-37,7	5,0
Infecção no Rim e Trato Urinário	-58,1	-51,3	-11,9	-0,9	11,5	-40,0	35,7
Infecção da pele e tecido subcutâneo	29,8	-20,5	105,3	20,1	32,4	-37,0	162,5
Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	-30,0	-28,5	-75,0	-34,5	72,9	21,4	-65,0

Úlcera gastrointestinal	-100,0	-74,5	-68,8	-85,0	-80,3	-73,0	-84,6
Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	397,8	212,9	-1,1	21,2	106,0	51,1	145,0
40 a 59 anos							
Grupos de Causas	Noroeste	Norte	Sudoeste	Leste	Campinas Centro	Oeste	Sul
Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	250,5	138,6	228,8	68,9	6,3	66,2	383,8
Gastroenterites Infecciosas e complicações	-72,9	-84,0	-67,0	-64,3	-76,4	-45,4	-91,2
Anemia	-56,2	-81,4	85,0	153,4	168,5	100,0	-27,4
Deficiências Nutricionais	-90,3	-85,1	-75,3	-43,7	-80,1	-91,6	-22,6
Infecções de ouvido, nariz e garganta	-100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pneumonias bacterianas	-75,0	-40,3	177,4	-85,9	34,3	100,0	-3,2
Asma	-56,2	-25,4	-38,3	132,3	-47,8	-24,4	35,5
Doenças pulmonares	-68,7	-62,7	-78,7	-51,7	-47,3	-87,9	-38,4
Hipertensão	-81,6	-86,6	-83,4	-91,6	-83,9	-88,9	-88,4
Angina	-50,1	-48,7	-35,8	-26,5	-2,4	-28,5	-19,4
Insuficiência Cardíaca	-50,7	-52,5	-24,9	-46,4	-23,8	-55,3	-26,7
Doenças Cerebrovasculares	-6,5	27,8	-5,1	-23,7	32,2	13,3	-17,9
Diabetes mellitus	-69,7	-81,4	-63,3	-64,6	-66,8	-76,3	-67,2
Epilepsia	-56,2	-6,8	-30,6	26,7	37,7	81,3	-59,7
Infecção no Rim e Trato Urinário	-0,7	-52,3	-23,4	-12,1	23,7	-49,6	43,0
Infecção da pele e tecido subcutâneo	-27,0	49,1	36,5	-11,1	74,3	-24,4	190,3
Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	119,0	-50,3	-7,5	12,6	11,9	51,1	0,0
Úlcera gastrointestinal	-73,0	-62,7	-88,3	-84,6	-72,5	-84,9	-69,0
Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
60 anos ou mais							
Grupos de Causas	Noroeste	Norte	Sudoeste	Leste	Campinas Centro	Oeste	Sul
Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	21,8	-52,3	116,0	39,7	-36,2	70,3	99,4
Gastroenterites Infecciosas e complicações	-78,2	-68,2	-65,2	-37,3	-57,5	-77,9	-39,9
Anemia	3,1	-100,0	260,0	-61,9	19,1	0,0	538,2
Deficiências Nutricionais	-82,8	-36,4	-22,5	-68,8	-44,4	-36,9	6,4
Infecções de ouvido, nariz e garganta	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
Pneumonias bacterianas	-31,3	218,0	-10,0	1,6	83,2	41,9	591,3
Asma	106,1	90,8	360,8	61,9	-2,2	41,9	192,5
Doenças pulmonares	-75,7	-72,7	-75,2	-68,3	-57,9	-88,6	-73,8
Hipertensão	-82,7	-83,3	-74,9	-87,0	-85,3	-87,5	-85,0
Angina	23,9	52,6	17,7	47,5	14,0	125,5	20,2
Insuficiência Cardíaca	-45,2	-44,9	-32,4	-17,3	-33,2	-56,7	-33,2
Doenças Cerebrovasculares	14,2	32,3	-13,1	18,2	-5,5	50,6	7,9
Diabetes mellitus	-70,3	-73,0	-46,5	-73,5	-69,0	-70,8	-81,8
Epilepsia	-48,5	-76,2	-4,0	0,0	-75,7	-5,4	-8,8
Infecção no Rim e Trato Urinário	85,5	64,1	53,6	108,4	46,9	26,1	83,4
Infecção da pele e tecido subcutâneo	76,7	38,8	80,0	4,8	-3,6	-5,4	173,5
Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Úlcera gastrointestinal	-35,6	-89,4	-71,2	-92,9	-38,6	-68,5	-75,8
Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Fonte: SIHD - tabulação realizada pelo autor.

6.2.Artigo 2 - Será submetido à Revista Ciência & Saúde Coletiva

DESIGUALDADES INTRAURBANAS DAS TAXAS DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA NA REGIÃO CENTRAL DO BRASIL

Alessandro Leonardo Alvares Magalhães⁶

Otaliba Libânio de Moraes Neto⁷

Resumo:

Introdução: Internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) é um indicador útil para avaliar a efetividade da atenção primária (APS). Esse artigo avaliou as taxas de ICSAP e o perfil de causas nas áreas intraurbanas do município de Goiânia-Goiás. **Metodologia:** Estudo ecológico da prevalência de ICSAP nos 07 Distritos Sanitários (DS) de Goiânia, de 2008 a 2013. Utilizou-se dados das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) do SIH municipal. As AIH foram georreferenciadas nos 07 DS. Calculou-se Taxas padronizadas de ICSAP dos DS, por grupos de causas e faixa etária. Foram calculados os Intervalos de Confiança de 95% das taxas. **Resultados:** A taxa média de ICSAP foi de 155,5 por 10.000 habitantes (IC 95% 157,0 – 162,0). O Distrito Sul teve a maior taxa e o Sudoeste a menor. O grupo de Gastroenterites apresentou a maior taxa e o grupo Anemia a menor. As faixas etárias de 0 a 9 anos e idosos tiveram as taxas mais elevadas. No Distrito Noroeste houve maiores taxas em 09 grupos de causas, destaque para as Doenças Crônicas não Transmissíveis na faixa etária adulta. **Conclusões:** Os resultados do estudo possibilitou identificar as desigualdades nas taxas de ICSAP entre os DS, apontou deficiências de cobertura de APS, problemas de qualidade e insuficiência do modelo assistencial em regiões com alta cobertura.

Palavras chave: Atenção Primária à Saúde, Avaliação em saúde, Hospitalizações.

Abstract:

Introduction: Hospitalizations for primary care-sensitive conditions (HPCSC) is a useful indicator to assess the effectiveness of primary health care (PHC). This article evaluated the HPCSC rates and its causes in the intra-urban areas of the municipality of Goiânia-Goiás. **Methodology:** ecological study of the prevalence of HPCSC in the 07 Sanitary Districts (SD) of Goiânia, in the years between 2008 to 2013. Authorizations for Hospitalization (AH) data from the municipal SIH were used. The AH were georeferenced in the 07 SD. It has been calculated standardized Rates of HPCSC of SD, by groups of causes and age groups. Confidence intervals were calculated for 95% of the rates. **Results:** the average rate of ICSAP was 155.5 per 10,000 inhabitants (IC 95% 157.0-162.0). The Southern District had the highest rate and the Southwest the lowest. The Group of Gastroenteritis presented the highest rate and

⁶ Mestrando do Programa de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Goiás - UFG

⁷ Departamento de Saúde Coletiva, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Universidade Federal de Goiás

the smallest Anemia group. The age group between 0 to 9 years and the seniors had the highest rates. In the Northwest District had higher rates in 09 of the causes groups, highlighting the chronic non-communicable diseases in the adult age group. **Conclusions:** the results of the study made it possible to identify the inequalities between the ICSAP rates in the SD, pointed out shortcomings of PHC coverage, quality problems and insufficiency of the health assistance model in regions with high coverage.

Key words: primary health care, health evaluation, hospitalization

INTRODUÇÃO

A universalização e a melhoria da qualidade da atenção à saúde permanecem como desafios a serem enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), após 26 anos de criação, comemorados em outubro de 2014 ^{1,2}. A Atenção Primária está no centro da estratégia à universalização e qualificação da atenção no SUS².

O papel central ocupado pela Atenção Primária em Saúde (APS) no ordenamento de Sistema de Saúde³, fez com que a APS assumisse o papel de indutor da mudança do modelo assistencial curativo, individualista e hospitalocêntrico para o modelo voltado para a integralidade e a longitudinalidade do cuidado, centrado na família e na comunidade ^{4,5}.

A Atenção Primária, dada a sua relevância como porta de entrada do sistema de saúde e com potencial de resolutividade de mais de 80% dos problemas de saúde ⁶ tem sido alvo de diversos estudos para avaliar o seu desempenho, efetividade e a qualidade da assistência prestada ⁷⁻¹².

Tais estudos apontam para redução de custos assistenciais, menor uso de medicação e melhorias nos indicadores de saúde com a implantação e a qualificação da Atenção Primária em Saúde ⁵.

No entanto, os indicadores de impacto, tais como a taxa de mortalidade infantil, são limitados para o monitoramento contínuo da efetividade da atenção primária ⁴. Indicadores de atividade hospitalar têm sido sugeridos como instrumento de medida indireta do funcionamento da Atenção Primária em Saúde ¹³. O estudo de Billings et al., em 1993, foi pioneiro na utilização

do indicador denominado "*ambulatory care sensitive conditions*" (ACSC) para a análise da associação entre a falta de acesso aos serviços de saúde e a baixa qualidade da assistência ¹⁴. Esse indicador foi criado com o objetivo de avaliar o acesso e a efetividade da atenção primária por determinados problemas de saúde ^{13,15}. No Brasil foi denominado de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) ¹⁶.

O racional do indicador é que a evitabilidade de internações por condições sensíveis à atenção primária está na sua capacidade de intervir precocemente na prevenção do aparecimento dos problemas de saúde. Atuar no diagnóstico e tratamento de episódios agudos de doenças, no controle e seguimento das doenças de evolução crônica, na gestão da doença, na redução das readmissões e no tempo de permanência hospitalar. A APS deve ter um papel coordenador da atenção a saúde dos usuários em todos os níveis de complexidade e apresenta um potencial de resolutividade de 85% dos problemas de saúde da população, necessitando referenciar apenas 10 a 15% dos casos para a atenção especializada ou para a urgência ^{13,16-18}.

Os estudos revisados mostram diferentes patamares das taxas de ICSAP nos países. Na Itália, Agabiti et al., 2009, observou taxas de 26,1 por 10.000 habitantes, enquanto na Suíça, Eggli et al, 2014, encontraram taxas de até 10 por 1.000 segurados nos anos estudados ^{19,20}. As principais causas de ICSAP, descritas na literatura, foram as gastroenterites, infecções no rim e trato urinário, insuficiência cardíaca, angina, asma e diabetes mellitus ²¹⁻²⁸. As maiores taxas foram observadas em crianças e idosos, bem como nos usuários com piores condições socioeconômicas e de escolaridade. As menores taxas, por outro lado, foram observadas em usuários com maior acesso a atenção ambulatorial.

Estudos realizados no Brasil mostraram os seguintes resultados: no ano de 2006, as ICSAP, foram responsáveis por 28,5% das internações hospitalares, com taxas de 150 internações por 10.000 habitantes. As principais causas de internação foram as gastroenterites, insuficiência cardíaca, asma, angina, e infecções do trato urinário ^{16,17,29,30}. De forma coerente com os

estudos internacionais, os maiores riscos foram observados nas faixas etárias extremas – idosos e crianças – e nos usuários de baixa renda e escolaridade.. Foi observada, também, associação entre aumento da cobertura da atenção primária e a redução no número de internações por condições sensíveis à atenção primária.^{16,31}

São escassos os estudos sobre ICSAP na região Centro-Oeste, principalmente em áreas intraurbanas. O município de Goiânia apresenta um cenário privilegiado para a construção e análise das taxas de ICASP como um indicador com potencial para avaliar a efetividade da atenção primária em regiões intraurbanas. Possui uma regionalização dos serviços de atenção primária consolidada, com diferenças de coberturas da atenção primária entre as regiões, rede assistencial de média e alta complexidade com grande oferta de leitos e mecanismos de regulação de leitos bem organizada³² As regiões apresentam heterogeneidade na infraestrutura urbana e no nível socioeconômico bem definidos³³. Conta ainda com um sistema de informações hospitalares de qualidade e um Mapa Urbano Digital que possibilita análises georreferenciadas em áreas intraurbana³⁴.

A construção e análise das Taxas de ICSAP nesse contexto apresenta um potencial de avaliar o desempenho da atenção primária do Sistema Municipal de Saúde de Goiânia, de forma desagregada, possibilitando subsidiar a reorganização da atenção primária no município a partir das desigualdades identificadas, contribuindo assim para um planejamento mais coerente com as especificidades regionais.

O presente artigo se propõe a analisar a magnitude, o perfil e o padrão de ocorrência das taxas de ICSAP em Goiânia e nas regiões de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo ecológico da prevalência de ICSAP nos Distritos Sanitários do município de Goiânia, no período de 2008 a 2013.

O município de Goiânia, capital do Estado de Goiás, localiza-se na Região Centro-Oeste do país, possui uma área territorial de 739,5 km², com população residente de 1.302.001 (Censo 2010 - IBGE). É constituído por sete Regiões Sanitárias, denominadas de Distrito Sanitário.

O perfil sócio-demográfico das regiões é variado, o Distrito Sul apresenta os melhores indicadores socioeconômicos e um perfil demográfico com população com maior percentual de idosos e menor percentual de crianças. O Distrito Noroeste apresenta a menor renda média, maior taxa de analfabetismo e estrutura etária de uma população mais jovem³³.

A distribuição das Unidades de Saúde de Atenção Primária apresenta uma distribuição heterogênea, com 19 Unidades no Distrito Noroeste, 16 Unidades no Distrito Sudoeste, 15 Unidades no Distrito Oeste, 13 Unidades no Distrito Norte, 12 Unidades no Distrito Campinas Centro, 11 Unidades no Distrito Leste e 02 no Distrito Sul³⁵. Quanto à cobertura a Estratégia Saúde da Família em 2010, o Distrito Noroeste apresentava cobertura de 90,9%, Distrito Oeste 70,4%, Distrito Norte, Leste e Sudoeste, 49,1%, 43,5%, 34,0%, respectivamente e os Distritos Campinas Centro e Sul apresentam as menores coberturas, 8,1% e zero por cento, respectivamente.

As internações foram obtidas a partir do banco de dados de internações informadas no Sistema de Informações Hospitalares (SIHD), originadas das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH). Os bancos de dados foram fornecidos pela Diretoria de Regulação, Avaliação e Controle da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, para o período de 2008 a 2013. Foram incluídas na análise as internações realizadas em hospitais de Goiânia e de residentes em Goiânia.

O bairro de residência informado na AIH de cada usuário internado pelo SUS foi utilizado como campo para o georreferenciamento no Mapa Urbano Básico Digital do Município de Goiânia (MUBDG)³⁴ que apresenta código identificador de lote, quadra e bairro. Após a codificação do bairro, as AIH foram agrupadas por distrito sanitário, utilizando a tabela

disponibilizada pela Secretaria Municipal de Ciência, Tecnologia e Inovação - SECTEC que permite a vinculação do bairro ao Distrito Sanitário correspondente. Na ausência do campo bairro preenchido, utilizou-se o Código de Endereçamento Postal (CEP) informado na AIH.

No total de 502.908 internações, em apenas 235 (0,05%) internações não foi possível o georreferenciamento. Foram excluídas da análise as internações com os seguintes procedimentos: assistência ao parto sem distócia (0310010012); parto normal (0310010039); parto normal em gestação de alto risco (0310010047); parto normal em centro de parto normal (0310010055); parto cesariano em gestação de alto risco (0411010026); parto cesariano (0411010034); parto cesariano c/ laqueadura tubária (0411010042), perfazendo um total de 58.525 internações. O total de internações que foram objeto da análise do estudo foi de 441.330.

Para a categorização das internações como ICSAP ou não, utilizou-se a definição de ICSAP e a Lista de Causas que constam na Portaria nº 221/MS/SAS, de 17 de abril de 2008³¹.

O campo Diagnóstico Principal da Internação da AIH foi utilizado para a identificação e categorização da causa da internação nos 19 grupos de Causa da Lista Brasileira de ICSAP. O código da causa de internação segue a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10.

A população utilizada foi a Censo populacional de 2010 de residentes em Goiânia³³, subtraindo a população coberta por plano de saúde, informada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Para a definição da população usuária do SUS em cada Distrito Sanitário de Goiânia seguiu-se os seguintes passos: (i) para a população censitária: agrupamento da população de cada setor censitário de Goiânia em bairros e a partir dos bairros em Distrito sanitário; (ii) para a população segurada em planos de saúde: identificação do número de usuários com planos com

cobertura hospitalar por bairro e agregação da população dos bairros no respectivo distrito sanitário; (iii) a população final – utilizada como denominador para o cálculo das taxas de ICSAP – foi a diferença entre a população censitária menos a população segurada nos planos de saúde. Não foi excluído denominador a população coberta pelo Instituto de Previdência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás e do Município de Goiânia.

Para o cálculo das taxas de ICSAP foi utilizado no numerador a média aritmética do número de internações por ICSAP dos anos de 2008 a 2013. Para a visualização das taxas nos Distritos Sanitários foram construídos mapas coropléticos utilizando o ArcGIS for Desktop Advanced®³⁶.

As taxas de ICSAP foram padronizadas pelo método direto, utilizando-se como população padrão a população não usuária de plano de saúde residente em Goiânia no ano de 2010. A análise das taxas de ICSAP foi calculada por grupos de causas e faixa etária categorizada em 0 a 9 anos, 10 a 39 anos, 40 a 59 anos e 60 anos ou mais. Para análise de faixa etária e grupo de causa foram definidas as cinco principais causas para os grupos etários de 0 a 9 anos, 10 a 39 anos, 40 a 59 anos e 60 anos ou mais. Como medida de precisão das taxas e para comparar as taxas entre os distritos foram calculados os Intervalos de Confiança de 95% o que permitiu agrupar Distritos Sanitários cujas taxas se encontram no intervalo de confiança. Para a análise dos dados foi utilizado o software estatístico Spss®³⁷ versão 20 e Epiinfo³⁸.

RESULTADOS

A taxa média de Goiânia para Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no período de 2008 a 2013 foi de 155,5 por 10.000 habitantes (IC 95% 157,0 – 162,0). Os cinco grupos de causas com as taxas mais elevadas no município de Goiânia foram: gastroenterites infecciosas e complicações, Infecção no Rim e Trato Urinário, Insuficiência Cardíaca, Doenças Pulmonares e Angina. Os cinco grupos com as menores taxas foram: Deficiências

Nutricionais, Doenças Relacionadas ao Pré-Natal e Parto, Infecções de Ouvido, Nariz e Garganta, Doença Inflamatória Órgãos Pélvicos Femininos e o grupo das Anemias (Tabela 1). A magnitude das taxas padronizadas de internação por ICSAP estimadas por Distrito Sanitário – considerando todos os grupos de causas – conformaram quatro grupos de distritos sanitários: o primeiro formado pelo Distrito Sanitário Sul (232,81; IC95%: 224,7–241,1) que apresentou a taxa mais elevada; o segundo, constituído pelos distritos Noroeste (212,25; IC95%: 205,0–219,6) e Campinas Centro (200,64; IC95% 193,7–207,6); o terceiro grupo com os distritos Leste (185,83; IC95% 178,9–193,0), Oeste (173,21; IC95% 166,2–180,1) e Norte (169,86; IC95% 162,3–177,0); e no grupo de menor taxa, o Distrito Sudoeste com taxa de 114,41 (IC95%: 109,5–119,4), a menor do município.

A análise das taxas padronizadas de ICSAP de maior magnitude em cada um dos Distritos mostrou o seguinte padrão de ocorrência espacial: o Distrito Leste apresentou a maior taxa de internação por Doenças Preveníveis por Imunização e Condições Sensíveis; o Distrito Noroeste apresentou as taxas mais elevadas em 09 grupos: Infecção no Rim e Trato Urinário, Insuficiência Cardíaca, Angina, Diabetes Mellitus, Doenças Cerebrovasculares, Hipertensão, Deficiências Nutricionais, Doenças Relacionadas ao Pré-natal e Parto e Doença Inflamatória de Órgãos Pélvicos Femininos. O Distrito Sul apresentou taxas mais elevadas em 08 grupos de causas: Gastroenterites Infecciosas e Complicações, Doenças Pulmonares, Pneumonias Bacterianas, Asma, Epilepsias, Úlcera Gastrointestinal, Infecções de Ouvido, Nariz e Garganta e Anemia. O Distrito Campinas Centro apresentou maior taxa de ICSAP no grupo de causas Infecção da Pele e Tecido Subcutâneo (Figura 1).

As taxas de ICSAP em Goiânia são maiores nos extremos de idade. Na faixa etária de 10 a 39 anos a taxa foi de 54,4 (IC95%: 52,4–56,3); na faixa de 40 a 59 anos foi de 140,2 (IC95% 135,5–145,0), na faixa etária de 0 a 9 anos a taxa foi de 326,5 (IC95%: 317,1–336,2); e na

faixa etária de 60 anos e mais, a taxa foi a mais elevada com valor de 515,1 (IC95%: 501,1–529,4) por 10 mil habitantes.

Há também diferentes comportamentos na prevalência dos grupos de causas por faixa etária em Goiânia, enquanto as internações por gastroenterites infecciosas são as mais prevalentes na faixa etária de 0 a 9 anos, as internações por infecção no rim e trato urinário é a mais prevalente na faixa etária de 10 a 39 anos, já na faixa etária de 40 a 59 anos o grupo com as maiores taxas de internação é a angina. Nos idosos a insuficiência cardíaca é a mais prevalente (Tabela 2).

O padrão de ocorrência espacial das taxas de ICSAP nos distritos sanitários por grupos de causas em cada faixa etária foi o seguinte:

Na faixa etária de 0 a 9 anos a principal causa de ICSAP em todos os distritos é o grupo de causa Gastroenterites Infecciosas e Complicações. A magnitude das taxas separam três grupos de distritos: os Distritos Sul e Campinas Centro apresentaram as taxas mais elevadas, os Distritos Sudoeste, Noroeste e Leste as taxas intermediárias e os distritos Norte e Oeste, as taxas mais baixas desse grupo de causa. A taxa do Distrito Sul é 3,3 vezes superior ao do Distrito Norte (Tabela 2).

Na faixa etária de 10 a 39 anos, o principal grupo de causas é a Infecção no Rim e Trato Urinário. Os Distritos Norte e Oeste apresentaram as menores taxas e os Distritos Campinas Centro e Noroeste as maiores taxas (Tabela 2).

Na faixa etária de 40 a 59 anos, os principais grupos de causas foram a Insuficiência Cardíaca, a Angina, a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus. A Insuficiência cardíaca foi o grupo de maior taxa de ICSAP nos distritos Noroeste, Sudoeste, Campinas Centro e Oeste. O grupo de Angina foi o que apresentou maior taxa nos distritos Norte e Sul. A taxa de Insuficiência Cardíaca no Distrito Noroeste foi 1,8 vezes maior do que no Distrito Sul. As taxas de

Hipertensão e Diabetes Mellitus foram, respectivamente, 1,8 e 1,7 vezes mais elevadas no Distrito Noroeste, quando comparado ao Distrito Sul (Tabela 2).

Na faixa etária de 60 anos ou mais, o grupo de causa Insuficiência Cardíaca foi o que apresentou as maiores taxas em todos os distritos. No entanto a taxa no Distrito Noroeste foi 2,9 vezes mais elevada do que no Distrito Sul. Para o grupo de Diabetes Mellitus o diferencial entre os dois distritos foi de 3,1 vezes (Tabela 2).

DISCUSSÃO

O estudo é inovador na análise dos diferenciais intraurbanos nas taxas de ICSAP e no aspecto metodológico de excluir da população sob risco de ICSAP no SUS, a população coberta pelo sistema da saúde suplementar.

Resultados de outros estudos sobre ICSAP no Brasil e em outros países mostram que é possível monitorar e avaliar o acesso e a efetividade da atenção primária de um Sistema de Saúde Universal como Sistema Único de Saúde de modo ágil utilizando indicadores epidemiológicos construídos a partir das ICSAP, tais como as taxas de prevalências utilizadas nesse artigo ⁴³.

A taxa média de ICSAP em Goiânia, no período de 2008 a 2013 foi de 155,51 por 10.000 habitantes, com maiores taxas nas faixas etárias de 0 a 9 anos e 60 anos ou mais.

O resultado da taxa de ICSAP observada em Goiânia, no período de 2008 a 2013, é coerente com os resultados encontrados na literatura brasileira e internacional. Nos estudos brasileiros, as taxas variaram de 149,6 a 143,3 por 10.000 habitantes^{16,17,30}. Nos Estados Brasileiros foram observadas taxas de 14,5 por 1.000 no Rio Grande do Sul e de 10,8 por 1.000 em São Paulo^{9,39}. Em Belo Horizonte, capital do Estado de Minas Gerais, a taxa de ICSAP foi de 154,0 por 10.000 habitantes³. Nos países, as taxas são diferentes das encontradas no presente

estudo: a Itália apresentou uma taxa igual a 26,1 por 10.000¹⁹, a Espanha, em 34 municípios estudados, a taxa foi de 11 por 1.000²⁶.

No presente estudo, o Distrito Sudoeste apresentou a menor taxa de ICSAP e o Distrito Sul a mais elevada. Os distritos Sul e Noroeste foram os que apresentaram as maiores taxas de ICSAP em 09 grupos e 08 grupos de Causas, respectivamente.

As maiores taxas de ICSAP foram encontradas nas faixas etárias extremas, em menores de 10 anos e maiores de 60 anos, confirmando o que já foi relatado na literatura^{8,17,18,26,40-43}, sendo mais comuns nestas faixas etárias as doenças cardiovasculares no segundo grupo de idade⁴⁴ e as doenças infecciosas no primeiro grupo.

Outro resultado observado no presente estudo, comprovado na literatura, é a variabilidade das taxas entre regiões estudadas, mesmo em se tratando de um sistema de saúde universal com os mesmos princípios e diretrizes⁴⁵. Este fato pode ser explicado pela organização dos serviços de saúde, renda, nível de alfabetização da área, oferta de serviços de saúde⁴⁶⁻⁴⁸.

Os Distritos Sanitários de Goiânia são distintos entre si, enquanto o Distrito Sul apresenta rendimento mensal por responsável de R\$ 3.240,42, taxa de analfabetismo de 1,38%, 96 % de cobertura de água encanada e não apresenta nenhuma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), o Distrito Noroeste apresenta rendimento mensal por responsável de R\$ 791,55, 6,19% de analfabetismo e 96% de água encanada e 90,91% de cobertura de ESF, justificando as diferenças encontradas no presente estudo.

Distrito com as melhores taxas de cobertura da Estratégia Saúde da Família, o Distrito Noroeste, apresentou as maiores taxas de ICSAP nos grupos Deficiências Nutricionais, Hipertensão, Angina, Insuficiência Cardíaca, Doenças Cerebrovasculares, Diabetes Mellitus, Infecção no Rim e Trato Urinário, Doença Inflamatória Órgãos Pélvicos Femininos e Doenças Relacionadas ao Pré-natal e ao Parto.

O Distrito Noroeste possui o maior número de Unidades de Saúde de Goiânia, foi o Distrito priorizado para investimentos em infraestrutura urbana e implantação de unidades de saúde da Estratégia Saúde da Família, no entanto apresenta as maiores taxas de ICSAP quando comparado aos demais distritos ^{49,50}. Além disso, os dois últimos grupos de causas citados acima, em que o Distrito Noroeste é o que apresenta maior taxa, são preocupantes, pois, é o único Distrito Sanitário, no período estudado, que conta com uma maternidade pública como referência à atenção primária. É importante destacar a situação de vulnerabilidade socioeconômica do Distrito bem como a oferta de leitos da maternidade pode estar induzindo internações evitáveis, situação esta que já foi constatada em outros estudos ^{15,51}.

O Distrito Campinas Centro apresenta a segunda melhor renda, segunda menor taxa de analfabetismo dentre os distritos da capital goiana, além de uma rede assistencial constituída por 12 Unidades Básicas de modelo tradicional, 03 policlínicas, 04 Centros de Especialidades e 02 Centros de Atenção Psicossocial. No entanto, dentre os 19 grupos de causas de ICSAP, apresenta taxas de ICSAP elevadas quando comparadas aos demais distritos sanitários para 08 grupos de causas. As taxas de ICSAP elevadas nesse distrito podem indicar dificuldade de acesso aos serviços de saúde dos usuários SUS da região, além da falta de resolutividade da atenção a saúde^{24,45,46,48}.

Apesar das taxas de ICSAP por doenças imunopreveníveis apresentarem baixa magnitude no município, é importante ressaltar as taxas mais elevadas no Distrito Sanitário Leste, apesar de Goiânia apresentar alta cobertura vacinal para o período estudado, 95,0%⁵². Uma provável explicação pode estar relacionada a falta de profissionais nas salas de vacina, problemas na qualificação dos recursos humanos, falta de busca ativa das crianças com calendário atrasado por parte da equipe de saúde da família, entre outros motivos.⁵³. Sinaliza ainda para uma heterogeneidade da cobertura vacinal entre os distritos.

Em relação à análise das taxas de ICSAP por grupo de causa e faixa etária, os resultados do presente estudo são coerentes com os da literatura revisada. Na faixa etária de 0 a 9 anos a maior prevalência foi observada no grupo de causas gastroenterites infecciosas e complicações, seguida das pneumonias, divergindo apenas devido a terceira causa mais comum, enquanto no presente estudo foi observada as doenças pulmonares, na literatura é mais comum a asma como terceira causa⁵⁴. Essa situação pode ter ocorrido devido ao processo de codificação na Autorização de Internação Hospitalar, uma vez que o código da CID-10 mais frequentemente utilizado foi o de bronquite aguda não especificada.

Os principais fatores determinantes das ICSAP nessa faixa etária e nos grupos de causas mais prevalentes são as condições socioeconômicas (esgotamento sanitário, nível educacional, renda) e rede de serviços de saúde existentes⁵⁴. No entanto, o Distrito Sul, que apresenta as melhores condições socioeconômicas, apresentou a maior taxa de internação com 262,02 internações por 10.000 habitantes, podendo indicar a falta de acesso aos serviços primários de saúde, tendo em vista que o Distrito possui apenas 02 Unidades Básicas de Saúde para cobrir a população usuária do SUS. Por outro lado, o Distrito Sanitário Noroeste, que apresenta um maior percentual de população em piores condições socioeconômicas, apresenta uma alta cobertura da Atenção Primária e taxas inferiores de ICSAP para o grupo de causa Gastroenterite Infecciosa e Complicações 2,2 vezes inferior à do Distrito Sul.

Na faixa etária de 10 a 39 anos, as cinco principais causas observadas no presente estudo são as mesmas dos estudos revisados: Infecções no Rim e Trato Urinário, Gastroenterites Infecciosas e Complicações, Infecções da Pele e Tecido Subcutâneo, Diabetes Mellitus e Doenças Relacionadas ao Pré-natal e Parto^{4,25}. Nesta faixa etária as Infecções no Rim e Trato Urinário apresentam prevalência quase cinco vezes superiores às taxas de ICSAP por Gastroenterites Infecciosas.

Os distritos com maiores taxas de ICSAP nessa Faixa etária foram o Campinas Centro e o Noroeste e as menores taxas foram no Norte e Oeste. A taxa do grupo Infecções do Rim e Trato urinário foi 1,6 vezes mais elevada no Distrito Campinas Centro em comparação com o Distrito Oeste.

Nessa faixa etária chama atenção a maior taxa de Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto no Distrito Noroeste, 4,4 vezes superior à do Distrito Sudoeste. A Região Noroeste apresenta a maior cobertura da ESF (90,9%), o maior número de Unidades Básicas de Saúde, além de possuir uma Maternidade Pública. Ao mesmo tempo apresenta os piores indicadores socioeconômicos e a maior taxa de analfabetismo entre os distritos. Uma hipótese que pode ser levantada para a alta taxa de ICSAP por esse grupo de causa é indução de internação provocada pela oferta de leitos existentes na região. Resultado semelhante foi observado por Burgdof, Sundmacher, 2014 que encontrou associação positiva entre número de leitos e a taxa de ICSAP¹⁸. Pazo et al., 2014, também observou associação entre as Taxas de icsap e a oferta de leito SUS⁵⁵. Outro fator que pode estar induzindo internação é a situação de vulnerabilidade social e econômica da população do distrito. Resultado encontrado por diversos estudos nacionais e internacionais^{8,28,55}. Esse resultado também contradiz vários estudos publicados que observaram uma associação entre aumento da cobertura da atenção primária e a redução das ICSAP^{3,43,56,57}.

Na faixa etária de 40 a 59 anos, o grupo de causas mais prevalente são as doenças crônicas. Constituído pelos grupos de causas Angina e Insuficiência Cardíaca, Diabetes Mellitus e Hipertensão. O grupo de causa Infecções no Rim e Trato Urinário ocuparam o terceiro lugar dentre as principais causas. Esses achados são coerentes com a literatura revisada que observaram taxas de ICSAP mais elevadas nessa faixa etária^{17,19,58-60}. As maiores taxas foram encontradas no Distrito Noroeste, em todos os grupos de causas. O distrito Norte apresentou as menores taxas para Hipertensão, e Insuficiência Cardíaca e o Sul para Infecção do Rim e

Diabetes Mellitus. As taxas do Distrito Noroeste, que apresenta os piores indicadores de renda e alfabetização, são coerentes com o encontrado em Pelotas-RS, que observou associação entre Angina e piores condições econômicas e menor escolaridade⁶¹.

Na faixa etária de 60 anos ou mais as doenças do aparelho circulatório são as mais prevalentes, tendo a Insuficiência Cardíaca, Angina e Doenças Cerebrovasculares como os principais grupos de causa com as maiores taxas de ICSAP. O Distrito Noroeste apresentou a maior taxa de internação para todos os grupos de causas e o Sul, as menores taxas. Para o grupo Insuficiência Cardíaca a taxa do Noroeste foi três vezes superior à do Distrito Sul. Diferente de outros estudos, as doenças do aparelho respiratório não se apresentaram entre as cinco principais causas de internação por ICSAP⁶².

Nas faixas etárias adulta de 40 a 59 e nos idosos as desigualdades entre as taxas dos grupos das doenças crônicas entre os distritos com maiores e menores taxas são muito importantes. Essas desigualdades estão fortemente associadas ao perfil socioeconômico da população da região Noroeste que é muito inferior ao da Região Sul, que acumula a baixa escolaridade, a baixa renda, mas também maior exposição a fatores de risco como o tabaco, dieta inadequada entre outros fatores que aumenta o risco de internação por doenças crônicas como mostram vários estudos. Além disso, outro fator muito importante pode ser a inadequação da atenção primária da região Noroeste para o cuidado as doenças crônicas, apesar de apresentar uma alta cobertura populacional de Estratégia Saúde da Família na região ⁶³⁻⁶⁵.

A análise das desigualdades na faixa etária de 0 a 9 anos apresentou resultado oposto: a taxa de internação pelo grupo Pneumonias Bacterianas no Distrito Sul apresentaram taxas 4,8 e 2,2 vezes superiores à da região Noroeste, respectivamente. Esse resultado pode estar associado a uma alta cobertura de Estratégia de Saúde da Família na região Noroeste, com um modelo de atenção primária mais focada em crianças, mesmo apresentando condições socioeconômicas inferiores as demais regiões. As taxas mais elevadas na região Sul podem estar relacionadas à

baixa cobertura de saúde de atenção básica que não consegue garantir a assistência a uma provável população em situação de exclusão social numa região em que a média de renda é superior a dos demais distritos sanitários do município.

Os resultados mostraram desigualdades importantes entre os distritos sanitários de Goiânia no que se refere a altas taxas de ICSAP potencialmente evitáveis por uma atenção básica acessível e de qualidade. As altas taxas por ICSAP por doenças crônicas em regiões com altas coberturas de ESF apontam inadequação do modelo assistencial e problemas na qualidade do cuidado. Altas taxas por doenças infecciosas em crianças em distritos com boas condições socioeconômicas e de saneamento, provavelmente devem-se a uma situação de iniquidade social que, em muitas vezes, a atenção básica não identifica e não assume um protagonismo na mobilização dos vários setores responsáveis para o seu enfrentamento. O Distrito Sanitário Campinas Centro – com população consolidada, localizado no anel central urbano e com renda superior a média do município – apresenta taxas de ICSAP mais elevadas que as demais regiões de Goiânia. Os distritos Norte e Oeste que são regiões mais periféricas – adensadas em período mais recente e com perfil heterogêneo de população do ponto de vista socioeconômico – apresentam, em vários grupos de causas e em determinadas faixas etárias, taxas mais baixas de ICSAP.

Entre as limitações do estudo, podem ser relacionadas a utilização de bases de dados secundárias do SIHD, voltado para o faturamento e não para a precisão das informações epidemiológicas. A Fonte de dados que apresentam lacunas relacionadas ao quadro clínico da doença do usuário, o fato de não levar em conta fatores que podem interferir na definição de internação como condições socioeconômicas e oferta de serviços de saúde ^{9,13,46,66-70}.

Estudos realizados no Brasil mostram uma boa consistência do Sistema de Informação Hospitalar frente ao diagnóstico registrado no prontuário com resultados variando entre 89% a

99,2%⁷¹ e para condições sensíveis à atenção primária, estudos encontraram sensibilidade entre 70,1% e 81,9%, com especificidade de 88,4% a 95,2%.^{10,7273}.

CONCLUSÃO

A análise do padrão espacial de ocorrência desigual das taxas de ICSAP em relação a grupos de causas e faixa etária no território urbano de Goiânia mostra cenários e identifica insuficiências de cobertura e efetividade da rede de atenção básica em Goiânia que merecem ser investigados a partir de outras metodologias avaliativas e corrigidos através de mudança do modelo assistencial da atenção básica no município. Além disso, orienta os gestores a rever os processos de trabalho, a necessidade de políticas intersetoriais e a localização da rede de atenção primária no município.

REFERÊNCIAS

1. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* [Internet]. 2011 May 21 [cited 2014 Jul 9];377(9779):1778–97. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21561655>
2. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). *Atenção Primária e Promoção da Saúde - Coleção Para Entender a Gestão do SUS*. 1ª edição. CONASS, editor. Brasília DF; 2011.
3. 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* [Internet]. 2012 Jul [cited 2014 May 25];27(4):348–55. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21666271>
4. Cardoso CS, Pádua CM, Rodrigues-Júnior AA, Guimarães DA, Carvalho SF, Valentin RF, et al. Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;34(4):227–34.
5. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet*. 1994 Oct;344(8930):1129–33.

6. Ferrer APS, Brentani AVM, Sucupira ACSL, Navega ACB, Cerqueira ES, Grisi SJFE. The effects of a people-centred model on longitudinality of care and utilization pattern of healthcare services--Brazilian evidence. *Health Policy Plan* [Internet]. 2014 Sep [cited 2014 Dec 19];29 Suppl 2:ii107–13. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4202922&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
7. Mafra F. O impacto da atenção básica em saúde em indicadores de internação hospitalar no Brasil.[dissertação]. Universidade De Brasília; 2011.
8. Fernandes VBL, Caldeira AP, Faria AA de, Neto JFR. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. *Rev Saude Publica*. 2009;43(6):928–36.
9. Santos VCF Dos, Ruiz ENF, Roese A, Kalsing A, Gerhardt TE. Internações por condições sensíveis a atenção primária (ICSAP): discutindo limites à utilização deste indicador na avaliação da Atenção Básica em Saúde. *Reciis* [Internet]. 2013 Jun 28 [cited 2014 May 25];7(2). Available from: <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/779/1570>
10. Cavalcante DM. Internações sensíveis à atenção primária: estudo descritivo com foco em doenças infecciosas e validação do sistema de informações hospitalares, no Hospital Regional do Paranoá, Distrito Federal. Universidade de Brasília; 2014. p. 114.
11. Oliveira AKP De, Borges DF. Programa de Saúde da Família: uma avaliação de efetividade com base na percepção de usuários. *Rev Adm Pública*. 2008;42(2):369–89.
12. Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(9):1772–84.
13. Caminal Homar J, Casanova Matutano C. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions . Marco conceptual. *Aten Primaria*. 2003;31(1):61–5.
14. Billings J, Zeitel L, Lukomnik J, Carey TS, Blank a. E, Newman L. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. *Health Aff* [Internet]. 1993 Feb 1 [cited 2013 Jun 7];12(1):162–73. Available from: <http://content.healthaffairs.org/cgi/doi/10.1377/hlthaff.12.1.162>
15. Nedel FB, Facchini LA, Martín M, Navarro A. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária : revisão sistemática da literatura *. *Epidemiol e Serviços Saude*. 2010;19(1):61–75.
16. Alfradique ME, Bonolo P de F, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária : a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). *Cad Saúde Pública*. 2009;25(6):1337–49.

17. Dourado I, Oliveira VB, Aquino R, Bonolo P, Lima-costa MF, Medina MG, et al. Trends in Primary Health Care-sensitive Conditions in Brazil The Role of the Family Health Program (Project ICSAP - Brazil). *Med Care*. 2011;49(6):577–84.
18. Burgdorf F, Sundmacher L. Potentially avoidable hospital admissions in Germany: an analysis of factors influencing rates of ambulatory care sensitive hospitalizations. *Dtsch Arztebl Int* [Internet]. 2014 Mar 28 [cited 2014 Dec 12];111(13):215–23. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3991158&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
19. Agabiti N, Pirani M, Schifano P, Cesaroni G, Davoli M, Bisanti L, et al. Income level and chronic ambulatory care sensitive conditions in adults: a multicity population-based study in Italy. *BMC Public Health*. 2009;9:457.
20. Eggli Y, Desquins B, Seker E, Halfon P. Comparing potentially avoidable hospitalization rates related to ambulatory care sensitive conditions in Switzerland: the need to refine the definition of health conditions and to adjust for population health status. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2014;14(25):1–10. Available from: www.biomedcentral.com/1472-6963/14/25
21. Park J, Lee K-H. The association between managed care enrollments and potentially preventable hospitalization among adult Medicaid recipients in Florida. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2014 Jan [cited 2014 Dec 1];14(1):247. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4059886&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
22. Bindman AB, Chattopadhyay A, Osmond DH, Huen W, Bacchetti P. The impact of Medicaid managed care on hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. *Health Serv Res* [Internet]. 2005 Feb [cited 2014 May 25];40(1):19–38. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1361124&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
23. Homar C, Espinoza M, Ruiz S, Larrosa C, Poblet B. Hospitalizações evitáveis por oportuna e eficaz de cuidados primários. *Aten*. 2003;31(1):6–17.
24. Homar JC, Espinoza MM, Ruiz ES, Larrosa MJC, Poblet MB. Hospitalizaciones prevenibles mediante una atención primaria oportuna y efectiva. *Aten Primaria*. 2003;31(1):6–17.
25. Bermúdez-Tamayo C, Márquez-Calderón S, Águila MMR del, López EP-M, Espinosa JO. Características organizativas de la atención primaria y hospitalización por los principales ambulatory care. *Aten Primaria*. 2004;33(6):305–11.
26. Márquez-Calderón S, Águila MMR del, Perea-Milla E, Ortiz J, Bermúdez-Tamayo C. Factores asociados a la hospitalización por procesos sensibles a cuidados ambulatorios en los municipios. *Gac Sanit*. 2003;17(5):360–7.

27. Rizza P, Bianco A, Pavia M, Angelillo IF. Preventable hospitalization and access to primary health care in an area of Southern Italy. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2007 Jan [cited 2014 May 24];7:134. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2045098&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
28. Roos LL, Walld R, Uhanova J, Bond R. Physician Visits , Hospitalizations , and Socioeconomic Status : Ambulatory Care Sensitive Conditions in a Canadian Setting. *Health Serv Res* [Internet]. 2005 Aug [cited 2014 Dec 19];40(4):1167–85. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1361193&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
29. Rehem TCMSB, Oliveira MRF de, Amaral TCL, Ciosak SI, Egry EY. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em uma metrópole brasileira. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(4):884–90.
30. Boing AF, Vicenzi RB, Magajewski F, Boing ACA, Moretti-Pires RO, Peres KG, et al. Redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Brasil entre 1998- 2009. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2012 Apr;46(2):359–66. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22331182>
31. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 221/SAS/MS, de 17 de abril de 2008 [Internet]. 2008 p. 15–8. Available from: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-221.htm>
32. Goiânia. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde: 2010 - 2013. 2010 p. 47.
33. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Base de informações do Censo Demográfico 2010 : resultados da Sinopse por setor censitário. 2011.
34. Prefeitura de Goiânia. Mapa Urbano Básico Digital de Goiânia, MUBDG, v.23. 2011.
35. Brasil. Ministério da Saúde. CnesWeb - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [Internet]. 2015 [cited 2015 Jan 2]. Available from: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Natureza.asp?VEstado=52&VMun=520870
36. ESRI . Institute Environmental Systems Research . Arcgis for Desktop Advanced. Redlands, CA; 2014.
37. IBM Corp. IBM SPSS Statistics for Windows, versão 20.0. Armonk, NY; 2011.
38. Centers for Disease Control and Prevention. *Epi Info 7*. Atlanta, EUA; 2011.
39. Rehem TCMSB, Egry EY. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Estado de São Paulo. *Cien Saude Colet*. 2011;16(12):4755–66.
40. Gusmano MK, Rodwin VG, Weisz D. A new way to compare health systems: avoidable hospital conditions in Manhattan and Paris. *Health Aff (Millwood)*

- [Internet]. 2006 [cited 2014 May 25];25(2):510–20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16522605>
41. Bardsley M, Blunt I, Davies S, Dixon J. Is secondary preventive care improving? Observational study of 10-year trends in emergency admissions for conditions amenable to ambulatory care. *BMJ Open* [Internet]. 2013 Jan [cited 2014 Dec 12];3(1):1–12. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3549201&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 42. Junqueira RMP, Duarte EC. Internações hospitalares por causas sensíveis à atenção primária no Distrito Federal, 2008. *Rev Saude Publica*. 2012;46(5):761–8.
 43. Macinko J, Dourado I, Aquino R, Bonolo PDF, Lima-Costa MF, Medina MG, et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Aff (Millwood)* [Internet]. 2010 Dec [cited 2015 Jan 11];29(12):2149–60. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21134915>
 44. Marques AP, Montilla DER, Almeida WDS De, Andrade CLT De. Hospitalization of older adults due to ambulatory care sensitive conditions. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2014 Oct [cited 2014 Dec 7];48(5):817–26. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000500817&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 45. Magan P, Otero A, Alberquilla A, Ribera JM. Geographic variations in avoidable hospitalizations in the elderly, in a health system with universal coverage. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2008 Jan [cited 2014 May 25];8(42):1–11. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2265697&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 46. Gibbons DC, Bindman AB, Soljak M a, Millett C, Majeed A. Defining primary care sensitive conditions: a necessity for effective primary care delivery? *J R Soc Med* [Internet]. 2012 Oct;105(10):422–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23104945>
 47. Gibson OR, Segal L, McDermott R a. A systematic review of evidence on the association between hospitalisation for chronic disease related ambulatory care sensitive conditions and primary health care resourcing. *BMC Health Serv Res* [Internet]. *BMC Health Services Research*; 2013 Jan [cited 2014 May 25];13(1):336. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3765736&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 48. Freund T, Campbell SM, Geissler S, Kunz CU, Mahler C, Peters-Klimm F, et al. Strategies for reducing potentially avoidable hospitalizations for ambulatory care-sensitive conditions. *Ann Fam Med* [Internet]. [cited 2014 Dec 1];11(4):363–70. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3704497&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

49. Prefeitura de Goiânia. Saúde em Goiânia 2001 a 2003: Relatório dos resultados alcançados pela Prefeitura Municipal de Goiânia. 2004 p. 1–14.
50. Goiânia. Secretaria Municipal de Saúde. Projeto Municipal de Expansão do Saude da Família de Goiânia/GO. 2003 p. 1–112.
51. Batista SRR, Jardim PCBV, Sousa ALL, Salgado CM. Hospitalizações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária em municípios goianos. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(1):34–42.
52. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus.TabNet Win32 3.0: Imunizações - Cobertura - Goiás.2015 [cited 2015 Jan 2]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?pni/cnv/cpniuf.def>
53. Pereira DR, Mathias TA de F, Soares DFP de P, Carvalho WO de. Cobertura vacinal em crianças de 12 a 23 meses de idade : estudo exploratório tipo Survey. *Rev Eletrônica Enferm*. 2009;11(2):360–7.
54. 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 Matern Infant*. 2010;10(1):83–91.
55. Pazo RG, Frauches D de O, Molina M del CB, Cade NV. Modelagem hierárquica de determinantes associados a internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(9):1891–902.
56. Macinko J, Oliveira VB De, Turci MA, Guanais FC, Bonolo PF. The Influence of Primary Care and Hospital Supply on Ambulatory Care – Sensitive Hospitalizations Among Adults in Brazil , 1999 – 2007. 2011;101(10):1963–70.
57. Lavoie JG, Forget EL, Dahl M, Martens PJ, O’Neil JD. Is it worthwhile to invest in home care? *Healthc Policy* [Internet]. 2011 May;6(4):35–48. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3107116&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
58. Abrego GR, Garza BRZ, Sánches TR, Rojas JJH. Serie sobre hospitalizaciones evitables y fortalecimiento de la atención primaria en salud. 2012.
59. Ferreira JBB, Borges MJG, Santos LL Dos, Forster AC. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. *Epidemiol e Serviços Saúde* [Internet]. 2014 Mar [cited 2014 Dec 30];23(1):45–56. Available from: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=en
60. Harrison MJ, Dusheiko M, Sutton M, Gravelle H, Doran T, Roland M. Effect of a national primary care pay for performance scheme on emergency hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: controlled longitudinal study. *BMJ Open* [Internet]. 2014 Nov 11 [cited 2014 Nov 12];349(nov11 1):g6423–g6423. Available from: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.g6423>

61. Alves L, Cesar JA, Horta BL. Prevalência de angina pectoris em Pelotas, RS. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. Arquivos Brasileiros de Cardiologia; 2010 Aug [cited 2015 Feb 4];95(2):179–85. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001200007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
62. Marques AP, Montilla DER, Almeida W da S de, Andrade CLT de. Internação de Idosos por condições sensíveis à atenção primária à saúde. *Rev Saude Publica* [Internet]. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2014 Oct [cited 2015 Feb 4];48(5):817–26. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000500817&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
63. Tavares LR, Victor H, Linhares JM, Barros CM de, Oliveira MV, Pacheco LC, et al. Epidemiologia da insuficiência cardíaca descompensada em Niterói: Projeto EPICA - Niterói. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. Arquivos Brasileiros de Cardiologia; 2004 Feb [cited 2015 Feb 4];82(2):121–4. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2004000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
64. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saude. 2014.
65. Brasil. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2013* [Internet]. 2014. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2013.pdf
66. Melo MD, Egly EY. Social determinants of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in Guarulhos, São Paulo. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 Aug [cited 2014 Dec 18];48(spe):129–36. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25517846>
67. Torres RL, Rehem TCMSB, Egly EY, Ciosak SI. O panorama das internações por condições sensíveis à Atenção Primária em um distrito de São Paulo**. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(2):1661–6.
68. Nedel FB, Facchini LA, Bastos JL, Martín-Mateo M. Conceptual and methodological aspects in the study of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. *Cien Saude Colet*. 2011;16(1):1145–54.
69. Losina E, Katz JN. Ambulatory care-sensitive hospitalizations: does one size fit all? *Arthritis Rheum* [Internet]. 2008 Feb 15 [cited 2014 May 25];59(2):159–61. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18240178>
70. 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. *Eur J Public Health* [Internet]. 2012 Jun [cited 2014 May 25];23(3):356–60. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22645236>
71. Melione LPR. Utilização de informações hospitalares do sistema único de saúde para vigilância epidemiológica e avaliação de serviços ambulatoriais em São José dos Campos-São Paulo. *Inf Epidemiológico do Sus* [Internet]. 2002 Dec;11(4):215–25.

Available from:

http://http://scieloteste.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16732002000400004&lng=en&nrm=iso&tlng=en

72. Rehem TCMSB, Oliveira MRF de, Ciosak SI, Egry EY. Registro das internações por condições sensíveis à atenção primária : validação do sistema de informação hospitalar. *Rev Latino-Am Enferm.* 2013;21(5).
73. Abaid RA. Análise da Confiabilidade dos Diagnósticos de Condições Seníveis à Atenção Primária nas autorizações de internação hospitalares. [dissertação]Universidade de Santa Cruz do Sul; 2012. p. 69.

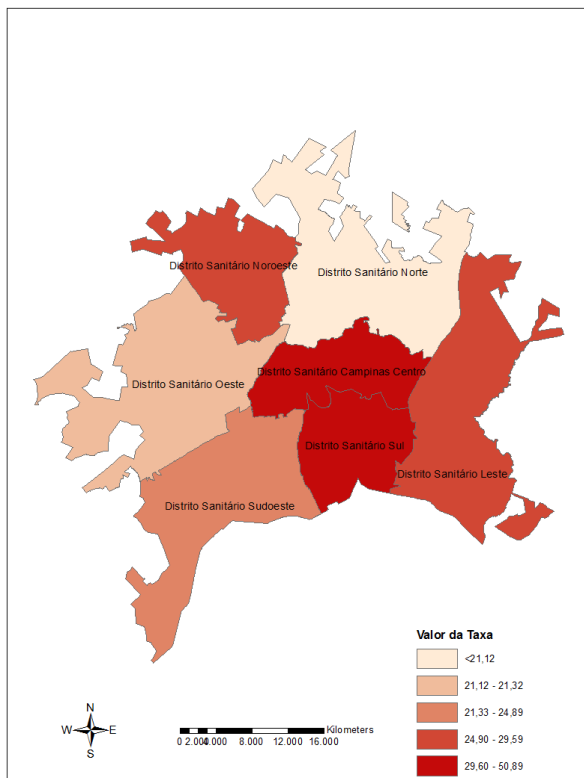
Figuras e Tabelas

Tabela 1. Taxa de Internação por Grupos de Causa. Goiânia, 2008 a 2013.

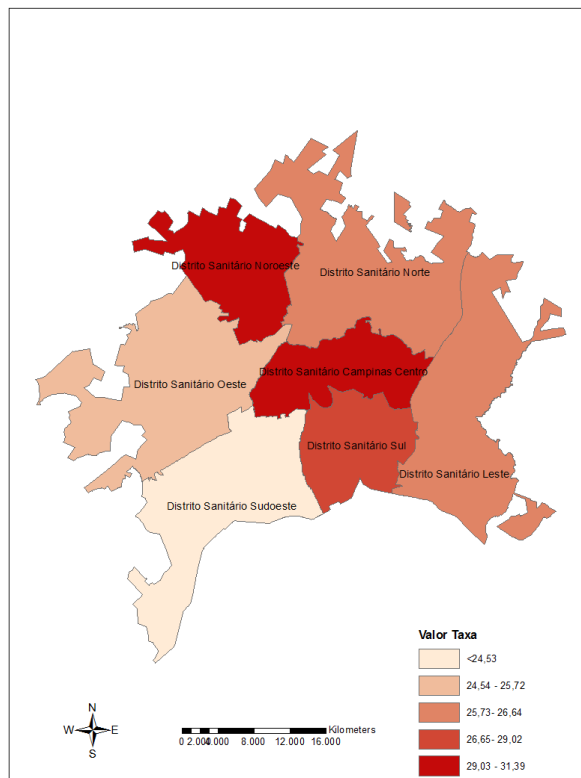
Grupos de Causas	Número Médio de ICSAP 2008 - 2013	Taxa de ICSAP por 10.000	IC 95%
Gastroenterites Infeciosas e complicações	2.509	25,06	24,71 - 26,73
Infecção no Rim e Trato Urinário	2.393	23,90	23,54 - 25,51
Insuficiência Cardíaca	1.764	17,62	17,24 - 18,93
Doenças pulmonares	1.311	13,09	12,72 - 14,18
Angina	1.196	11,94	11,57 - 12,97
Diabetes mellitus	1.092	10,91	10,54 - 11,87
Doenças Cerebrovasculares	891	8,90	8,54 - 9,75
Pneumonias bacterianas	824	8,23	7,88 - 9,04
Hipertensão	808	8,07	7,72 - 8,87
Infecção da pele e tecido subcutâneo	701	7,00	6,66 - 7,74
Asma	684	6,83	6,50 - 7,56
Epilepsias	313	3,13	2,87 - 3,59
Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	257	2,57	2,33 - 2,98
Úlcera gastrointestinal	204	2,04	1,82 - 2,40
Deficiências Nutricionais	186	1,86	1,65 - 2,21
Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	180	1,80	1,59 - 2,14
Infecções de ouvido, nariz e garganta	110	1,10	0,93 - 1,36
Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	91	0,91	0,75 - 1,15
Anemias	58	0,58	0,46 - 0,77
Geral	15.572	155,51	157 - 162

Fonte: SIHD - tabulação realizada pelo autor.

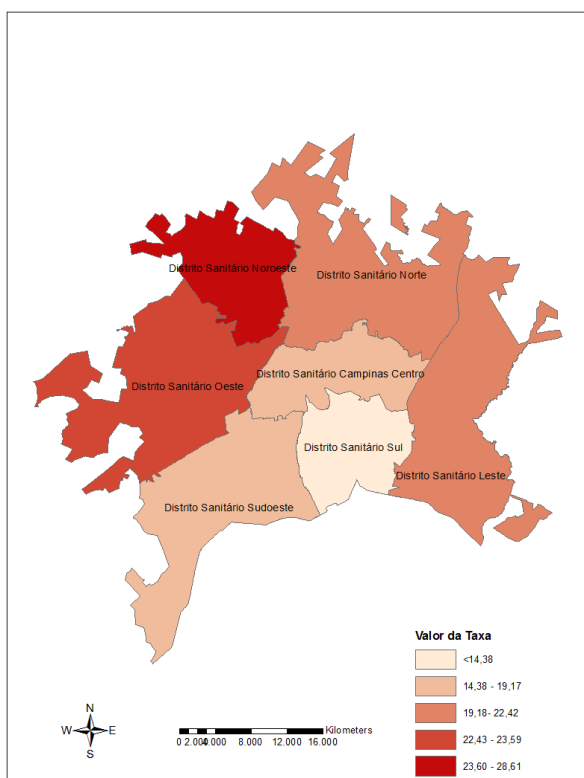
a - Gastroenterites infecciosas



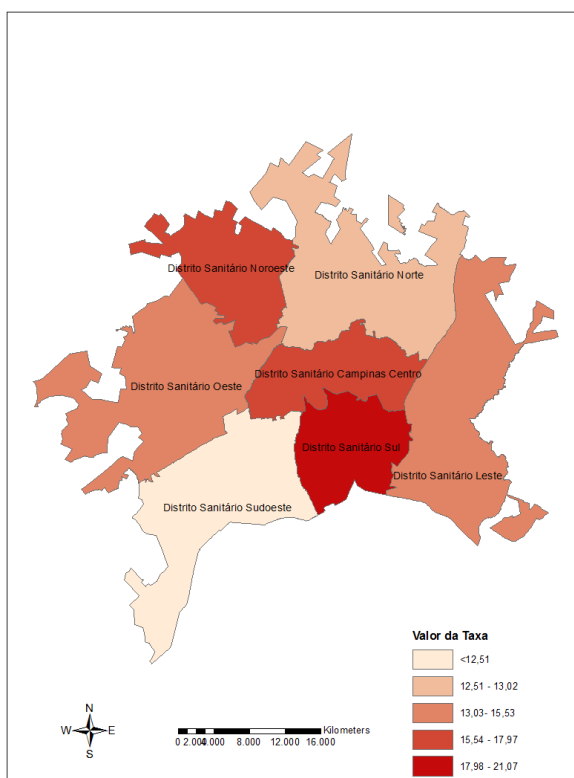
b) infecção no rim ou trato urinário



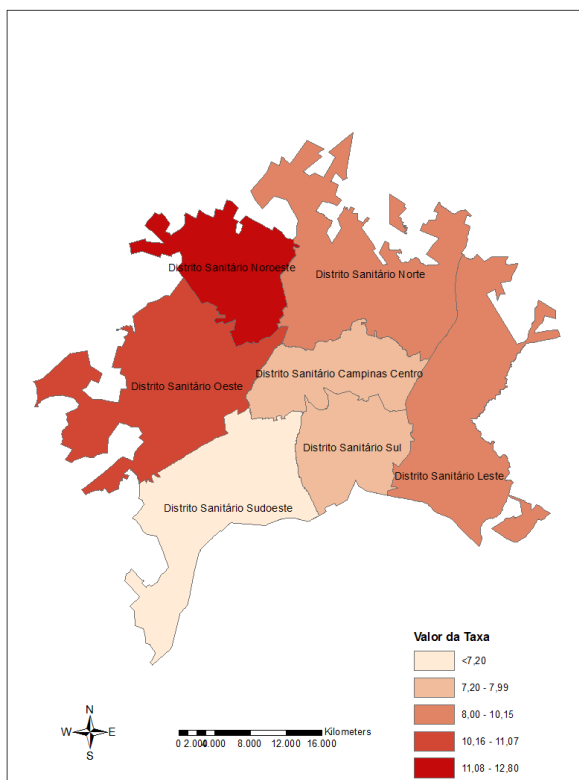
c) insuficiência cardíaca



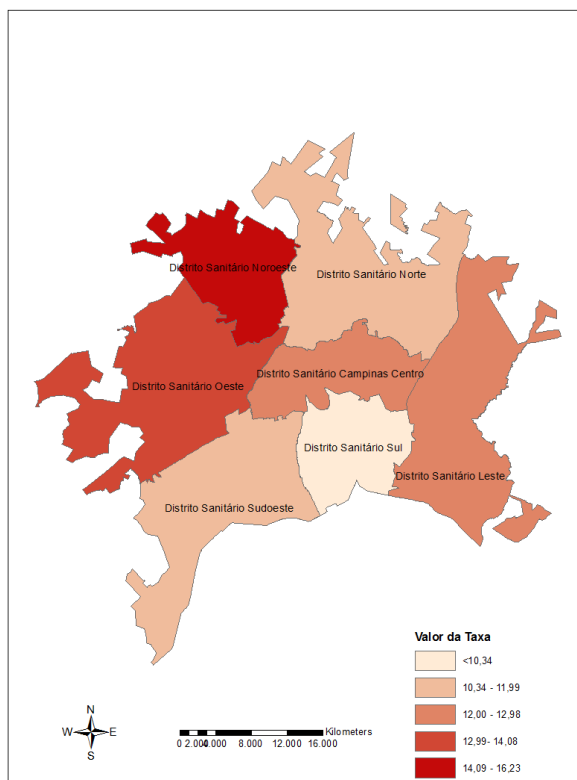
d) doenças pulmonares



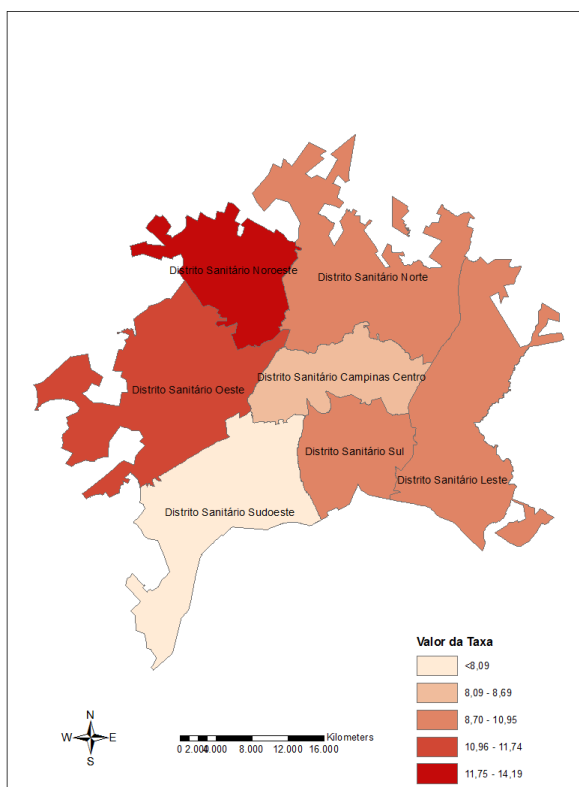
e) angina



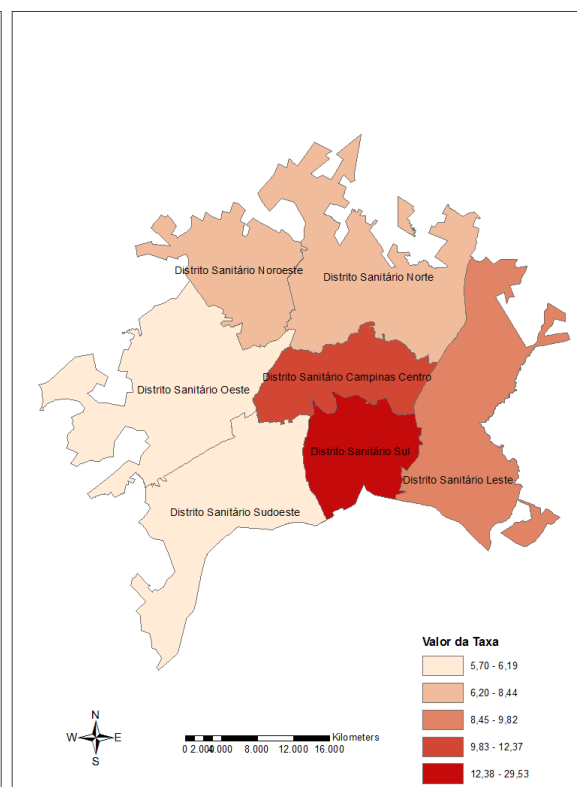
f) diabetes mellitus



g) doenças cerebrovasculares

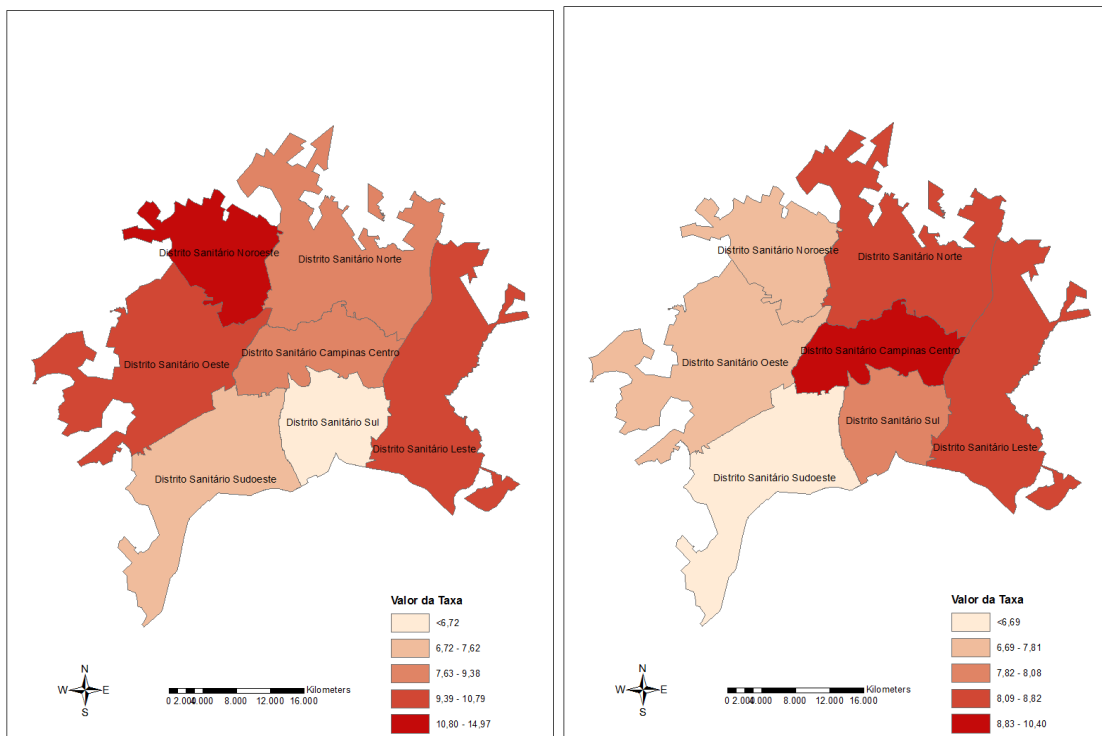


h) pneumonias bacterianas



i) hipertensão

j) infecção de pele e tecido subcutâneo



Fonte: SIHD - tabulação realizada pelo autor.

Figura 1. Padrão de ocorrência espacial das Taxas de ICSAP padronizadas dos 10 principais grupos de condições sensíveis por Distrito Sanitário. Goiânia 2008 a 2013.

Tabela 2. Taxa de ICSAP (por 10.000 hab.) e respectivos IC95% dos principais grupos de causas de ICSAP por faixa etária e Distrito Sanitário. Goiânia, 2010.

a) Faixa etária 0 a 9 anos

Distrito Sanitário	Gastroenterites Infecciosas e complicações	Pneumonias bacterianas	Doenças pulmonares	Asma	Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	Outras Causas	Todas as causas
Noroeste	119,96 (106,9 - 134,6)	33,05 (26,4 - 41,3)	52,64 (44,1 - 62,7)	26,39 (20,6 - 34,0)	18,97 (14,3 - 25,7)	25,91 (20,3 - 33,6)	276,51 (256,6 - 298,1)
Norte	80,52 (67,7 - 95,4)	31,57 (23,9 - 41,6)	41,11 (32,2 - 52,3)	24,03 (17,2 - 32,8)	15,69 (10,3 - 23,0)	21,74 (15,7 - 30,7)	214,07 (192,8 - 237,2)
Sudoeste	133,93 (120,7 - 148,9)	33,03 (26,6 - 40,9)	55,45 (47,0 - 65,4)	24,62 (19,2 - 31,7)	21,71 (16,5 - 28,2)	27,72 (21,9 - 35,1)	296,28 (276,2 - 317,6)
Leste	139,72 (123,90 - 157,10)	46,68 (37,9 - 57,4)	59,23 (49,3 - 71,2)	31,04 (24,0 - 40,1)	23,01 (17,1 - 31,1)	34,55 (27,2 - 44,1)	334,07 (310,0 - 360,5)
Campinas centro	231,08 (207,5 - 257,2)	69,67 (57,1 - 84,9)	84,84 (70,8 - 101,5)	51,85 (40,1 - 65,2)	35,06 (26,5 - 46,6)	52,42 (41,6 - 65,9)	524,48 (488,8 - 562,1)
Oeste	83,85 (72,4 - 96,8)	22,78 (17,5 - 29,5)	35,36 (28,2 - 44,3)	15,59 (11,1 - 22,0)	15,29 (10,7 - 21,5)	22,08 (16,4 - 29,2)	199,10 (181,5 - 218,6)
Sul	262,02 (231,6 - 296,2)	158,24 (134,8 - 185,6)	96,59 (78,5 - 118,6)	85,11 (68,4 - 106,2)	48,98 (36,8 - 65,9)	59,08 (45,7 - 77,5)	709,69 (660,2 - 763,3)

b) faixa etária 10 a 39 anos

Distrito Sanitário	Gastroenterites Infecciosas e complicações	Diabetes mellitus	Infecção no Rim e Trato Urinário	Infecção da pele e tecido subcutâneo	Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	Outras Causas	Total
Noroeste	4,62 (3,3 - 6,3)	2,77 (1,8 - 4,2)	25,05 (21,9 - 28,7)	3,23 (2,2 - 4,7)	6,23 (4,7 - 8,2)	17,20 (14,6 - 20,2)	59,10 (54,1 - 64,5)
Norte	3,79 (2,5 - 5,7)	2,73 (1,7 - 4,4)	17,91 (14,9 - 21,5)	3,95 (2,6 - 5,9)	3,34 (2,1 - 5,1)	13,35 (10,8 - 16,5)	45,07 (40,2 - 50,6)
Sudoeste	5,92 (4,5 - 7,7)	4,28 (3,1 - 5,8)	23,56 (20,7 - 26,8)	3,37 (2,7 - 4,8)	1,43 (0,8 - 2,5)	14,99 (12,7 - 17,7)	53,55 (49,1 - 58,4)
Leste	4,66 (3,3 - 6,5)	3,24 (2,1 - 4,9)	21,11 (18,0 - 24,7)	3,63 (2,5 - 5,3)	3,50 (2,3 - 5,2)	17,87 (15,1 - 21,2)	54,01 (49,0 - 59,5)
Campinas centro	6,30 (4,7 - 8,3)	5,81 (4,3 - 7,8)	28,69 (25,2 - 32,6)	5,69 (4,2 - 7,6)	3,39 (2,3 - 5,0)	21,55 (18,6 - 25,0)	71,43 (65,9 - 77,5)
Oeste	3,38 (2,2 - 5,0)	1,94 (1,5 - 3,9)	17,55 (14,8 - 20,8)	2,99 (1,9 - 4,6)	2,21 (1,3 - 3,6)	13,91 (11,4 - 16,9)	42,51 (38,1 - 47,4)
Sul	4,76 (3,3 - 6,8)	3,57 (2,3 - 5,4)	18,58 (15,5 - 22,2)	3,42 (2,2 - 5,2)	2,23 (1,3 - 3,8)	20,52 (17,3 - 24,3)	53,08 (47,8 - 58,9)

c) 40 a 59 anos

Distrito Sanitário	Hipertensão	Angina	Insuficiência Cardíaca	Diabetes mellitus	Infecção no Rim e Trato Urinário	Outras Causas	Total
Noroeste	20,47 (15,9 - 26,4)	28,92 (23,4 - 35,7)	31,19 (25,4 - 38,2)	21,12 (16,4 - 27,1)	24,04 (19,0 - 30,3)	52,63 (45,0 - 61,5)	178,04 (163,7 - 193,6)
Norte	11,41 (7,9 - 16,3)	16,40 (12,1 - 22,1)	14,97 (10,9 - 20,4)	13,54 (9,7 - 18,8)	14,97 (10,9 - 20,4)	33,50 (27,2 - 41,2)	105,15 (93,7 - 118,0)
Sudoeste	12,55 (9,5 - 16,6)	18,82 (15,0 - 23,6)	21,24 (17,1 - 26,3)	18,10 (14,3 - 22,8)	20,51 (16,5 - 25,5)	46,58 (40,3 - 53,7)	137,80 (126,9 - 149,6)
Leste	13,82 (10,3 - 18,5)	21,18 (16,7 - 26,8)	18,23 (14,1 - 23,5)	15,29 (11,5 - 20,2)	15,88 (12,0 - 20,9)	44,12 (37,5 - 51,9)	128,53 (117,0 - 141,2)
Campinas centro	16,97 (13,7 - 21,7)	24,07 (19,6 - 29,5)	26,85 (22,1 - 32,6)	20,01 (15,9 - 25,0)	22,29 (18,0 - 27,6)	58,52 (51,3 - 66,7)	168,72 (156,4 - 182,0)
Oeste	12,98 (9,3 - 18,0)	15,20 (11,8 - 19,6)	18,79 (14,3 - 24,6)	17,76 (13,4 - 23,5)	17,42 (13,1 - 23,1)	45,09 (37,9 - 53,6)	133,89 (121,2 - 147,9)
Sul	11,16 (8,0 - 15,5)	19,68 (15,4 - 25,1)	17,03 (13,1 - 22,2)	12,63 (9,2 - 17,2)	14,68 (11,0 - 19,5)	46,99 (40,1 - 55,0)	121,88 (110,6 - 134,2)

d) 60 anos ou mais

Distrito Sanitário	Angina	Insuficiência Cardíaca	Doenças Cerebrovasculares	Diabetes mellitus	Infecção no Rim e Trato Urinário	Outras Causas	Total
Noroeste	103,68 (84,3 - 127,3)	185,31 (159,0 - 215,8)	95,96 (77,4 - 118,8)	83,83 (66,5 - 105,4)	67,28 (51,9 - 86,9)	314,36 (279,9 - 352,9)	850,43 (794,2 - 910,2)
Norte	65,83 (50,7 - 85,5)	121,78 (100,7 - 147,0)	55,95 (42,1 - 74,1)	39,50 (28,1 - 55,7)	37,30 (26,2 - 52,7)	142,62 (119,7 - 169,7)	461,88 (420,1 - 507,5)
Sudoeste	68,80 (55,93 - 84,5)	149,32 (130,0 - 171,5)	62,22 (50,0 - 77,3)	62,22 (50,0 - 77,3)	59,29 (47,4 - 74,0)	215,20 (191,8 - 241,3)	223,98 (200,1 - 250,6)
Leste	77,85 (63,3 - 95,6)	138,31 (118,6 - 161,2)	68,74 (55,1 - 85,6)	54,66 (42,6 - 69,9)	46,38 (35,4 - 60,6)	192,15 (168,8 - 218,6)	577,27 (536,7 - 620,7)
Campinas centro	52,65 (43,7 - 63,3)	106,65 (93,7 - 121,3)	49,95 (41,3 - 60,7)	40,95 (33,2 - 50,5)	39,15 (31,5 - 48,5)	148,49 (133,2 - 165,5)	436,93 (410,6 - 464,8)
Oeste	85,31 (67,5 - 107,6)	94,42 (124,8 - 177,0)	72,63 (56,3 - 93,4)	61,10 (46,2 - 80,5)	55,34 (41, - 73,9)	221,35 (191,9 - 255,1)	643,30 (593,0 - 697,50)
Sul	44,75 (36,1 - 55,4)	63,27 (52,8 - 75,7)	45,78 (37,0 - 56,6)	26,75 (20,2 - 35,3)	25,72 (19,3 - 34,2)	99,27 (86,0 - 114,5)	305,03 (281,5 - 330,4)

Fonte: SIHD - tabulação realizada pelo autor.

7.CONCLUSÕES

O presente estudo apresentou um retrato das internações por condições sensíveis em Goiânia e nas suas 07 Regiões Sanitárias. Os seus resultados mostrou a importância de analisar as ICSAP no espaço geográfico intraurbano, uma vez que, a magnitude e a distribuição por grupo de causa e faixa etária das ICSAP apresentam diferenciais importantes, mesmo dentro de um único município com um sistema de saúde que segue a mesma gestão e os mesmos princípios e diretrizes.

Os resultados mostraram desigualdades potencialmente evitáveis por uma atenção básica acessível e de qualidade. As altas taxas por ICSAP por doenças crônicas em regiões com altas coberturas de ESF apontam inadequação do modelo assistencial e problemas na qualidade do cuidado. Altas taxas por doenças infecciosas em crianças em distritos com boas condições socioeconômicas e de saneamento provavelmente se deve a situação de iniquidade social que a atenção básica não identifica e não se responsabiliza. O estudo mostrou situações contraditórias entre os distritos que são preocupantes: distrito sanitário com população consolidada, localizado no anel central urbano com renda superior a média do município, como o Campinas Centro apresenta taxas de ICSAP mais elevadas que as demais regiões de Goiânia; distritos mais periféricos, adensadas em período mais recente e com perfil heterogêneo de população do ponto de vista socioeconômico, como os distritos Norte e Oeste, em vários grupos de causas, e em determinadas faixas etárias, apresentam taxas mais baixas de ICSAP. O que reafirma a iniquidade da atenção primária a saúde da população de Goiânia.

Outro ponto importante apontado pelo estudo foi à tendência de queda nas proporções de internações por condições sensíveis à atenção primária em todos os Distritos Sanitários de Goiânia de 2008 a 2013, porém de forma bastante heterogênea o que mostra a importância da análise desagregada em distritos sanitários e subsidia a tomada de decisão focada em cada região da cidade.

O padrão espacial de ocorrência desigual das taxas de ICSAP em relação a grupos de causas e faixa etária no território urbano de Goiânia apresenta cenários e identifica gargalos na rede de atenção básica que merecem ser investigados e corrigidos através de mudança do modelo assistencial da atenção básica no

município. Além disso, orienta os gestores a rever a organização e localização da rede de atenção primária no município.

O estudo é inovador na análise dos diferenciais intraurbanos nas taxas de ICSAP e no aspecto metodológico de excluir da população sob risco de ICSAP no SUS, a população coberta pelo sistema da saúde suplementar.

Por fim, aponta para a necessidade de uma reorientação do modelo assistencial da Atenção Primária no município, uma vez que, a atenção tem apresentado baixa potencia para evitar internações desnecessárias em algumas regiões de Goiânia e em outras há necessidade de avaliar a necessidade de expansão do acesso para determinados grupos de potenciais usuários do SUS que provavelmente estão descobertos de atenção primária.

8.REFERÊNCIAS

ABAID, R. A. **Análise da Confiabilidade dos Diagnósticos de Condições Seníveis à Atenção Primária nas autorizações de internação hospitalares.** 2012. 69 f. Dissertação(Mestrado em Promoção da Saúde). Universidade de Santa Cruz do Sul. 2012.

ABREGO, G. R. et al. **Serie sobre hospitalizaciones evitables y fortalecimiento de la atención primaria en salud,** 2012.

AGABITI, N. et al. Income level and chronic ambulatory care sensitive conditions in adults: a multicity population-based study in Italy. **BMC public health**, v. 9, p. 457, 2009.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAUDE SUPLEMENTAR, A. **Informações em Saúde Suplementar.** Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/anstabnet/>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

AGUIAR, R. A. T. DE. **A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (aps) e sua influência na emergência e consolidação do sistema único de saúde no Brasil.**2003.136f. Dissertação(Mestrado em Saúde Pública). UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2003.

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

ALMEIDA, E. S. DE; CASTRO, C. G. J. DE; LISBOA, C. A. **Distritos Sanitários : Conceção e Organização.** São Paulo. Editora Fundação Peirópolis Ltda. 1998. 43p.

ALVES, L.; CESAR, J. A.; HORTA, B. L. Prevalência de angina pectoris em Pelotas, RS. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, n. 2, p. 179–185, ago. 2010.

BARDSLEY, M. et al. Is secondary preventive care improving? Observational study of 10-year trends in emergency admissions for conditions amenable to ambulatory care. **BMJ open**, v. 3, n. 1, p. 1–12, jan. 2013.

BARRETO, J. O. M.; NERY, I. S.; COSTA, M. DO S. C. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 515–526, mar. 2012.

BATISTA, S. R. R. et al. Hospitalizações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária em municípios goianos. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 34–42, 2012.

BERMÚDEZ-TAMAYO, C. et al. Características organizativas de la atención primaria y hospitalización por los principales ambulatory care. **Aten Primaria**, v. 33, n. 6, p. 305–311, 2004.

BILLINGS, J. et al. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. **Health Affairs**, v. 12, n. 1, p. 162–173, 1 fev. 1993.

BILLINGS, J.; ANDERSON, G. M.; NEWMAN, L. S. Recent findings on preventable hospitalizations. **Health Affairs**, v. 15, n. 3, p. 239–249, 1 ago. 1996.

BINDMAN, A. B. et al. Preventable hospitalizations and access to health care. **JAMA : the journal of the American Medical Association**, v. 274, n. 4, p. 305–11, 26 jul. 1995.

BINDMAN, A. B. et al. The impact of Medicaid managed care on hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. **Health services research**, v. 40, n. 1, p. 19–38, fev. 2005.

BOING, A. F. et al. Redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Brasil entre 1998- 2009. **Revista de saúde pública**, v. 46, n. 2, p. 359–366, abr. 2012.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretário de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde - Coleção Para Entender a Gestão do SUS**. 1ª edição. Brasília-DF. p.199.2011a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 221/SAS/MS, de 17 de abril de 2008. Estabelece a Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária. 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Memórias da Saúde da Família no Brasil**. 1ª Edição. Brasília-DF: 2010. p.143

BRASIL, Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 28 jan. 2015a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **CnesWeb - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Natureza.asp?VEstado=52&VMun=520870>. Acesso em: 2 jan. 2015b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 1101/GM/MS, de 12 de junho de 2002. Parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 2488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. 2011 b.

BRASIL, Casa Civil. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. 2011c.

BURGDORF, F.; SUNDMACHER, L. Potentially avoidable hospital admissions in Germany: an analysis of factors influencing rates of ambulatory care sensitive hospitalizations. **Deutsches Ärzteblatt international**, v. 111, n. 13, p. 215–23, 28 mar. 2014.

CALDEIRA, A. P. et al. Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**, v. 11, n. 1, p. 61–71, 2011.

CAMINAL HOMAR, J.; CASANOVA MATUTANO, C. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions . Marco conceptual. **Aten Primaria**, v. 31, n. 1, p. 61–65, 2003.

CAMINAL, J. et al. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. **European**, v. 14, n. 3, p. 246–51, set. 2004.

CAMINAL, JOSEFINA et al. Las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions: selección del listado de códigos de diagnóstico válidos para España. **Gac Sanit**, v. 15, n. 2, p. 128–141, 2001.

CARDOSO, C. S. et al. Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. **Rev Panam Salud Publica**, v. 34, n. 4, p. 227–234, 2013.

CASTRO, R. C. L. et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 9, p. 1772–1784, 2012.

CAVALCANTE, D. M. **Internações sensíveis à atenção primária: estudo descritivo com foco em doenças infecciosas e validação do sistema de informações hospitalares, no Hospital Regional do Paranoá, Distrito Federal.** Dissertação (Epidemiologia e Controle de Doenças Infecciosas e Parasitárias). 114p. Universidade de Brasília, 2014.

CDC. **Epi Info 6.04**. Atlanta, EUA, 2001.

CRUZ, R. C. DA; DEUS, J. B. DE. **A Segregação Socioespacial em Goiânia (Goiás): o caso da Região Noroeste.** In: VII CONGRESSO BRASILEIRO DE GEÓGRAFOS. Vitória-ES, 2014. Anais... Vitória-ES: AGB, 2014.

DOURADO, I. et al. Trends in Primary Health Care-sensitive Conditions in Brazil The Role of the Family Health Program (Project ICSAP - Brazil). **Medical Care**, v. 49, n. 6, p. 577–584, 2011.

EGGLI, Y. et al. Comparing potentially avoidable hospitalization rates related to ambulatory care sensitive conditions in Switzerland: the need to refine the definition of health conditions and to adjust for population health status. **BMC health services research**, v. 14, n. 25, p. 1–10, 2014.

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

ESRI, I. E. S. R. **Arcgis for Desktop Advanced** Redlands, CA, 2014.

FAVARO, T. C. P. **O Controle Social no Sistema Único de Saude: a experiência de Goiânia - em duas gestoes (1988 a 1992 e 1993 a 1996)**. Dissertação (Mestrado Serviço Social). 169p. UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2009.

FERNANDES, V. B. L. et al. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. **Revista de saúde pública**, v. 43, n. 6, p. 928–936, 2009.

FERREIRA, J. B. B. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 1, p. 45–56, mar. 2014.

FERRER, A. P. S. et al. The effects of a people-centred model on longitudinality of care and utilization pattern of healthcare services--Brazilian evidence. **Health policy and planning**, v. 29 Suppl 2, p. ii107–13, set. 2014.

FONTENELLE, L. F. **Estratégia Saúde da Família e Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP): revisão sistemática da literatura**. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade). 43p. Universidade São Paulo, 2011.

FREUND, T. et al. Strategies for reducing potentially avoidable hospitalizations for ambulatory care-sensitive conditions. **Annals of family medicine**, v. 11, n. 4, p. 363–70, [s.d.].

FREUND, T. et al. Strategies for Reducing Potentially Avoid- able Hospitalizations for Ambulatory Care– Sensitive Conditions. **Annals of Family Medicine**, v. 11, n. 4, p. 363–370, 2013.

GIBBONS, D. C. et al. Defining primary care sensitive conditions: a necessity for effective primary care delivery? **Journal of the Royal Society of Medicine**, v. 105, n. 10, p. 422–8, out. 2012.

GIBSON, O. R.; SEGAL, L.; MCDERMOTT, R. A. A systematic review of evidence on the association between hospitalisation for chronic disease related ambulatory care sensitive conditions and primary health care resourcing. **BMC health services research**, v. 13, n. 1, p. 336, jan. 2013.

GOIÂNIA. Lei Complementar 183, de 19 de dezembro de 2008. 2008.

GOIÂNIA, Prefeitura Municipal. **Saúde em Goiânia 2001 a 2003: Relatório dos resultados alcançados pela Prefeitura Municipal de Goiânia**. [s.l: s.n.].

GOIÂNIA, Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Geral 1997-2000**. [s.l: s.n.].

GOIÂNIA, Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto Municipal de Expansão do Saude da Família de Goiânia/GO**. [s.l: s.n.].

GOIÂNIA, Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde: 2010 - 2013**. [s.l: s.n.].

GUSMANO, M. K.; RODWIN, V. G.; WEISZ, D. A new way to compare health systems: avoidable hospital conditions in Manhattan and Paris. **Health affairs (Project Hope)**, v. 25, n. 2, p. 510–20, 2006.

HALFON, P. et al. Validation of the Potentially Avoidable Hospital Readmission Rate as a Routine Indicator of the Quality of Hospital Care. **Medical Care**, v. 44, n. 11, p. 972–981, 2006.

HARRISON, M. J. et al. Effect of a national primary care pay for performance scheme on emergency hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: controlled longitudinal study. **BMJ open**, v. 349, n. nov11 1, p. g6423–g6423, 11 nov. 2014.

HOMAR, C. et al. Hospitalizações evitáveis por oportuna e eficaz de cuidados primários. **Aten**, v. 31, n. 1, p. 6–17, 2003a.

HOMAR, J. C. et al. Hospitalizaciones prevenibles mediante una atención primaria oportuna y efectiva. **Aten Primaria**, v. 31, n. 1, p. 6–17, 2003b.

HOSSAIN, M. M.; LADITKA, J. N. Using hospitalization for ambulatory care sensitive conditions to measure access to primary health care: an application of spatial structural equation modeling. **International journal of health geographics**, v. 8, n. 51, p. 51, jan. 2009.

IBGE. **Base de informações do Censo Demográfico 2010 : resultados da Sinopse por setor censitário**. [s.l: s.n.].

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saude**. [s.l: s.n.].

IBM CORP. **IBM SPSS Statistics for Windows, versão 20.0** Armonk, NY, 2011.

JUNQUEIRA, R. M. P.; DUARTE, E. C. Internações hospitalares por causas sensíveis à atenção primária no Distrito Federal , 2008. **Revista de saúde pública**, v. 46, n. 5, p. 761–768, 2012.

LAVOIE, J. G. et al. Is it worthwhile to invest in home care? **Healthcare policy = Politiques de santé**, v. 6, n. 4, p. 35–48, maio 2011.

LIMA, S. C. C. D. A. **Internações Hospitalares de Crianças por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde: estudo de tendência temporal em Pernambuco**. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária). 101p.] UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2012.

LOSINA, E.; KATZ, J. N. Ambulatory care-sensitive hospitalizations: does one size fit all? **Arthritis and rheumatism**, v. 59, n. 2, p. 159–61, 15 fev. 2008.

LUI, C. K.; WALLACE, S. P. A common denominator: calculating hospitalization rates for ambulatory care-sensitive conditions in California. **Preventing chronic disease**, v. 8, n. 5, p. A102, set. 2011.

MACIEL, A. G.; DINIZ, F. J. L. DE S.; CALDEIRA, A. P. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre o perfil de morbidade hospitalar em Minas Gerais. **Saúde em Debate**, v. 38, n. special, p. 319–330, 2014.

MACINKO, J. et al. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **Journal of epidemiology and community health**, v. 60, n. 1, p. 13–9, jan. 2006.

MACINKO, J. et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. **Health affairs (Project Hope)**, v. 29, n. 12, p. 2149–60, dez. 2010.

MACINKO, J. et al. The Influence of Primary Care and Hospital Supply on Ambulatory Care – Sensitive Hospitalizations Among Adults in Brazil , 1999 – 2007. **American Journal of Public Health**, v. 101, n. 10, p. 1963–1970, 2011.

MAFRA, F. **O impacto da atenção básica em saúde em indicadores de internação hospitalar no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Regulação e Gestão de Negócios) 129p UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, 2011.

MAGAN, P. et al. Geographic variations in avoidable hospitalizations in the elderly, in a health system with universal coverage. **BMC health services research**, v. 8, n. 42, p. 1–11, jan. 2008.

MALTA, D. C. et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 16, n. 4, p. 233–244, 2007.

MARQUES, A. P. et al. Internação de Idosos por condições sensíveis à atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 5, p. 817–826, out. 2014.

MÁRQUEZ-CALDERÓN, S. et al. Factores asociados a la hospitalización por procesos sensibles a cuidados ambulatorios en los municipios. **Gac Sanit**, v. 17, n. 5, p. 360–367, 2003.

MELIONE, L. P. R. Utilização de informações hospitalares do sistema único de saúde para vigilância epidemiológica e avaliação de serviços ambulatoriais em São José dos Campos-São Paulo. **Informe Epidemiológico do Sus**, v. 11, n. 4, p. 215–225, dez. 2002.

MELLO, G. A.; MARCOS, M.; DEMARZO, P. ATENÇÃO BÁSICA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - ORIGENS E DIFERENÇAS CONCEITUAIS. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 204–213, 2009.

MELO, M. D.; EGRY, E. Y. Social determinants of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in Guarulhos, São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da U S P**, v. 48, n. spe, p. 129–136, ago. 2014.

MENDONÇA, C. S. et al. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. **Health policy and planning**, v. 27, n. 4, p. 348–55, jul. 2012.

MENDONÇA, S. DE S.; ALBUQUERQUE, E. C. DE. Perfil das internações por condições sensíveis à atenção primária em Pernambuco , 2008 a 2012 *. **Epidemiologia e Serviços de Saude**, v. 23, n. 3, p. 1–11, jun. 2014a.

MONTEIRO, C. A. A queda da desnutrição infantil no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p. 950–950, 2009.

MOURA, B. L. A. et al. Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil : uma análise por faixa etária e região. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**, v. 10, n. 1, p. 83–91, 2010.

NEDEL, F. B. et al. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária , Bagé (RS) Family Health Program and ambulatory care-sensitive conditions in Southern Brazil. **Revista de saúde pública**, v. 42, n. 6, p. 1041–1452, 2008.

NEDEL, F. B. et al. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária : revisão sistemática da literatura *. **Epidemiologia e Serviços de Saude**, v. 19, n. 1, p. 61–75, 2010.

NEDEL, F. B. et al. Conceptual and methodological aspects in the study of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. **Ciencia & saude coletiva**, v. 16, n. 1, p. 1145–1154, 2011.

NICHOLAS, L. H. Better Quality of Care or Healthier Patients? Hospital Utilization by Medicare Advantage and Free-for-Service Enrollees. **Forum Health Econ Policy**, v. 16, n. 1, p. 137–161, 2011.

OLIVEIRA, A. K. P. DE; BORGES, D. F. Programa de Saúde da Família: uma avaliação de efetividade com base na percepção de usuários. **Revista de Administração Pública**, v. 42, n. 2, p. 369–389, 2008.

OMS. **Atención primaria de salud**. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 19789. **Anais...**Genebra: 1978aDisponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>>

OMS. **Declaração de Alma Ata**. Disponível em: <http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1>. Acesso em: 10 jul. 2014b.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778–97, 21 maio 2011.

PARK, J.; LEE, K.-H. The association between managed care enrollments and potentially preventable hospitalization among adult Medicaid recipients in Florida. **BMC health services research**, v. 14, n. 1, p. 247, jan. 2014.

PAZO, R. G. et al. Modelagem hierárquica de determinantes associados a internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 9, p. 1891–1902, 2014.

PEREIRA, D. R. et al. Cobertura vacinal em crianças de 12 a 23 meses de idade : estudo exploratório tipo Survey. **REvista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 360–7, 2009.

PERPETUO, I. H. O.; WONG, L. R. **Atenção Hospitalar por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA) e as mudanças no seu padrão etário: uma análise exploratória dos dados de Minas Gerais.**XII Seminário sobre a Economia Mineira, Diamantina-MG. **Anais...**2006

PREFEITURA DE GOIÂNIA. **Mapa Urbano Básico Digital de Goiânia, MUBDG**, versão 23. 2011.

REHEM, T. C. M. S. B. et al. Registro das internações por condições sensíveis à atenção primária : validação do sistema de informação hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 5, 2013a.

REHEM, T. C. M. S. B. et al. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em uma metrópole brasileira. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v. 47, n. 4, p. 884–890, 2013b.

REHEM, T. C. M. S. B.; EGRY, E. Y. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4755–4766, 2011.

RIZZA, P. et al. Preventable hospitalization and access to primary health care in an area of Southern Italy. **BMC health services research**, v. 7, p. 134, jan. 2007.

RODRIGUES-BASTOS, R. M. et al. Hospitalizations for ambulatory care-sensitive conditions, Minas Gerais, Southeastern Brazil, 2000 and 2010. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 6, p. 958–967, dez. 2014.

RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. DE. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. **Ciencia & saude coletiva**, v. 11, n. 3, p. 713–724, 2006.

ROOS, L. L. et al. Physician Visits , Hospitalizations , and Socioeconomic Status : Ambulatory Care Sensitive Conditions in a Canadian Setting. **Health services research**, v. 40, n. 4, p. 1167–1185, ago. 2005.

ROSANO, A. et al. The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. **European journal of public health**, v. 23, n. 3, p. 356–60, jun. 2012.

SANTOS, V. C. F. D et al. Internações por condições sensíveis a atenção primária (ICSAP): discutindo limites à utilização deste indicador na avaliação da Atenção Básica em Saúde. **Reciis**, v. 7, n. 2, 28 jun. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde. 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2013**. p. 135

SOLBERG, L. I. et al. The Minnesota project: A focused approach to ambulatory quality assessment. **Inquiry**, v. 27, n. 4, p. 359–367, 1990.

SOUZA, L. L. DE; COSTA, J. S. D. DA. Internações por condições sensíveis à atenção primária nas coordenadorias de saúde no RS. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 4, p. 765–772, ago. 2011.

STARFIELD, B. Is primary care essential? **Lancet**, v. 344, n. 8930, p. 1129–1133, out. 1994.

BRASIL, Ministério da Saúde. Datasus. **TabNet Win32 3.0: Imunizações - Cobertura - Goiás**. Disponível em: <
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?pni/cnv/cpniuf.def> Acesso em: 2 jan. 2015b.

TAVARES, L. R. et al. Epidemiologia da insuficiência cardíaca descompensada em Niterói: Projeto EPICA - Niterói. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 82, n. 2, p. 121–124, fev. 2004.

TORRES, R. L. et al. O panorama das internações por condições sensíveis à Atenção Primária em um distrito de São Paulo**. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v. 45, n. 2, p. 1661–1666, 2011.

TORRES, R. L.; CIOSAK, S. I. Overview of hospitalizations by ambulatory care sensitive conditions in the municipality of Cotia, Brazil. **Revista da Escola de Enfermagem da U S P**, v. 48, n. spe, p. 137–144, ago. 2014.

TURCI, M. A. et al. **Avaliação do Impacto das Ações do Programa de Saúde da Família na Redução das Internações Hospitalares por Condições Sensíveis à Atenção Básica em Adultos e Idosos**. 262p. 2012. Disponível em:
<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3261.pdf>>.

VIACAVA, F. V. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciencia & saude coletiva**, v. 9, n. 3, p. 711–724, 2004.

VIANA, A. L. D. D.; POZ, M. R. D. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Phisis: Revista Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 225–264, 2005.

VICTORA, C. G. et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. **Lancet**, v. 377, n. 9782, p. 2042–53, 11 jun. 2011.

WEISSMAN, J. S.; GATSONIS, C.; EPSTEIN, A M. Rates of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland. **JAMA : the journal of the American Medical Association**, v. 268, n. 17, p. 2388–94, 4 nov. 1992.

WHITE, B. M.; ELLIS JR, C.; SIMPSON, K. N. Preventable hospital admissions among the homeless in California: A retrospective analysis of care for ambulatory care sensitive conditions. **BMC health services research**, v. 14, n. 1, p. 511, 25 out. 2014.

WINDOWS, M. **Microsoft Office Access**, 2007.

9.ANEXOS

Portaria nº 221/SAS/MS, de 17 de abril de 2008

PORTARIA Nº 221, DE 17 DE ABRIL DE 2008.

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando o estabelecido no Parágrafo único, do art. 1º, da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, determinando que a Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, publicará os manuais e guias com detalhamento operacional e orientações específicas dessa Política;

Considerando a Estratégia Saúde da Família como prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil;

Considerando a institucionalização da avaliação da Atenção Básica no Brasil;

Considerando o impacto da atenção primária em saúde na redução das internações por condições sensíveis à atenção primária em vários países;

Considerando as listas de internações por condições sensíveis à atenção primária existentes em outros países e a necessidade da criação de uma lista que refletisse as diversidades das condições de saúde e doença no território nacional;

Considerando a possibilidade de incluir indicadores da atividade hospitalar para serem utilizados como medida indireta do funcionamento da atenção básica brasileira e da Estratégia Saúde da Família; e,

Considerando o resultado da Consulta Pública nº 04, de 20 de setembro de 2007, publicada no Diário Oficial da União nº 183, de 21 de setembro de 2007, Página 50, Seção 1, com a finalidade de avaliar as proposições apresentadas para elaboração da versão final da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, resolve:

Art. 1º - Publicar, na forma do Anexo desta Portaria, a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária.

Parágrafo único - As Condições Sensíveis à Atenção Primária estão listadas por grupos de causas de internações e diagnósticos, de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Art. 2º - Definir que a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária será utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal.

Art. 3º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ CARVALHO DE NORONHA
SECRETÁRIO

ANEXO


LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA		
Grupo	Diagnósticos	CID 10
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	
1,1	Coqueluche	A37
1,2	Difteria	A36
1,3	Tétano	A33 a A35
1,4	Parotidite	B26
1,5	Rubéola	B06
1,6	Sarampo	B05
1,7	Febre Amarela	A95
1,8	Hepatite B	B16
1,9	Meningite por Haemophilus	G00.0
001	Meningite Tuberculosa	A17.0
1,11	Tuberculose miliar	A19
1,12	Tuberculose Pulmonar	A15.0 a A15.3, A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9
1,16	Outras Tuberculoses	A18
1,17	Febre reumática	I00 a I02
1,18	Sífilis	A51 a A53
1,19	Malária	B50 a B54
001	Ascariíase	B77
2	Gastroenterites Infecciosas e complicações	
2,1	Desidratação	E86
2,2	Gastroenterites	A00 a A09
3	Anemia	
3,1	Anemia por deficiência de ferro	D50
4	Deficiências Nutricionais	
4,1	Kwashiorkor e outras formas de desnutrição protéico calórica	E40 a E46
4,2	Outras deficiências nutricionais	E50 a E64
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	
5,1	Otite média supurativa	H66
5,2	Nasofaringite aguda [resfriado comum]	J00
5,3	Sinusite aguda	J01
5,4	Faringite aguda	J02
5,5	Amigdalite aguda	J03
5,6	Infecção Aguda VAS	J06
5,7	Rinite, nasofaringite e faringite crônicas	J31
6	Pneumonias bacterianas	
6,1	Pneumonia Pneumocócica	J13
6,2	Pneumonia por Haemophilus influenzae	J14
6,3	Pneumonia por Streptococcus	J15.3, J15.4

6,4	Pneumonia bacteriana NE	J15.8, J15.9
6,5	Pneumonia lobar NE	J18.1
7	Asma	
7,1	Asma	J45, J46
8	Doenças pulmonares	
8,1	Bronquite aguda	J20, J21
8,2	Bronquite não especificada como aguda ou crônica	J40
8,3	Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	J41
8,4	Bronquite crônica não especificada	J42
8,5	Enfisema	J43
8,6	Bronquectasia	J47
8,7	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J44
9	Hipertensão	
9,1	Hipertensão essencial	I10
9,2	Doença cardíaca hipertensiva	I11
10	Angina	
10,1	Angina pectoris	I20
11	Insuficiência Cardíaca	
11,1	Insuficiência Cardíaca	I50
11,3	Edema agudo de pulmão	J81
12	Doenças Cerebrovasculares	
12,1	Doenças Cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13	Diabetes mellitus	
13,1	Com coma ou cetoacidose	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1
13,2	Com complicações (renais, oftálmicas, neurol., circulat., periféricas, múltiplas, outras e NE)	E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8
13,3	Sem complicações específicas	E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14	Epilepsias	
14,1	Epilepsias	G40, G41
15	Infecção no Rim e Trato Urinário	
15,1	Nefrite túbulo-intersticial aguda	N10
15,2	Nefrite túbulo-intersticial crônica	N11
15,3	Nefrite túbulo-intersticial NE aguda crônica	N12
15,4	Cistite	N30
15,5	Uretrite	N34
15,6	Infecção do trato urinário de localização NE	N39.0
16	Infecção da pele e tecido subcutâneo	
16,1	Erisipela	A46
16,2	Impetigo	L01

16,3	Abscesso cutâneo furúnculo e carbúnculo	L02
16,4	Celulite	L03
16,5	Linfadenite aguda	L04
16,6	Outras infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo	L08
17	Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	
17,1	Salpingite e ooforite	N70
17,2	Doença inflamatória do útero exceto o colo	N71
17,3	Doença inflamatória do colo do útero	N72
17,4	Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas	N73
17,5	Doenças da glândula de Bartholin	N75
17,6	Outras afecções inflamatórias da vagina. e da vulva	N76
18	Úlcera gastrointestinal	
18	Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19	Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	
19,1	Infecção no Trato Urinário na gravidez	O23
19,2	Sífilis congênita	A50
19,3	Síndrome da Rubéola Congênita	P35.0

Formulário para solicitação de internação

PROTEÇÃO 1

 SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			2 - CNES		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CNES		
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE			6 - Nº DO PRONTUÁRIO		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	10 - RAÇA/COR	10.1 - ETNIA
11 - NOME DA MÃE		12 - TELEFONE DE CONTATO RÉDIO TELEFONE			
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO RÉDIO TELEFONE			
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRIO)					
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		17 - CDD. BOM MUNICÍPIO	18 - UF	19 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL		24 - CID 10 PRINCIPAL	25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
29 - CLÍNICA	30 - CARATER DA INTERNAÇÃO	31 - DOCUMENTO	32 - Nº DOCUMENTO (CONTRATO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)		
		() CNB () CPF			
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO	35 - ASSINATURA E CARRMIO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - Nº DO RELATÓRIO	41 - SÉRIE		
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNAS DA EMPRESA	44 - CIOCR		
38 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO					
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
() EMPREGADO	() EMPREGADOR	() AUTÔNOMO	() DESEMPREGADO	() APOSENTADO	() NÃO SEGURADO
AUTORIZAÇÃO					
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR	48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
48 - DOCUMENTO		49 - Nº DOCUMENTO (CONTRATO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
() CNB () CPF					
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARRMIO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			

10.APÊNDICE

Goiânia, 02 de janeiro de 2014

Ilmo. Senhor
Dr. Cláudio Tavares Silveira Souza
Diretor de Regulação, Avaliação e Controle da SMS Goiânia
NESTA

Assunto: Solicitação de liberação de banco de dados

Senhor Diretor,

Eu, Alessandro Leonardo Alvares Magalhães, estou cursando Mestrado Profissional na Universidade Federal de Goiás, tendo como orientador o Prof. Doutor Otaliba Libânio de Moraes Neto, e nosso objeto de estudo é as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Goiânia de 2008 a 2013, portanto venho solicitar de V.Sa. a disponibilização dos bancos de dados não identificados de internação de Goiânia no período de 2008 a 2013, para o alcance dos nossos objetivos.



Alessandro Leonardo Alvares Magalhães

CPF 784.995.181-68

*Autorizo a liberação do banco de dados considerados que
será utilizado para curso de Mestrado Profissional da UFG*



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA
Diretoria de Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria
Claudio Tavares Silveira Sousa
Decreto nº. 3465/2013
DIRETOR

População de Goiânia por faixa etária e Distrito Sanitário, 2010.

faixa etária	Campinas Centro	Leste	Noroeste	Norte	Oeste	Sudoeste	Sul	Goiânia
0 a 9 anos	22.730	23.760	26.355	20.336	24.487	31.734	21.895	171.297
10 a 39 anos	114.708	92.188	93.842	79.748	85.294	119.112	114.704	699.596
40 a 59 anos	54.831	41.163	34.225	34.678	33.279	51.513	56.739	306.428
60 anos ou mais	28.960	15.216	10.578	12.020	10.430	18.082	29.394	124.680
Total	221.229	172.327	165.000	146.782	153.490	220.441	222.732	1.302.001

Fonte: Censo IBGE 2010, tabulado pelo autor

População de Goiânia, beneficiária de Plano de Saúde, com cobertura hospitalar. 2010

	0 a 9 anos	10 a 39 anos	40 a 59 anos	60 anos ou +	Sem Faixa Etária	Total de População Beneficiária
Distrito Sanitário Campinas Centro	8.233,00	32.115,00	15.358,00	6.737,00	7,00	62.450,00
Distrito Sanitário Leste	3.839,00	14.976,00	7.162,00	3.142,00	3,00	29.122,00
Distrito Sanitário Noroeste	1.847,00	7.206,00	3.446,00	1.512,00	2,00	14.013,00
Distrito Sanitário Norte	3.550,00	13.847,00	6.622,00	2.905,00	3,00	26.927,00
Distrito Sanitário Oeste	2.145,00	8.368,00	4.002,00	1.756,00	2,00	16.273,00
Distrito Sanitário Sudoeste	5.402,00	21.071,00	10.077,00	4.420,00	5,00	40.975,00
Distrito Sanitário Sul	12.163,00	47.444,00	22.689,00	9.953,00	11,00	92.260,00
perda	2.457,00	9.583,00	4.583,00	2.010,00	2,00	18.635,00
Total geral	39.637,00	154.610,00	73.937,00	32.435,00	36,00	300.655,00

Fonte: tabulado pelo autor, referente aos dados repassados pela ANS de usuários por bairro de Goiânia.

População por Distrito Sanitário e faixa etária, censo IBGE 2010.

faixa etária	Campinas Centro		Leste		Noroeste		Norte		Oeste		Sudoeste		Sul		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
< 1 ano	2.370	1,07	2.260	1,31	2.557	1,55	2.023	1,38	2.485	1,62	3.234	1,47	2.377	1,07	17.305	1,33
1 a 4 anos	8.910	4,03	9.312	5,40	10.192	6,18	7.985	5,44	9.569	6,23	12.412	5,63	8.779	3,94	67.160	5,16
5 a 9 anos	11.450	5,18	12.188	7,07	13.605	8,25	10.328	7,04	12.433	8,10	16.088	7,30	10.739	4,82	86.831	6,67
10 a 14 anos	13.394	6,05	13.895	8,06	15.445	9,36	11.903	8,11	13.782	8,98	18.266	8,29	12.659	5,68	99.345	7,63
15 a 19 anos	18.261	8,25	14.822	8,60	15.529	9,41	12.850	8,75	13.549	8,83	18.696	8,48	18.021	8,09	111.727	8,58
20 a 24 anos	25.343	11,46	16.852	9,78	16.300	9,88	14.606	9,95	14.462	9,42	20.807	9,44	23.460	10,53	131.831	10,13
25 a 29 anos	23.605	10,67	17.564	10,19	16.366	9,92	14.510	9,89	15.394	10,03	21.875	9,92	23.139	10,39	132.453	10,17
30 a 34 anos	18.793	8,49	15.695	9,11	16.034	9,72	13.764	9,38	15.166	9,88	21.279	9,65	20.699	9,29	121.430	9,33
35 a 39 anos	15.312	6,92	13.359	7,75	14.168	8,59	12.115	8,25	12.941	8,43	18.188	8,25	16.726	7,51	102.809	7,90
40 a 44 anos	14.967	6,77	12.529	7,27	11.852	7,18	11.000	7,49	11.129	7,25	16.514	7,49	15.631	7,02	93.622	7,19
45 a 49 anos	14.959	6,76	11.419	6,63	9.370	5,68	9.626	6,56	9.040	5,89	14.282	6,48	15.504	6,96	84.200	6,47
50 a 54 anos	13.711	6,20	9.628	5,59	7.481	4,53	7.866	5,36	7.526	4,90	11.703	5,31	13.874	6,23	71.789	5,51
55 a 59 anos	11.194	5,06	7.587	4,40	5.522	3,35	6.187	4,22	5.584	3,64	9.014	4,09	11.730	5,27	56.817	4,36
60 a 64 anos	8.441	3,82	5.490	3,19	3.962	2,40	4.483	3,05	3.899	2,54	6.565	2,98	9.619	4,32	42.460	3,26
65 a 69 anos	6.455	2,92	3.651	2,12	2.683	1,63	2.865	1,95	2.584	1,68	4.475	2,03	6.880	3,09	29.594	2,27
70 a 74 anos	5.424	2,45	2.706	1,57	1.880	1,14	2.044	1,39	1.821	1,19	3.164	1,44	5.326	2,39	22.363	1,72
75 a 79 anos	4.037	1,82	1.704	0,99	1.041	0,63	1.306	0,89	1.074	0,70	1.921	0,87	3.511	1,58	14.595	1,12
80 anos ou mais	4.603	2,08	1.665	0,97	1.012	0,61	1.323	0,90	1.052	0,69	1.957	0,89	4.058	1,82	15.670	1,20
total	221.229	100,00	172.327	100,00	165.000	100,00	146.782	100,00	153.490	100,00	220.441	100,00	222.732	100,00	1.302.001	100,00