

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

MARINA SHINZATO CAMELO

**INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO
PRIMÁRIA EM PEDIATRIA EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DO
DISTRITO FEDERAL ENTRE 2008 A 2017**

**BRASÍLIA
2019**

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

MARINA SHINZATO CAMELO

**INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO
PRIMÁRIA EM PEDIATRIA EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DO
DISTRITO FEDERAL ENTRE 2008 A 2017**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Área de Concentração: Cuidado, Gestão e Tecnologia em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Gestão dos Sistemas e de Serviços em Saúde e Enfermagem.

**BRASÍLIA
2019**

Ficha Catalográfica

Camelo, Marina Shinzato.

Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Pediatria em uma região de saúde do Distrito Federal entre 2008 a 2017 / Marina Shinzato

Camelo. - Brasília, 2019.

X p.

Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2019.

Inclui bibliografia.

Orientação: Profa. Dra. Tania Cristina Morais Santa Barbara Rehem.

1.Enfermagem Pediátrica. 2.Atenção Primária à Saúde. 3.Hospitalização.
4.Avaliação em Saúde 5.Pediatria. 6.Asma.

MARINA SHINZATO CAMELO

**INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO
PRIMÁRIA EM PEDIATRIA EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DO
DISTRITO FEDERAL ENTRE 2008 A 2017**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Tania Cristina Moraes Santa Barbara Rehem
Presidente da Banca
Universidade de Brasília – UnB

Profa. Dra. Flávia Reis de Andrade
Membro Efetivo, Externo ao Programa
Universidade de Brasília - UnB

Profa. Laiane Medeiros Ribeiro
Membro Efetivo
Universidade de Brasília - UnB

Profa. Dra. Walterlânia Silva Santos
Membro Suplente
Universidade de Brasília – UnB

Dedico este trabalho aos meus pais.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, Senhor do meu coração e da minha vida, por não se deixar vencer em bondade.

Agradeço aos meus pais, pelo amor incondicional e exemplo de dedicação.

Agradeço ao meu irmão Pedro, pela amizade sem igual, que me inspira a ser melhor.

À minha madrinha Ilse pelo incentivo aos estudos desde sempre.

À Comunidade Católica Shalom, por ser lugar da Misericórdia em minha vida.

Aos meus Formadores, por me ensinarem que há um tempo para cada coisa debaixo do céu.

Aos amigos, tesouros dados por Deus, que me suportaram diretamente nesse processo, em especial: Pabline, Carol e Amanda.

À Tia Odelizia, pelo cuidado e disponibilidade comigo, em especial neste trabalho.

Ao amigo Guilherme por seu coração incrivelmente generoso, sempre disposto a ajudar.

Aos amigos Raíza e Paulo, por incentivarem através de suas trajetórias, a realização desse mestrado.

À minha orientadora Tania pela dedicação, zelo e paciência, ao longo desses anos de parceria. Cresci muito a partir do seu olhar e sua confiança em meu trabalho.

À Universidade de Brasília por esses bons 10 anos de aprendizado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da bolsa de mestrado.

“Começar é de todos, perseverar, de santos”
(São Josemaria Escrivá)

“Começamos, irmãos, pois até agora, pouco ou nada fizemos”
(São Francisco de Assis)

RESUMO

Introdução: A compreensão do perfil das internações pediátricas e dos fatores de risco associados é primordial para compreender os principais motivos de hospitalizações, como também permite o desenvolvimento de estratégias e melhora do desempenho dos serviços de saúde na prevenção de complicações e na realização de cuidados por parte dos profissionais, especialmente a enfermagem, às crianças e suas famílias. As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) se constituem um indicador adotado pelo Ministério da Saúde como ferramenta para analisar, de forma indireta, a efetividade e resolubilidade da assistência prestada na Atenção Primária à Saúde (APS). Nesse sentido, este estudo busca responder a seguinte pergunta: Qual o perfil das ICSAP em crianças no Hospital Regional de Ceilândia-HRC? **Objetivo:** Analisar o perfil das ICSAP em crianças de 0-9 anos, no hospital regional da Região Administrativa de Ceilândia, Distrito Federal, no período de 2008-2017. **Metodologia:** estudo de série temporal, tipo tendência, no qual foi descrito o perfil das ICSAP considerando as variáveis: grupos de causas e diagnósticos, faixa etária, sexo, óbitos, município de residência e gastos. Foi utilizado o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) e os dados para elaboração do perfil de ICSAP foram obtidos por meio da Lista Brasileira. Foram calculadas frequências, percentuais e taxas de ICSAP, como também o teste qui-quadrado. Quanto aos aspectos éticos esta pesquisa foi realizada a partir de informações de acesso público não necessitando de análise pelo CEP\CONEP. **Resultados:** Foram registradas 27.650 internações no HRC sendo 7.037 por ICSAP, no período entre 2008 a 2017, em crianças de 0 a 9 anos. Asma, Pneumonias bacterianas e Gastroenterites infecciosas e complicações, as três primeiras causas somam 52,51% das internações. Houve um crescimento de 60,19% na frequência de ICSAP. As taxas de ICSAP 0 a 4 anos aumentaram 40,79% e na faixa etária de 5 a 9 anos o aumento foi 63,59% no período. No teste qui-quadrado foi constatado que o valor de $p < 0,001$, verificando que dependendo da ICSAP há faixas etárias que foram mais predominantes. O gasto total foi estimado em 2.805.551,53 reais, com aumento de 10,23% nos gastos, comparando-se o primeiro com o último ano da série. O maior gasto foi com Asma, desembolsando 27,93% do total. **Conclusão:** O aumento das ICSAP, na região de saúde do estudo, pode revelar a fragilidade da APS local, embora outros aspectos, também, devam ser analisados. Quanto aos grupos de causas mais frequentes, quais sejam, asma, pneumonias bacterianas e gastroenterites infecciosas, verifica-se que são problemas passíveis de enfrentamento pelas equipes de Estratégia Saúde da Família, em especial para a enfermagem, que atua diretamente fazendo o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças, aliadas com a melhoria de problemas sociais e ambientais. Esses resultados poderão colaborar

para as discussões atuais que vem ocorrendo no Distrito Federal, em função da proposta de reorientação do modelo de atenção.

Descritores: Enfermagem Pediátrica; Atenção Primária à Saúde; Hospitalização; Avaliação em Saúde; Pediatria; Asma.

ABSTRACT

Introduction: Understanding the profile of pediatric hospitalizations and associated risk factors is essential to understand the main reasons for hospitalization, but also enables the development of strategies and performance improvement of health services in the prevention of complications and in care by the professionals, especially nursing, to children and their families. Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSCs) are an indicator adopted by the Health Ministry as a tool to indirectly analyze the effectiveness and resolubility of care provided in Primary Health Care. In this sense, this study seeks to answer the following question: What is the profile of ACSCs in children at the Regional Hospital of Ceilândia? **Objective:** To analyze the profile of ACSCs in children aged 0-9 years, in the regional hospital in Ceilândia, Federal District, between 2008 and 2017. **Methodology:** study of time series, trend type in which the ACSCs profile was described considering the following variables: causes and diagnoses groups, age group, sex, deaths, municipality of residence and expenditures. The Hospital Information System of the Unified Health System (SUS) was used and the data for the elaboration of the ACSCs profile were obtained through the Brazilian List. Frequencies, percentages and ACSCs rates were calculated, as well as the chi-square test. Regarding the ethical aspects, this research was carried out from information of public access, not requiring analysis by CEP/CONEP. **Results:** There were 27.650 hospitalizations in the HRC and 7,037 in the period between 2008 and 2017 in children 0-9. Asthma, bacterial pneumonias and infectious gastroenteritis and complications, the first three causes account for 52,51% of hospitalizations. There was a 60,19% increase in the frequency of ACSCs. ACSCs rates from 0 to 4 years increased 40,79% and in the age group from 5 to 9 years the increase was 63,59% in the period. In the chi-square test it was found that the value of $p < 0,001$, finding that depending on the ACSCs there are age groups that were more prevalent. Total expenditure was estimated at 2.805.551,53 reais, with a 10,23% increase in expenses, comparing the first with the last year of the series. The biggest expense was with Asthma, disbursing 27,93% of the total. **Conclusion:**

The increase in ACSCs in the health region of the study may reveal the fragility of local Primary Health Care, although other aspects should also be analyzed. As for the most frequent groups of causes, such as asthma, bacterial pneumonia and infectious gastroenteritis, it is verified that they are problems that can be dealt with by the Family Health Strategy teams, especially for nursing, which acts directly by monitoring the growth and development of children, allied with the improvement of social and environmental problems. These results may contribute to the current discussions that are taking place in the Federal District, due to the proposed reorientation of the

care model.

Descriptors: Pediatric Nursing; Primary Health Care; Hospitalization; Health Evaluation; Pediatrics; Asthma.

RESUMEN

Introducción: Comprender el perfil de las hospitalizaciones pediátricas y los factores de riesgo asociados es primordial para comprender las razones principales de las hospitalizaciones, así como para desarrollar estrategias y mejorar el rendimiento de los servicios de salud para prevenir complicaciones y atender a los pacientes. Profesionales, especialmente enfermería, a los niños y sus familias. Las hospitalizaciones por afecciones de atención primaria (ICSAP, por sus siglas en inglés) son un indicador adoptado por el Ministerio de Salud como una herramienta para analizar indirectamente la efectividad y la capacidad de resolución de la atención brindada en la atención primaria de salud. En este sentido, este estudio busca responder a la siguiente pregunta: ¿Cuál es el perfil de las ICSAP en niños en el Hospital Regional de Ceilândia-HRC? **Objetivo:** Analizar el perfil de las ICSAP en niños de 0-9 años, en el hospital regional de la Región Administrativa de Ceilândia, Distrito Federal, en el período de 2008-2017. **Metodología:** Estudio de series de tiempo, tipo tendencia, en el cual se describió el perfil de las ICSAP considerando las variables: grupos de causas y diagnósticos, grupo de edad, sexo, óbitos, municipio de residencia y gastos. Se utilizó el Sistema de Informaciones Hospitalarias del Sistema Único de Salud (SUS) y los datos para la elaboración del perfil de ICSAP fueron obtenidos por medio de la Lista Brasileña. Se calcularon frecuencias, porcentajes y tasas de ICSAP y la prueba qui-cuadrado. En cuanto a los aspectos éticos esta investigación fue realizada a partir de informaciones de acceso público no necesitando de análisis por el CEP \ CONEP. **Resultados:** Se registraron 27.650 internaciones en el HRC siendo 7.037 por ICSAP, en el período entre 2008 a 2017, en niños de 0 a 9 años. Asma, Neumonías bacterianas y Gastroenteritis infecciosas y complicaciones, las tres primeras causas suman el 52,51% de las internaciones. Hubo un crecimiento del 60,19% en la frecuencia de ICSAP. Las tasas de ICSAP de 0 a 4 años aumentaron un 40,79% y en el grupo de edad de 5 a 9 años el aumento fue del 63,59% en el período. En la prueba qui-cuadrada se constató que el valor de $p < 0,001$, verificando que dependiendo de la ICSAP hay franjas etarias que fueron más predominantes. El gasto total fue estimado en 2.805.551,53 reales, con un aumento del 10,23% en los gastos, comparándose el primero con el último año de la serie. El mayor gasto fue con Asma, desembolsando el 27,93% del total. **Conclusión:** El aumento de las ICSAP en la región de salud del estudio puede revelar la fragilidad de la APS local, aunque también se deben analizar otros aspectos. En cuanto a los grupos de causas más frecuentes, como el asma, la neumonía bacteriana y la gastroenteritis infecciosa, se verifica que se trata de problemas que pueden ser abordados por los equipos de la Estrategia Salud de la Familia, especialmente para la enfermería, que actúa directamente al monitorear el crecimiento. y el desarrollo de los niños, aliados con la mejora de

los problemas sociales y ambientales. Estos resultados pueden contribuir a las discusiones actuales que tienen lugar en el Distrito Federal, debido a la propuesta de reorientación del modelo de atención.

Descriptores: Enfermería Pediátrica; Atención Primaria de Salud; Hospitalización; Evaluación en Salud; Pediatría; Asma.

LISTAS DE GRÁFICOS

Figura 1 - Frequência de ICSAP em crianças, segundo ano de internação registrado no SIH/SUS. Hospital Regional de Ceilândia. Ceilândia/DF, 2008 a 2017.....	44
Figura 2 - Frequências Asma, Pneumonias bacterianas e Gastroenterites infecciosas, três principais ICSAP por ano, em crianças de 0-9 anos. Hospital Regional de Ceilândia. Ceilândia/DF, 2008 a 2017.	47
Figura 3 - Variação da frequência ao longo dos anos dos grupos de causas e diagnósticos de Asma, Doenças pulmonares, Epilepsias e Infecção no rim e trato urinário. Hospital Regional de Ceilândia. Ceilândia/DF, 2008 a 2017.....	48
Figura 4 – Percentual de ICSAP em crianças, por município de residência, registrada no SIH/SUS. Hospital Regional de Ceilândia. Ceilândia/DF, 2008 a 2017.....	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Frequência de ICSAP em crianças, por grupo de causas e diagnósticos, segundo ano de internação registrado no SIH/SUS. Hospital Regional de Ceilândia. Ceilândia/DF, 2008 a 2017.....	45
Tabela 2 – Frequência de ICSAP em crianças e variação de 2008 a 2017, por grupos de causas e diagnósticos. Hospital Regional de Ceilândia. Ceilândia/DF, 2008 e 2017.....	49
Tabela 3 - Taxa de ICSAP (por 10.000 hab.) por faixa etária, Hospital Regional de Ceilândia. Ceilândia/DF, 2008 a 2017.....	50
Tabela 4 - Frequência de ICSAP, por grupos de causas e diagnósticos, por faixa etária Hospital Regional de Ceilândia. Ceilândia/DF, 2008 e 2017.....	51
Tabela 5 - Frequência de ICSAP em crianças, por grupos de causas e diagnósticos, por sexo. Hospital Regional de Ceilândia. Ceilândia/DF, 2008 e 2017.....	52
Tabela 6 - Frequência de ICSAP em crianças, e óbito por ICSAP, por sexo, segundo faixa etária. Hospital Regional de Ceilândia. Ceilândia/DF, 2008 a 2017.....	53
Tabela 7 - Frequência de óbitos por ICSAP, segundo faixa etária e sexo. Hospital Regional de Ceilândia. Ceilândia/DF, 2008 e 2017.....	54
Tabela 8 – Gasto total em reais das ICSAP em crianças no DF e HRC, por grupos de causas e diagnósticos, 2008 a 2017.....	56
Tabela 9 – Gastos totais em reais com ICSAP registrados no SIH/SUS, por grupos de causas e diagnósticos. Hospital Regional de Ceilândia. Ceilândia/DF, 2008 a 2017.....	57

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAE – Atenção Ambulatorial Especializada
AB - Atenção Básica
ACE – Agente de Combate às Endemias
ACS – Agente Comunitário de Saúde
ACSC – *Ambulatory Care-Sensitive Conditions*
AIDPI – Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância
AIH - Autorização de Internação Hospitalar
APS – Atenção Primária à Saúde
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi – Centro de Apoio Psicossocial Infantil
CE - Ceará
CEP/CONEP – Comitê de Ética em Pesquisa da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CID – Classificação Internacional de Doenças
CSAP – Condições Sensíveis à Atenção Primária
DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DDA – Doença Diarreica Aguda
DF – Distrito Federal
ESF – Estratégia Saúde da Família
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP – Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
HRC – Hospital Regional de Ceilândia
HCB – Hospital da Criança de Brasília José de Alencar
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
GO - Goiás
MS/GM – Ministério da Saúde/ Gabinete do Ministro
NOAS – Normas para a Organização da Assistência à Saúde
NOB – Normas Operacionais Básicas
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Pan-americana de Saúde
PAB – Piso de Atenção Básica
PAC – Pneumonia Adquirida na Comunidade
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISC – Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PDAD - Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios.
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNAISC – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNI – Programa Nacional de Imunizações
PPI – Programação Pactuada e Integrada
PS – Pronto-Socorro
PROESF – Programa de Consolidação e Expansão da Saúde da Família
PSF – Programa Saúde da Família
RA – Região Administrativa
RAS – Redes de Atenção à Saúde
RIDE-DF – Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SBMFC – Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

SES/DF – Secretaria de Saúde do Distrito Federal

SIH – Sistema de Internação Hospitalar

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

USD – Dólar Norte Americano

SUMÁRIO

<u>1- INTRODUÇÃO.....</u>	<u>19</u>
<u>2- OBJETIVOS.....</u>	<u>23</u>
<u>3- REFERENCIAL TEÓRICO.....</u>	<u>24</u>
3.1 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)	24
3.2 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS).....	26
3.2.1 APS NO BRASIL	28
3.2.2 APS NO DISTRITO FEDERAL (DF).....	32
3.3. A UTILIZAÇÃO DO INDICADOR INTERNAÇÃO POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA (ICSAP)	34
3.4 - SAÚDE DA CRIANÇA	35
<u>4- MÉTODOS.....</u>	<u>40</u>
4.1 TIPO DE ESTUDO	40
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO	40
4.3 VARIÁVEIS E INDICADORES.....	41
4.4. FONTE E COLETA DE DADOS	41
4.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	42
4.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	42
<u>5 – RESULTADOS</u>	<u>43</u>
<u>6 - DISCUSSÃO.....</u>	<u>58</u>
<u>7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	<u>72</u>
<u>8 - REFERÊNCIAS</u>	<u>74</u>
<u>9- ANEXOS.....</u>	<u>89</u>

1. INTRODUÇÃO

Experiências exitosas em países como Espanha, Cuba, Canadá, dentre outros, vem fortalecendo a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo organizador dos sistemas de saúde, por meio de evidências como, melhores resultados na saúde da população, diminuição dos gastos em saúde, maior equidade e acesso ao sistema de saúde, melhor qualidade, e maior satisfação do usuário (STARFIELD, 2017; STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005; MENDES, 2015).

No Brasil, a APS vem cada vez mais, ocupando lugar de destaque, desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção Primária (PNAB) vem passando por revisões, desde a sua publicação em 2006, na qual ficou estabelecida a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) (BRASIL, 2006). A PNAB 2012 alterou a nomenclatura de PSF para Estratégia Saúde da Família (ESF), além de atualizar alguns conceitos, trouxe a APS como articuladora com os outros serviços de saúde na forma de redes de atenção à saúde (BRASIL, 2011a). E a PNAB 2017 reconhece outras formas de organização da Atenção Básica (AB) para além da saúde da família, incorporando o Agente de Combate às Endemias (ACE) como parte da Equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2017a).

A partir da PNAB de 2012, mantendo a afirmativa na PNAB 2017, os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS), foram considerados como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidos dentro de uma atenção que seja inclusiva (BRASIL, 2011a, 2017a). Vale ressaltar que inicialmente o Brasil adotou a terminologia de Atenção Básica em detrimento de Atenção Primária para fazer contraposição a posições reducionistas, adotadas em diversos países, no que diz respeito a restrição de acesso e efetividade dos cuidados (BRASIL, 2007).

Ainda que pesem os diversos avanços do SUS, em especial da APS, como ampliação de acesso, persistem alguns problemas a serem superados, particularmente em decorrência de mudança do perfil demográfico e epidemiológico. Essas mudanças geram novos desafios nos campos da assistência, da pesquisa e da administração dos recursos, os quais a cada dia se tornam mais escassos (MENDES *et al.*, 2012).

Para o enfrentamento dessas questões, faz-se necessário, dentre outros aspectos, a mudança do modelo assistencial, passando de fragmentado, modelo hegemônico em várias realidades no mundo e particularmente no Brasil, para redes de atenção com a APS sendo

coordenadora do cuidado e ordenadora da rede (BRASIL, 2010a), de modo que cerca de 80% dos problemas de saúde, possam ser solucionados neste âmbito da atenção, conforme demonstram as evidências (MORIMOTO; COSTA, 2017).

Ainda sobre o modelo de atenção fragmentado, evidências apontam que quando ocorrem problemas ou falhas no acesso e efetividade da APS, a população busca outros serviços, como as emergências e urgências dos hospitais, ocasionando o que é observado, no cenário nacional, a superlotação dos prontos-socorros, a grande sobrecarga dos profissionais da linha de frente desses setores, e a ocorrência de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), ou seja, internações que ocorreram por agravos que poderiam ter sido resolvidos pela APS (CAMPOS; THEME-FILHA, 2012).

A adoção do indicador ICSAP no Brasil, lista brasileira com 19 grupos de causas e diagnósticos de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID) 10, ocorreu por meio da Portaria do Ministério da Saúde MS/GM no 221, de 17 de abril de 2008. O processo de construção deste indicador resultou de um importante empenho conduzido pelo Ministério da Saúde, envolvendo pesquisadores da APS, gestores, membros da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, assim como toda a sociedade, mediante consulta pública (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

O Distrito Federal (DF) vem passando por um processo de reversão do modelo assistencial, por meio das Portarias nº 77, de 14 de fevereiro de 2017 e Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017, que estabelecem a Política de APS no Distrito Federal e disciplina o processo de conversão da APS ao modelo da ESF, respectivamente (DISTRITO FEDERAL, 2017a, 2017b).

O estudo de Evangelista *et al.* (2019) relata uma experiência de Planificação da Atenção à Saúde (PAS), realizada na Região Leste, no Distrito Federal (DF) iniciada em 2016 no qual os resultados deste processo apontam para uma melhor organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), especificamente para a linha de cuidado das condições crônicas, hipertensão e diabetes. Na APS foram organizados os macroprocessos: territorialização, cadastramento das famílias, estratificação de risco, classificação de riscos familiares, diagnóstico local, atendimento por bloco de horas, eliminação de filas, dentre outros.

Na Atenção Ambulatorial Especializada (AEE) foi implantado o Ambulatório de Especialidades com a tecnologia de atenção contínua, realizada por equipe multiprofissional para hipertensos e diabéticos de alto e muito risco, estratificados na APS, compartilhando o cuidado (EVANGELISTA *et al.*, 2019).

No que diz respeito a criança, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) , estabelecida pela Portaria GM/MS nº 1.130, de 5 de agosto de 2015, abrange o cuidado sob uma ótica integral, e reúne ações de atenção, promoção e prevenção em saúde em sete eixos estratégicos, de maneira transversal nos diferentes níveis de atenção, quais sejam: atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido; aleitamento materno e alimentação complementar saudável; promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral; atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas; atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz; atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade; e vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno (BRASIL, 2015).

A mudança na APS do DF, com a adoção da ESF como modelo de atenção e a ampliação de sua cobertura territorial mostra o interesse em garantir o desenvolvimento integral de toda a população inclusive as crianças, em especial na primeira infância. O modelo a ser consolidado é o de uma APS forte e qualificada, que atue como ordenadora da rede, complementada por uma AAE e por uma rede hospitalar que assegurem a prestação de uma assistência com qualidade para todas crianças, adolescentes e suas famílias (REHEM; VIEIRA; LIMA JR, 2019).

São escassos os estudos direcionados a compreender e a discutir a organização do sistema de saúde na perspectiva da atenção integral à saúde da criança (SANTOS *et al.*, 2018). Segundo Oliveira *et al.* (2010), a compreensão do perfil das internações pediátricas e dos fatores de risco associados é primordial para compreender os principais motivos de hospitalizações e se essas são por causas evitáveis ou não evitáveis. Além de identificar as causas, esse conhecimento permite o desenvolvimento de estratégias que levem em conta o perfil da população assistida, os locais de onde eles buscam o serviço, para poder associar o desempenho do serviço de saúde na prevenção de complicações, a prestação de cuidados por parte dos profissionais, a adaptação dos usuários e família após a alta, do ambiente dos serviços de saúde para o retorno às atividades habituais.

Considerando a adoção do indicador ICSAP pelo Ministério da Saúde, justifica-se a realização de estudos para verificar o comportamento destas internações em crianças, pois as investigações das características das hospitalizações de crianças por CSAP podem fornecer evidências científicas úteis para avaliação dos indicadores de qualidade da assistência e resolubilidade dos serviços de saúde.

Nesse sentido este estudo busca responder a seguinte pergunta: Qual o perfil das ICSAP em crianças de 0-9 anos no Hospital Regional de Ceilândia-HRC?

Espera-se que os resultados deste estudo contribuam para subsidiar as discussões atuais, que vem ocorrendo no Distrito Federal, a respeito da reorganização do seu sistema de saúde.

2. OBJETIVOS

GERAL:

Analisar as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em crianças de 0-9 anos, no hospital regional da Região Administrativa de Ceilândia, Distrito Federal, no período de 2008-2017.

ESPECÍFICOS:

- Identificar as internações em crianças, de 0-9 anos, que ocorreram no Hospital Regional da Ceilândia;
- Identificar as ICSAP em crianças, de 0-9 anos, que ocorreram no Hospital Regional da Ceilândia;
- Caracterizar as ICSAP segundo grupos de causas e diagnósticos, faixa etária, sexo, óbitos, local de residência e gastos.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Redes de Atenção à Saúde (RAS)

A origem do debate sobre as Redes de Atenção à Saúde (RAS) data da década de 1920, quando foi elaborado o Relatório Dawson no Reino Unido (OPAS, 1964), como produto de uma grande discussão de mudanças no sistema de proteção social daquele país após a I Guerra Mundial. Neste relatório apresenta-se a proposta inicial de organização de sistemas regionalizados de saúde, cujos serviços deveriam acontecer por meio de uma organização estendida que acolhesse às necessidades da população de modo eficaz (BRASIL, 2012).

Esses serviços deveriam também ser disponíveis e acessíveis à toda população além de disponibilizar cuidados preventivos e curativos no âmbito do cuidado domiciliar bem como nos centros de saúde secundários, estreitamente vinculados aos hospitais.

Outros marcos mais atuais sobre a reestruturação dos sistemas de saúde segundo a lógica de RAS são a partir da conferência de Alma-Ata, realizada em 1978. Na década de 1990, nos Estados Unidos, houve o resgate desta discussão apontando empenho para superar o problema imposto pela fragmentação do sistema de saúde. Os investimentos foram na direção de uma oferta continuada de serviços a uma população específica, delimitada por um território, focada na APS, desenvolvidos de forma interdisciplinar e com os serviços de saúde sendo integrados entre si, bem como com a utilização de sistemas de informação. Experiências semelhantes foram registradas também no Canadá (OPAS, 2011).

Países na Europa ocidental como Noruega, Suíça, Holanda, Espanha, França, Alemanha, Inglaterra e Irlanda vêm adotando as RAS, diferente da América Latina, onde a implementação das RAS ainda é inicial, sendo o Chile o país com maior experiência nesta área (BRASIL, 2012).

No Brasil, diversos pesquisadores e teóricos da área, datando o final da década de 90 tratam sobre o tema. Avanços nos debates e experiências relativas ao modelo de atenção, na legislação e na prática brasileira, pautadas experiências podem ser observadas nos estados como Minas Gerais, Espírito Santo e Paraná (BRASIL, 2012).

Na Constituição Federal de 1988 observou-se a descentralização na tentativa de implementação de políticas públicas mais democráticas, de forma a conduzir para um uso mais eficiente dos recursos da saúde. A opção pela descentralização do sistema público de saúde foi voltada à municipalização da atenção (MENDES, 2011).

As leis 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 8.142, de 28 de dezembro de 1990 propõem a diretriz da descentralização, definindo operacionalmente o protagonismo dos municípios nas ações e serviços de saúde. A partir dessa estruturação jurídica, o SUS passou a regular-se, na sua ação cotidiana, por meio de Normas Operacionais Básicas. Dessa forma surgiram consecutivamente, as NOBs INAMPS/91, SUS/93 e SUS/96 voltando-se para a descentralização, de forma especial nos municípios (MENDES, 2011).

Como marco regulatório para as RAS, temos a Portaria no 4.729 de 30 de dezembro de 2010, que trata da organização de RAS no SUS trazendo a estratégia das RAS com vistas a superar a fragmentação da atenção e criando as condições normativas para uma correta gestão regional do SUS. No documento são estabelecidos os fundamentos conceituais e operativos essenciais ao processo de organização efetivo da RAS.

Na PNAB de 2011, o importante conceito de RAS foi incluído, como o arranjo organizativo do SUS. As RAS foram propostas pela OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde) como uma alternativa à fragmentação dos sistemas de saúde (OPAS, 2011).

Nos sistemas fragmentados os diferentes níveis de atenção não estabelecem comunicação entre si, dificultando a atenção de forma continuada, e fundamentam-se em uma atenção pontual e centrada na doença. Alguns efeitos negativos que são encontrados em sistemas fragmentados são a multiplicação de serviços e infraestrutura, capacidade ociosa, dificuldade de acesso aos serviços, perda de continuidade da atenção com falta de coerência entre as ações e serviços prestados (OPAS, 2011).

Por meio da construção das RAS, a proposta é que os serviços não sejam dispostos em hierarquia, embora cada um possua diferentes densidades tecnológicas e exerçam distintos papéis no processo assistencial, o que é essencial para a integralidade. A organização do sistema fundamentado nas RAS favorece a integração entre os diversos pontos de atenção, favorecendo o acesso, a continuidade da assistência, a integralidade e a utilização dos recursos de forma racional (LAVRAS, 2011).

Segundo Eugênio Vilaça Mendes, as RAS podem ser definidas como:

[...] organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população. (MENDES, 2010)

Um dos desafios dos sistemas de saúde considerado como mais complexo para os sistemas de saúde é a articulação entre os diferentes pontos de atenção. A orientação fornecida pela OPAS, adotada pela PNAB, é colocar a APS como protagonista, ocupando o papel de eixo organizador das RAS. Essa proposta fundamenta-se nas evidências relatadas pelo Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde e Séries Políticas (SALTMAN; RICO; BOERMA, 2006).

Na PNAB (2017) a APS deve ser “a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede” (BRASIL, 2017a). O Decreto nº 7.508/2011 estabelece, no Art. 9º, outras portas de entrada às ações e aos serviços de saúde nas RAS, como os serviços: I – de atenção primária; II – de atenção de urgência e emergência; III – de atenção psicossocial; IV – especiais de acesso aberto (BRASIL, 2011d).

3.2 A Atenção Primária à Saúde (APS)

A APS apresenta alta resolubilidade junto ao Sistema de Saúde, respondendo em cerca de 80% das demandas para os serviços de saúde de uma população. A utilização de uma ampla variedade de métodos diagnósticos e terapêuticos exige dos profissionais e de suas equipes a capacidade de lidarem com os problemas de natureza complexa, exigindo grande habilidade de resolução de uma multiplicidade de condições e contextos (STARFIELD, 2002).

A literatura relaciona, de forma consistente, o fortalecimento e expansão da APS ao decréscimo da mortalidade geral e por causas específicas, mortalidade infantil e diminuição de internações hospitalares, gerando resultados mais equitativos com menor custo (STARFIELD, 2012).

São relatadas diversas melhorias para a Saúde Pública a partir da APS: aumento do acesso a serviços necessários; desenvolvimento da qualidade do cuidado; aumento do foco na prevenção; abordagem precoce dos problemas de saúde e redução do encaminhamento desnecessário ao cuidado especializado (STARFIELD, 1994).

A APS foi retratada pela primeira vez em um documento oficial, conhecido como “Relatório Dawson”, no ano de 1920. Este relatório foi encomendado pelo governo britânico com o fim de subsidiar a organização dos serviços do Seguro Nacional de Saúde implantado quase uma década antes (CONILL, 2008).

Diversos conceitos trazidos no relatório, como, por exemplo, hierarquização dos serviços, cobertura universal, definição de porta de entrada do sistema e população adscrita para uma população em um determinado território foram inéditos (ALFRADIQUE *et al.*, 2009). Alguns desses princípios levariam ainda cinquenta anos para serem implementados no Reino Unido (CONILL, 2008).

O conceito da APS estabelecido como consenso mundial foi em 1978, a partir da 1ª Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários, em Alma-Ata, por iniciativa da Organização Mundial da Saúde (OMS). Como desfecho do encontro, é redigida a Declaração de Alma-Ata, primeiro documento internacional a referir o fortalecimento da APS como meta para todos os países, independentemente do seu grau de desenvolvimento social e humano. Essa declaração, ao mesmo tempo que reforça a saúde como um direito fundamental do ser humano, impõe aos governos a responsabilidade da saúde de seus povos, apresentando os cuidados primários à saúde (CONILL, 2008).

As discussões subsequentes à conferência, nos países subdesenvolvidos, terminaram por focar a APS em elementos como: educação em saúde; saneamento ambiental; programa de saúde materno-infantil; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado das doenças mais comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção da saúde mental e promoção de boa alimentação (STARFIELD, 2002).

Starfield (2002) propõe uma lista de atributos da APS, ou seja, de responsabilidades que pertencem a este nível de atenção, que são divididos entre essenciais: primeiro contato corresponde à acessibilidade e utilização dos serviços de saúde pelos usuários a cada novo problema ou a cada novo episódio de um mesmo problema; longitudinalidade no contexto da APS, considera que deva existir uma relação de vínculo e responsabilidade de longa duração, interpessoal e de cooperação mútua entre os profissionais de saúde e os usuários em suas unidades de saúde, independente da presença ou ausência de doenças; integralidade implica que as unidades de APS devem garantir que o indivíduo receba todos os tipos de atenção às necessidades de saúde, responsabilizando-se diretamente pelas condições mais comuns, bem como pelo encaminhamento para a atenção secundária, terciária e para serviços de suporte fundamentais, como internação domiciliar e outros serviços comunitários; e coordenação do cuidado é a capacidade de garantir a continuidade da atenção no interior da rede de serviço, organizando as diversas ações e serviços essenciais para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas, ela é a organização das respostas ao conjunto das necessidades. Os atributos derivados são: orientação familiar, competência cultural e orientação comunitária (ALFRADIQUE *et al.*, 2009; STARFIELD, 2002).

Portanto, a APS é uma forma de organização dos serviços de saúde que responde a um modelo assistencial, que busca integrar os aspectos desses serviços, e que tem por perspectiva as necessidades de saúde da população. Em sua forma mais desenvolvida, a atenção primária é o primeiro contato que o usuário tem com o sistema de saúde e é também o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população ao longo do tempo. Ainda busca a melhoria da saúde da população e proporcionar equidade na distribuição de recursos (STARFIELD, 2002).

3.2.1 APS no Brasil

A organização da APS no Brasil esteve intimamente ligada ao próprio surgimento e desenvolvimento do Sistema de Saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS é um Sistema Nacional de Saúde, público e universal, resultado da luta pela redemocratização do país, que traz em seu arcabouço diversas conquistas no âmbito legal e elementos importantes como o conceito amplo de saúde, ao considerar os aspectos psico-socio-ambientais e o entendimento que a saúde é um direito do cidadão e dever do Estado (SANTOS; UGA; PORTO, 2008).

É importante ressaltar que historicamente, diferente do modelo proposto por Dawson, o Brasil desde as primeiras décadas do século XX optou por uma fragmentação entre saúde pública – na qual se inclui imunizações, controle de endemias e vigilância em saúde – e a assistência clínica/médica. As primeiras ações, inicialmente centralizadas por órgãos federais, foram progressivamente transferidas às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde com a criação de unidades primárias de saúde, cuja atribuição se resumia quase exclusivamente a ações coletivas e preventivas. As ações clínico-assistenciais, por sua vez, foram concentradas em ambulatórios e hospitais, em sua maioria privados e filantrópicos, custeados por meio de recursos da Previdência Social. Essa concepção de incompatibilidade entre as atividades preventivas e assistenciais nos serviços de APS perdurou por décadas na organização dos serviços de saúde e, ainda hoje, pode ser observada no discurso e na prática de alguns gestores e profissionais de saúde, especialmente em grandes cidades brasileiras (OPAS, 2013).

Apenas na década de 1970, a partir de iniciativas ligadas à medicina integral, preventiva e comunitária, contando em parte delas com o apoio de universidades, é que são observadas ações concretas no intuito de se organizar serviços de cuidados primários com perfil assistencial, em comunhão com ações preventivas e coletivas, muitos deles no interior do país. Contraditoriamente, é neste período em que se intensifica a ampliação do parque hospitalar

privado nas grandes cidades, em meio a denúncias cada vez mais frequentes de fraudes sobre o então Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Em 1975, é criado o Sistema Nacional de Saúde brasileiro, repartindo a responsabilidade entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social, respectivamente, pelas medidas coletivas e assistenciais em saúde para a população (OPAS, 2013).

Uma experiência datada entre 1974 e 1978, na Região Administrativa de Planaltina, no Distrito Federal, envolveu membros da comunidade para atuarem como “auxiliares de saúde”, sendo esses treinados por profissionais médicos, enfermeiros e assistentes sociais para agirem com foco no cuidado à saúde de crianças e gestantes. Essa experiência foi posteriormente replicada entre 1979 e 1986 na região de Iguatu (CE), passando a utilizar a designação de “agentes de saúde”, sendo replicada em maior escala em 1987 no estado do Ceará, que a partir de então deixou de ser emergencial e passou a ser permanente naquela localidade. Foi observado em ambos os casos, significativo sucesso com maior acompanhamento de pré-natal e puericultura, e diminuição da mortalidade infantil (BRASIL, 2010b; LAVOR; LAVOR; LAVOR, 2004).

No contexto da redemocratização do país, com intensa participação social neste período, floresce a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, assentando as bases para a criação do SUS com a Constituição de 1988 e, posteriormente com as leis orgânicas da saúde, as Leis 8.080 e 8.142/90.

Nas décadas seguintes à sua criação, há uma importante força da sociedade pela redução da centralidade pelo nível federal e uma bandeira pela descentralização dos recursos e da responsabilidade da atenção à saúde, passando-a aos mais de cinco mil municípios existentes no país. Essa descentralização, não trazia em seu marco legal, diretrizes para os modelos de atenção e a forma como os cidadãos deveriam receber as ações e serviços de saúde.

A legislação infraconstitucional, a partir da Constituição Federal e da criação do Sistema Único de Saúde foi realizada, pelo Ministério da Saúde por meio de Normas Operacionais Básicas (NOB) da Saúde, que foram instrumentos administrativos criados para induzir políticas e operar o sistema de saúde. A NOB de 1993 trata da descentralização do sistema de saúde; institui as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite, com representação das Secretarias Estaduais de Saúde e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde; cria modalidades de gestão - incipiente, parcial e semiplena e a transferência de recursos fundo a fundo - do Fundo Nacional de Saúde para os Estaduais e Municipais. A NOB 01/1996, implementada a partir de 1998, reformula as modalidades de gestão - básica e plena do sistema- e cria o Piso da Atenção Básica (PAB). No ano 2000, as Normas para a Organização da

Assistência à Saúde (NOAS) substituíram as NOB, introduzindo diretrizes para a organização do sistema de saúde em âmbito regional.

Programas e experiências municipais, juntamente com a pauta política da APS trazida pela Conferência de Alma Ata em 1978, colocaram o papel da APS e suas distintas concepções na agenda política brasileira. Com a Constituição Federal de 1988 e a instituição do SUS, experiências municipais de APS ocorreram em diversas regiões do país, como o sucesso de experiências com a redução da mortalidade infantil pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que foram modelos para a formulação da proposta do Programa Saúde da Família pelo Ministério da Saúde (LAVOR; LAVOR; LAVOR, 2004).

O Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1993, possuía recursos escassos, inicialmente encaminhado a 13 municípios brasileiros. Foi então expandido, ainda apoiado com limitados recursos, para os municípios do então Mapa da Fome, o que, no contexto político-institucional e acadêmico era reprovado como mais um programa vertical e APS seletiva (BRASIL, 2010b).

A partir da criação do PAB o ritmo de expansão da ESF foi acelerado, com a adesão de grande número adicional de municípios a esta estratégia. A criação consecutivamente do PAB variável, vinculado à Saúde da Família, estimulou o ritmo de expansão da ESF, com a adesão de grande número adicional de municípios. Além disso, foram criados incentivos especiais dentro da APS para atendimento a populações historicamente negligenciadas, como quilombolas, assentamentos agrários, populações indígenas e todos os municípios do país com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). O Programa de Consolidação e Expansão da Saúde da Família (PROESF), criado em 2001, teve o objetivo de apoiar a expansão da cobertura, consolidação e qualificação da ESF nos municípios com população acima de 100 mil habitantes (BRASIL, 2003).

Em 2006, foi proposta uma pactuação interfederativa e criados os Pacto de Gestão, Pacto pela Vida e o Pacto em Defesa do SUS, por iniciativa do Ministério da Saúde juntamente com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. O Pacto de Gestão fortalecia as diretrizes para a gestão do sistema de saúde, como a descentralização, a regionalização, o financiamento, o planejamento, a Programação Pactuada e Integrada (PPI), a regulação, a participação e controle social, a gestão do trabalho e a educação na saúde. O Pacto pela vida identificava indicadores que se transformariam em prioridades assistenciais do sistema com a intenção de impactar a situação de saúde, em temas que o Brasil assumia compromissos internacionais, como as Metas dos Objetivos do Milênio. Abrangendo a redução da mortalidade infantil e materna, o controle do

câncer do colo do útero e da mama, a saúde do idoso e a resposta às doenças endêmicas e negligenciadas como a dengue, tuberculose, hanseníase, malária e influenza. O Pacto em Defesa do SUS reafirmava a saúde como direito da cidadania, a universalização do sistema e a seu adequado financiamento por meio de articulações com movimentos sociais, de cidadania e em defesa dos direitos dos usuários, num momento político de necessidade da regulamentação do financiamento do SUS (BRASIL, 2011b).

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

São três as características que diferenciam a APS brasileira dos sistemas de saúde orientados pela APS de outros países: equipes multidisciplinares sendo responsáveis por territórios geográficos e população adscrita, com as atribuições de reconhecer adequadamente problemas de ordem funcional, orgânica ou social; a presença singular dos agentes comunitários de saúde; a inclusão da saúde bucal no sistema público de saúde.

Desde sua origem, é obrigatório que as ESF tenham uma composição multiprofissional, sendo formadas, minimamente por: um médico generalista, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, e agentes comunitários de saúde. Podem também fazer parte os profissionais de saúde bucal – cirurgião dentista, e auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2011a). Além disso, é recomendado a cada ESF a responsabilidade do cuidado por 3 a 4 mil pessoas, variando de acordo com o perfil socioeconômico da população, sendo menor diante da presença de maior vulnerabilidade social. Para cada agente comunitário a cobertura populacional deve ser no máximo de 750 pessoas.

Em 2008, foram instituídos os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com objetivo de ampliar a atenção a saúde pela ESF, compostos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de maneira integrada, tendo como atribuição apoiar as equipes de Saúde da Família na rede de atenção (setorial e intersetorial), ampliando a abrangência e

resolutividade das equipes. Os profissionais que podem compor os NASF são: médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação e profissional de saúde sanitaria (BRASIL, 2008a, 2011a).

Neste processo histórico, a Saúde da Família desenvolveu-se de forma gradativa e é a alavanca principal do avanço da APS no Brasil. Pesquisas desenvolvidas mostram o impacto positivo da ESF sobre o sistema de saúde brasileiro. Dentre elas existem evidências sobre a associação entre a maior cobertura da ESF e indicadores como menor mortalidade infantil e maior promoção da equidade (CASTRO, 2012).

A atualização da PNAB de 2017 reconhece e fortalece o papel da APS como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, com foco na regionalização e ainda traz propostas como integrar ações de APS e Vigilância, de inserir o agente de endemia na equipe de Atenção Básica da Saúde da Família e instituir o conjunto de ações e atribuições desses atores que devem ser necessariamente compartilhadas (BRASIL, 2017a).

3.2.2 APS no Distrito Federal (DF)

No DF, em fevereiro de 2016, cerca de pouco mais de 20 anos após o lançamento do PSF, a cobertura era de apenas 26,17% diferentemente do que aconteceu em relação à expansão da cobertura de ESF no cenário brasileiro como um todo. De um total de 172 UBS, 63 tinham seu processo de trabalho organizado a partir do modelo tradicional, compostas por profissionais que não estavam organizados em equipes de Saúde da Família ou até mesmo prestavam serviços não considerados primários (CORRÊA *et al.*, 2019). Estas UBS possuíam diversos arranjos organizacionais e de funcionamento, influenciados pelo perfil de seus profissionais, sem programação ou planejamento direcionados às necessidades específicas de cada comunidade, com baixa inserção das práticas clínicas de enfermagem e outras profissões da área da saúde, gerando um cuidado fragmentado, distante das reais necessidades da população e distante dos atributos estabelecidos para a ESF (STARFIELD, 2002; CORRÊA *et al.*, 2019).

Evidências indicam que a busca das emergências por motivos que poderiam ser resolvidos pela APS pode estar ligada a ausência de cobertura, má qualidade da cobertura,

dificuldade de acesso aos serviços e questões culturais, somando-se ainda, no caso do DF, a falta de uniformidade no modelo de prestação do serviço na APS, com predominância do modelo tradicional (CORRÊA *et al.*, 2019).

No que se refere à organização da rede de serviços, a despeito das inovações, a gestão da SES-DF teve características tradicionais, tais como: investimento nos hospitais como locus central do sistema de saúde, centralização da gestão financeira e de recursos humanos, uso de tecnologia de ponta, reforço na residência médica centrada na especialidade em detrimento dos demais profissionais. Mesmo quando integrou a agenda da política de saúde, a APS foi considerada acessória ao atendimento hospitalar, objetivando desafogá-lo (GOTTEMS *et al.*, 2009).

Em 2018 a APS, conta com 69,1% de cobertura no Distrito Federal, em comparação com janeiro de 2017 que possuía 34%, fator observado após a conversão do modelo de Atenção Primária à Saúde que começou em 15 de fevereiro de 2017, com a publicação das Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017 e Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017, que estabelecem a Política de Atenção Primária à Saúde do DF e disciplinam o processo de conversão da Atenção Primária ao modelo da Estratégia Saúde da Família, respectivamente. A partir de então, houve capacitação de profissionais, novas contratações e formação de equipes. Gradativamente, as unidades passaram a funcionar com o novo modelo de assistência, com equipes compostas por técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, enfermeiros, médicos de família e comunidade e, em muitos casos, profissionais de saúde bucal (DISTRITO FEDERAL, 2018).

A rede de atenção de saúde do DF, em 2018, é composta por 7 regiões de saúde: Região Sudoeste, Região Oeste, Região Leste, Região Sul, Região Norte, Região Centro-Sul, Região Central.

A partir das publicações da Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017 que Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal e Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017 que Regulamenta o art. 51 da Portaria nº 77, de 2017, para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família, a Atenção Primária no Distrito Federal passou a ser fundamentada na Estratégia Saúde da Família, com reestruturação das equipes e dos processos de trabalho em todas as Unidades Básicas de Saúde do DF, assim em 2018, 100% das UBS da região de saúde da Ceilândia seguem o modelo ESF, totalizando em 2018, 79 equipes Saúde da Família e 2 equipes em transição, denominadas “Equipes de enfermagem”, que aguardam apenas a lotação de Médico de Família para conversão para modelo ESF.

3.3. A utilização do indicador Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)

A designação “Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária” (ICSAP) estabelece um indicador capaz de medir e avaliar a efetividade da atenção primária à saúde. Foi o estudo de Billings *et al.*, em 1993, o pioneiro na utilização do indicador denominado Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC), criado com o objetivo de avaliar o acesso e a efetividade da atenção primária por determinados problemas de saúde (BILLINGS *et al.*, 1993; NEDEL *et al.*, 2010). No Brasil foi denominado de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP).

O fundamento do indicador reside na capacidade da APS em intervir, precocemente, na prevenção 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. Foi desenvolvido nas últimas décadas e constitui-se de uma lista de agravos à saúde que se tratados de forma apropriada e em tempo hábil reduzem o risco de hospitalização, tanto por prevenir o surgimento, quanto por manejar adequadamente a condição ou doença crônica (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

A relação entre as hospitalizações e a qualidade do funcionamento da APS, tem sido estudada por vários autores e em distintos sistemas de saúde, e tem indicado que altas taxas de hospitalizações por condições sensíveis à atenção ambulatorial apontam para uma baixa qualidade na APS (ALFRADIQUE *et al.*, 2009; CAMINAL; CASANOVA, 2003; ROSANO *et al.*, 2013; ARAUJO *et al.*, 2017).

Desse modo, o indicador de acesso e efetividade da APS, tem despertado interesse de gestores e pesquisadores porque representa a ocorrência de morbidade que pode ser evitada, se intervenções são adotadas (CUBAS *et al.*, 2017).

Estudos que utilizam as ICSAP têm buscado explicar quais os fatores que influenciam as diferentes taxas dessas internações em áreas geográficas definidas e subgrupos da população e incluem o status socioeconômico, áreas rurais, fatores do sistema de saúde, a prevalência das doenças, fatores de estilos de vida, meio ambiente, adesão a medicamentos, carga e severidade de doenças (BOTELHO; PORTELA, 2017).

Um fator importante a ser observado é que a utilização do indicador ICSAP depende da qualidade dos sistemas de informação. Por provirem de dados secundários, as avaliações de seus resultados e associações devem levar em conta metodologias adequadas de análise a fim

de reduzir vieses atribuídos às variáveis referentes aos serviços de saúde como a interdependência da distribuição territorial dos hospitais, por exemplo.

Em 2008, por meio da coordenação do Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS), em parceria com instituições de ensino superior, nacionais e internacionais, reuniu um grupo de trabalho para a construção da “Lista Brasileira de ICSAP” - Projeto ICSAP – Brasil, buscando listas de ICSAP que fossem padronizadas. Antes disso, os Estados de Minas Gerais e Ceará e o município de Curitiba já possuíam listas próprias para monitoramento do desempenho da Estratégia Saúde da Família (PERPETUO; WONG, 2006).

A comparação entre as listas nacionais apresentou 38 diagnósticos em comum, enquanto que nas listas dos outros países a convergência se deu apenas em nove condições. A partir desta revisão inicial, o processo teve as seguintes etapas: realização de reuniões de trabalho estruturadas com pesquisadores e gestores para a primeira fase de validação da lista (face validity); consolidação e revisão da lista elaborada nessa oficina; consulta à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e consulta pública. A Lista Brasileira contém dezenove grupos de diagnósticos de acordo com a CID-10, sendo agrupados de acordo com as intervenções possíveis, por exemplo, pré-natal e preveníveis por imunização, ou pela magnitude dos agravos, como o grupo de asma; pneumonia; gastroenterites (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

Os estudos que avaliam a associação do comportamento das ICSAP com a oferta da APS tem em comum, tanto nos países que utilizam esse indicador, como nas experiências brasileiras, que a redução das ICSAP está associada ao acesso universal, ao melhor acesso à APS, à proximidade dos centros de saúde, em áreas urbanas ao maior número de médicos na APS e à continuidade do cuidado. Já nas zonas rurais, o maior número de pacientes por médico, a proximidade dos hospitais e a maior vulnerabilidade da população estão associadas ao aumento, ou a não redução, das taxas dessas internações (GONÇALVES *et al.*, 2015).

3.4 - Saúde da Criança

No que diz respeito aos cuidados à população infantil, no mundo, anualmente, ocorrem quase 11 milhões de mortes de crianças < 5 anos. Dentre as quais, cerca de 4 milhões ocorrem no primeiro mês de vida. Grande parte dessas mortes poderia ser evitadas se as crianças se encontrassem cobertas pelas intervenções já existentes. A realidade é que em muitos países,

essas intervenções não estão ao alcance da maioria das crianças, destacando a importância da equidade no cuidado à saúde (OPAS, 2002).

No Brasil, o Ministério da Saúde, a partir da década de 80, passou a priorizar o planejamento e a implementação de ações básicas de saúde para o controle dos agravos e doenças prevalentes na infância, tendo por perspectiva a redução da morbimortalidade infantil. Propôs, como primeiro passo, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), em 1984, com o objetivo de otimizar a resolutividade dos serviços de saúde por meio de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos (CURSINO; FUJIMORI, 2013).

O PAISC foi proposto com o desenvolvimento de cinco ações básicas: primeiro o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, segundo o aleitamento materno e orientação para o desmame, terceiro o controle de doenças diarreicas, quarto o controle de infecções respiratórias agudas e por último o controle de doenças preveníveis por imunização. Essas ações deveriam se constituir no centro da atenção prestada em toda a rede básica de serviços de saúde (CURSINO; FUJIMORI, 2013).

Em 1996 a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) foi elaborada e firmada pela OPAS, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Criança (Unicef), tendo como objetivo a diminuição da mortalidade infantil, em < 5 anos, pelas doenças prevalentes na infância. Para que esse objetivo continuasse sendo alcançado, houve a necessidade do fortalecimento das ações de promoção à saúde e prevenção desses agravos por meio do vínculo entre os serviços de saúde, a comunidade e a família (BRASIL, 2002).

O programa AIDPI abrange de forma integral e sistemática as doenças prevalentes na infância bem como o atendimento clínico efetivo fundamentado em ações curativas, de promoção de saúde e prevenção dos agravos. O êxito observado nessa contínua implementação do AIDPI auxiliando na continuidade de redução das taxas de mortalidade infantil está ligado à comunicação efetiva entre os profissionais de saúde e os familiares das crianças, pois dessa forma ocorre a compreensão da real situação e do contexto social em que estão inseridos, gerando um atendimento integral e individualizado por intermédio de um plano de cuidados efetivo (PARANHOS; PINA; MELLO, 2011; SIQUEIRA; DIAS, 2011).

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, tendo por finalidade intervir nessa realidade e orientar a ação de todos os profissionais que lidam com a criança. Esse documento estabelece que o foco de atenção de todo profissional deve ser a criança em toda e qualquer

oportunidade que se apresente, seja na unidade básica de saúde, no domicílio ou nos espaços coletivos, como creche, pré-escola e escola (BRASIL, 2004).

Desse modo, a criança tem sido beneficiada pelo cuidado integral e multiprofissional, com abordagem holística, a fim de prover resposta satisfatória na produção do cuidado, não restringindo somente às demandas apresentadas. Aborda, também, integração entre todos os serviços de saúde, da atenção básica à atenção especializada, apoio diagnóstico e terapêutico até a atenção hospitalar de maior complexidade, com o acompanhamento de toda a trajetória da criança pela atenção básica (BRASIL, 2004).

Apesar de as políticas terem contribuído para a melhoria do quadro de morbimortalidade infantil, a situação de saúde da criança brasileira ainda representa um grande desafio, pois as chances de sobrevivência são muito diferentes entre as regiões brasileiras e a maioria das doenças e mortes infantis é evitável, o que sugere problemas na qualidade da atenção básica e da assistência prestada à criança (BRASIL, 2014).

A partir disso, em agosto de 2015, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), com o objetivo de promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância (0 a 5 anos de idade) e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2015).

A Política tem como objetivo orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional, considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde, visando à efetivação de medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, de forma saudável e harmoniosa, bem como a redução das vulnerabilidades e riscos para o adoecimento e outros agravos, a prevenção das doenças crônicas na vida adulta e da morte prematura de crianças (BRASIL, 2015, 2018).

A PNAISC possui como um dos eixos estratégicos a atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas, com ênfase em estratégias para o diagnóstico precoce, qualificação do manejo de doenças prevalentes na infância e ações de prevenção de doenças crônicas e de cuidado dos casos diagnosticados, em todos os níveis de assistência (BRASIL, 2018).

Portanto, a atenção à saúde da criança deve ser orientada por estratégias resolutivas e integrais que interfiram diretamente no crescimento e desenvolvimento saudável da população

infantil, desde o seu nascimento, prevenindo as doenças prevalentes na infância em qualquer oportunidade, e de preferência na APS.

Dessa forma no Distrito Federal percebe-se a necessidade de organizar o atendimento da população infantil com prioridade para as situações de risco e/ou vulnerabilidade identificadas por meio de um olhar diferenciado para a criança que está exposta a condições biológicas, ambientais ou sociais, as quais predis põem a uma maior probabilidade de apresentar problemas de saúde ou mesmo morrer.

Tais serviços de atendimento devem ser vistos como um conjunto contínuo e integrado de ações e equipamentos voltados para a promoção, prevenção e proteção da saúde da criança e de sua família, buscando-se a integralidade da abordagem e do atendimento. Dessa forma, a atenção à saúde da criança na APS representa um campo prioritário dentro dos cuidados à saúde da população. Nesse sentido, a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal se utiliza de um Protocolo de Atenção à Saúde Atenção à Saúde da Criança pela necessidade em oferecer orientações e padronização de condutas dos profissionais que atuam no âmbito da APS no que se refere ao atendimento e seguimento das crianças (DISTRITO FEDERAL, 2016b).

A atenção à saúde da criança, no ano de 2019, se desenvolve na Rede Pública do DF em 168 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 11 policlínicas, 3 Centros de Atenção Psicossocial infantil, 2 Centros Especiais de Reabilitação, 11 Centros de Especialidades Odontológicas, 1 casa de parto e 16 hospitais. Há 10 serviços de emergência e internação pediátrica hospitalar, 6 Unidades de Terapia Intensiva (UTIN) e 9 Unidades de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN) e 4 Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP). O atendimento ambulatorial especializado é realizado no Hospital da Criança de Brasília José de Alencar (HCB), nas policlínicas e ambulatorios hospitalares da rede (REHEM; VIEIRA; LIMA JR, 2019).

Para o atendimento dessa criança na rede realiza-se o acolhimento caracterizado por uma escuta qualificada às demandas dos usuários e de suas famílias com a finalidade de identificar necessidades, criar vínculo, encaminhar para atendimentos de urgência, marcar consultas individuais ou em grupos e fornecer insumos, vacinas ou outras intervenções quando necessárias. O profissional que acolhe deve ter clareza das ofertas existentes na Unidade e ter possibilidade de diálogo com outros colegas, que não deve se restringir a uma sala ou a atender as demandas apenas em um horário determinado (DISTRITO FEDERAL, 2016b).

Dessa forma, é fundamental o papel desempenhado pela enfermagem junto ao acompanhamento da criança e da família na APS, realizando visitas domiciliares, atento a promoção da saúde e prevenção de doenças naquele ambiente; atuando no acompanhamento do calendário vacinal e, assim, intervindo diretamente na prevenção de ICSAP, como também

avaliando o crescimento e desenvolvimento da criança ao longo do tempo. Desse modo, as ações realizadas pelo enfermeiro, neste nível de atenção à criança, são para as atividades de prevenção e de intervenção, podendo detectar de forma precoce possíveis agravos e diminuir os riscos de morbimortalidade (BRASIL, 2016).

Toda criança, acompanhada de sua mãe/família, que procura atendimento nas UBS sem estar agendada (demanda espontânea) devem ser acolhidas e receberem uma resposta pertinente à sua necessidade no tempo adequado. Esta resposta pode ser a oferta de consulta ou cuidado no mesmo dia ou ainda ser agendado atendimento posterior (DISTRITO FEDERAL, 2016b).

Também são realizadas visitas domiciliares com a aproximação da equipe de saúde ao contexto de vida das famílias, tornando-se um instrumento importante para a troca de informações vinculadas às necessidades particulares de cada indivíduo, favorecendo, desta forma atividades educativas e mais humanizadas (DISTRITO FEDERAL, 2016b).

Para um efetivo acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças há um calendário de consultas na APS que devem ser realizadas por equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, nutricionista, assistente social, odontólogo, entre outros) (DISTRITO FEDERAL, 2016b).

Como apoio matricial, surgem os pediatras, nutricionistas, assistentes sociais e psicólogos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os dentistas dos Centros de Especialidades Odontológicas e outros profissionais que exercem nesse contexto a realização desse apoio às equipes da APS (DISTRITO FEDERAL, 2016b).

Quando necessário, a equipe poderá solicitar avaliações e pareceres em formulário próprio para profissionais de saúde de especialidades pediátricas na sua região de saúde ou ainda de serviços especializados, como o Hospital da Criança de Brasília José de Alencar (HCB), os Centros de Apoio Psicossocial Infantil (CAPSi), entre outros. Em todos os encaminhamentos deve-se solicitar a contrarreferência ao serviço de origem, com relatório apropriado, e manter o vínculo da criança na UBS de origem, privilegiando a longitudinalidade e a coordenação do cuidado (DISTRITO FEDERAL, 2016b).

4. MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, de série temporal, tipo tendência, realizado no Hospital Regional de Ceilândia (HRC), localizado na Região Oeste de saúde do Distrito Federal, com base nas ICSAP que ocorreram em crianças, que segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (BRASIL, 2015), compreende a faixa etária <1 ano até 9 anos no período de 2008 a 2017.

O estudo de série temporal é uma sequência de observações de uma variável, ou várias variáveis ao longo do tempo (WOOLDRIDGE, 2013).

O período do estudo se justifica em função da publicação da lista brasileira de ICSAP em 2008 e o último ano em que o banco de dados estava fechado ao iniciar a pesquisa.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado com dados de internação oriundos do Hospital Regional de Ceilândia, localizado na Região Administrativa (RA) de Ceilândia, a maior RA do Distrito Federal, cuja população estimada no ano de 2017 era de 489.351 habitantes (CODEPLAN, 2017). Essa região, além do HRC, que é o hospital de referência, possui 16 Unidades Básicas de Saúde (UBS), dentre elas uma funciona na modalidade de Policlínica. Em 2018, 100% das UBS da Ceilândia seguem o modelo ESF, totalizando 79 equipes Saúde da Família e 2 equipes em transição, denominadas “Equipes de enfermagem”, que aguardam apenas a lotação de Médico de Família para conversão para modelo ESF. Possui também um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) (SES/DF, 2018).

O sistema de saúde do Distrito Federal, tem características semelhantes às das grandes metrópoles, com a grande concentração populacional, população economicamente ativa, ritmos de vida e deslocamento acelerados. Dessa forma, constitui um relevante exemplo para a análise das repercussões de iniciativas sobre a reorganização da APS (GOTTEMS *et al.*, 2009).

O DF, que está situado na Região Integrada de Desenvolvimento Econômico (Ride), delimitado pelos municípios dos estados de Goiás e de Minas Gerais, e possuía em 2010 uma população estimada pelo IBGE de 2,5 milhões de habitantes, enquanto a Ride-DF possuía 3,7 milhões de habitantes. Integram o sistema de saúde do Distrito Federal uma ampla rede própria, com oferta de atenção em todos os níveis de complexidade (KASHIWAKURA; GONCALVES; SILVA, 2016).

Os leitos hospitalares do SUS na Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal equivalem a 88% do total de leitos disponíveis no DF segundo o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (BRASIL, 2019a). O HRC possui 400 leitos e um ambulatório com 26 especialidades. O Pronto-Socorro (PS) está estruturado em três áreas de emergência – pediátrica; ginecologia e obstetrícia e urgências gerais de adultos (BRASIL, 2019a).

O local foi escolhido por ser um dos cenários de prática da graduação e pós-graduação em enfermagem da Universidade de Brasília, além desta Região de Saúde estar no processo de reversão do modelo assistencial com organização do sistema local de saúde pautado na ampliação de cobertura da ESF, estabelecido pelas Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017 e Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017.

4.3 VARIÁVEIS E INDICADORES

Grupos de causas e diagnósticos: foram considerados os 19 grupos de causas e diagnósticos que constam na lista brasileira de ICSAP (Anexo A); Faixa etária: foram consideradas as seguintes faixas etárias dentre as pré-definidas no SIH/SUS: <1 ano, 1 a 4 anos e 5 a 9 anos; Sexo: masculino, feminino e ignorado. O item ignorado foi incluso por constar como alternativa na Autorização de Internação Hospitalar (AIH's); Óbitos: foi verificada a quantidade de óbitos decorrentes de ICSAP durante o período estudado; local de residência; Gastos: foram verificados os valores correspondentes a estas internações por CSAP, registrados no SIH/SUS no período.

Foram realizadas as seguintes análises:

Internações gerais em crianças no HRC no período de 2008 a 2017; ICSAP em crianças no HRC no período de 2008 a 2017; ICSAP em crianças no HRC segundo grupos de causas e diagnósticos no período de 2008 a 2017; ICSAP em crianças segundo faixa etária; ICSAP em crianças segundo sexo; ICSAP em crianças segundo óbito; ICSAP em crianças segundo município de residência; ICSAP em crianças segundo gastos totais.

4.4. FONTE E COLETA DE DADOS

Foi utilizado como fonte de dados o SIH\SUS que é um sistema criado pelo Ministério da saúde a partir da Portaria no 896, de 29 de junho de 1990 (BRASIL, 1990).

Este sistema favorece a avaliação da qualidade da atenção prestada e o conhecimento e

construção do perfil de morbimortalidade hospitalar. Possui abrangência em todo Brasil, originado por meio das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), que possibilita a armazenagem dos dados das internações, além de apresentar e processar mensalmente as AIH das instituições públicas de saúde, conveniados e contratados e acompanhar o desempenho dos hospitais em relação às metas estabelecidas nos contratos entre gestor e hospitais (BRASIL, 2019b).

Para elaboração do perfil das ICSAP, os dados foram obtidos a partir da Lista Brasileira de ICSAP, que contem 19 grupos de causas e diagnósticos, com total de 120 categorias da CID-10 (com três dígitos) e subcategorias (com quatro dígitos).

4.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Com relação a identificação das ICSAP no SIH\SUS, foi utilizado o Tabwin - versão 4.15 - desenvolvido pelo DATASUS do Ministério da Saúde, para a descompactação dos dados.

Para o processamento e a análise dos dados utilizou-se estatística descritiva como, frequência, percentual e variação. Foi utilizado o teste qui-quadrado, com intervalo de confiança de $p < 0,05$ para verificar possíveis associações entre variáveis.

Foi calculada a variação percentual das frequências de ICSAP na série histórica comparando-se os valores do último aos do primeiro ano. Para o cálculo dessa variação percentual, subtraiu-se o valor da frequência no último ano pelo valor da taxa no primeiro ano, e dividiu-se essa diferença pelo valor da taxa no primeiro ano.

Para o cálculo das taxas de ICSAP por 10.000 habitantes utilizou-se como numerador os valores de ICSAP fornecidos pelo Sistema de Informações Hospitalares SIH/SUS e como denominador a população do DF, nas faixas etárias 0-4 anos e 5 a 9 anos, fornecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do último Censo disponível em 2010. Foram calculadas as taxas em duas faixas etárias por serem as divisões fornecidas pelo IBGE.

4.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi desenvolvida de acordo com às normas éticas estabelecidas pela Resolução Nº 510 de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe em seu artigo 1º, parágrafo único que pesquisas realizadas a partir de informações de acesso público não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP\CONEP.

5 – RESULTADOS

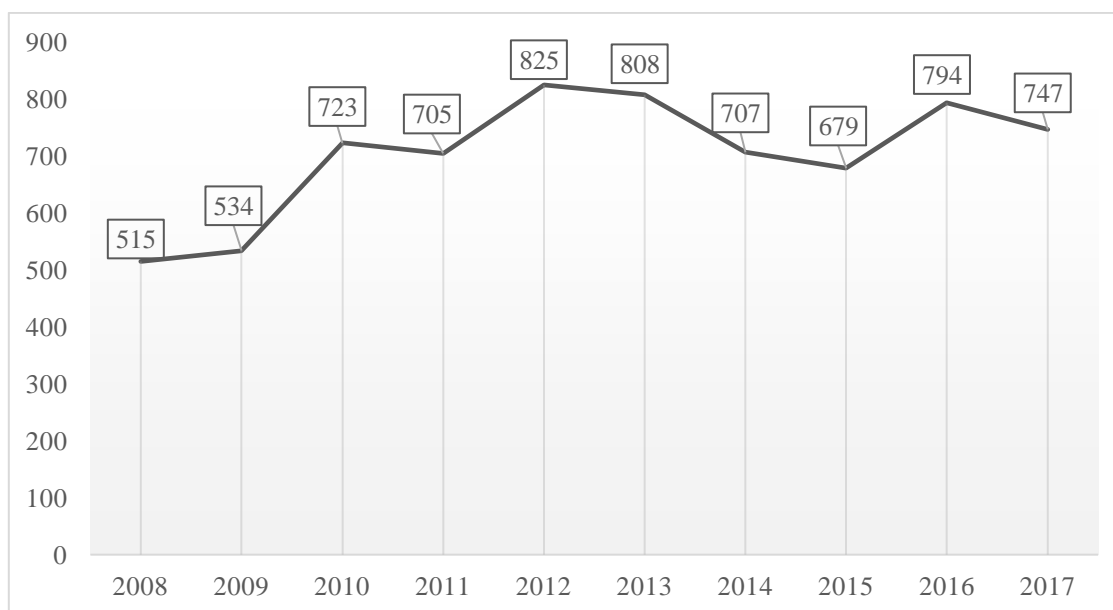
No período entre 2008 a 2017 o SIH/SUS registrou a ocorrência de 310.412 internações hospitalares no DF em crianças na faixa etária de 0 a 9 anos sendo 88.697 (28,57%) por CSAP. Ao verificar os dados de internações no HRC para a mesma faixa etária, ocorreram 27.650, dentre as quais, 7.037 (25,45%) foram por CSAP.

Os anos de 2012 e 2013, foram aqueles que apresentaram maior frequência de ICSAP em crianças, com 825 (11,72%) e 808 (11,48%). Já as menores frequências ocorreram em 2008 e 2009 com 515 (7,31%) e 534 (7,58%) respectivamente.

De 2008 para 2012 houve um crescimento de 60,19% na frequência absoluta de ICSAP. Em 2012 e 2015 houve uma queda de 17,69%, voltando a crescer novamente em 2016 (Figura 1).

Houve uma variação do ano de 2008 a 2017 de 45,04% comparando as frequências de ICSAP. Do ano de 2012, com a maior frequência de ICSAP, a 2017 ano final do estudo, houve uma diminuição de 9,45% da frequência.

Figura 1 - Frequência absoluta de ICSAP em crianças, segundo ano de internação registrado no SIH/SUS. Hospital Regional de Ceilândia. Ceilândia/DF, 2008 a 2017.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (Departamento de Informática do SUS; <http://www.datasus.gov.br>).

Considerando o período estudado, o principal grupo de causas de ICSAP foi a Asma com 22,34% (n=1572) dos casos, seguido por Pneumonias Bacterianas 15,45% (n=1087) e Gastroenterites infecciosas e complicações 14,72% (n=1036). Vale ressaltar que juntas, as três primeiras causas somam 52,51% das internações (Tabela 1).

Os grupos de ICSAP com menor frequência foram as doenças inflamatórias órgãos pélvicos femininos 0,04% (n=3), anemia 0,13% (n=9) e hipertensão 0,18% (n=13) (Tabela 1).

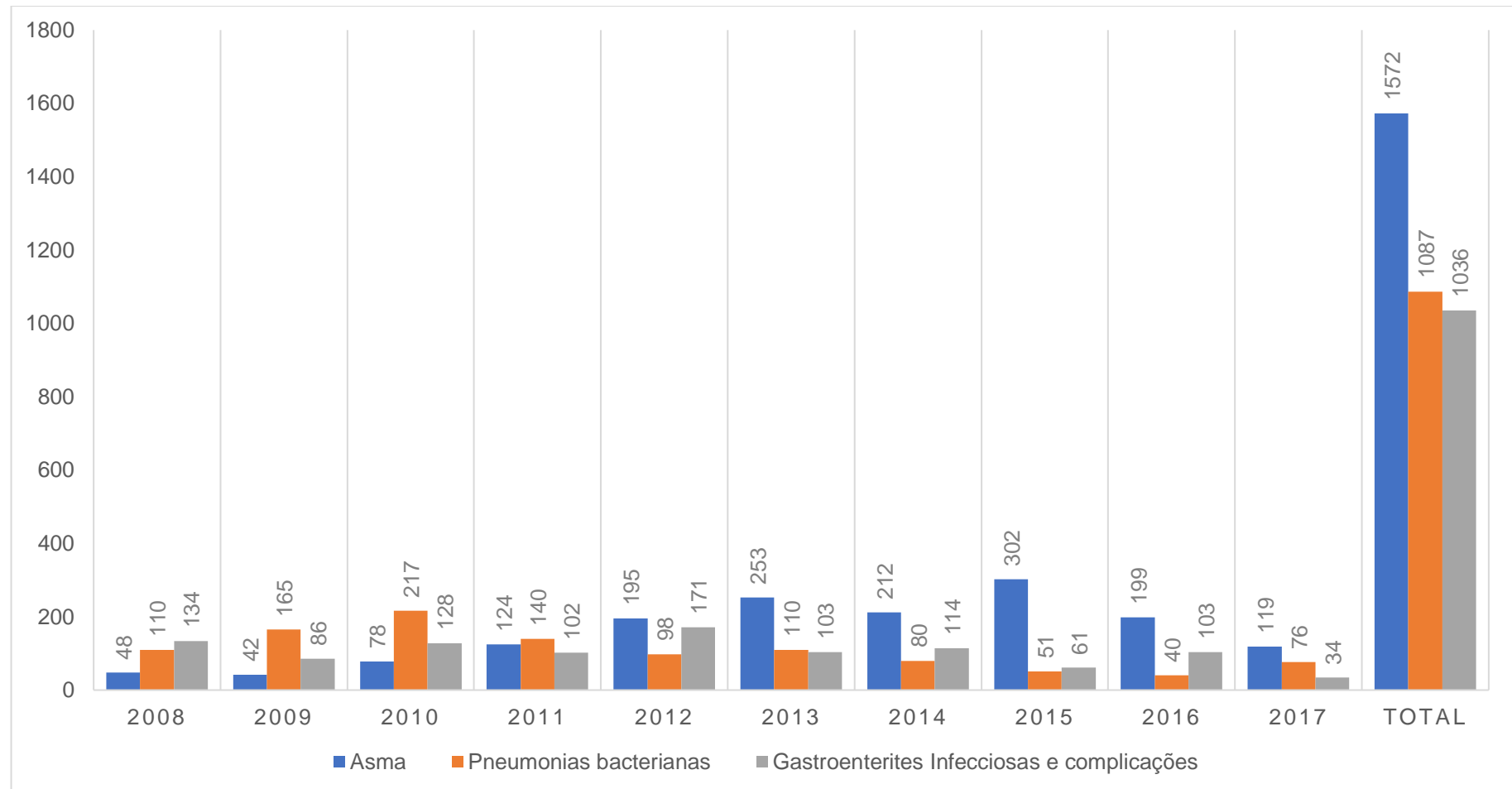
Tabela 1 - Frequência absoluta de ICSAP em crianças, por grupo de causas e diagnósticos, segundo ano de internação registrado no SIH/SUS. Hospital Regional de Ceilândia. Ceilândia/DF, 2008 a 2017.

Grupos de Causas e Diagnósticos de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total	%
1. Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	3	13	5	7	6	14	29	8	4	7	96	1.36
2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	134	86	128	102	171	103	114	61	103	34	1036	14.72
3. Anemia	0	0	0	1	0	2	0	0	3	3	9	0.13
4. Deficiências nutricionais	4	4	4	0	2	6	8	7	8	5	48	0.68
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	18	11	9	20	30	26	24	18	47	44	247	3.51
6. Pneumonias bacterianas	110	165	217	140	98	110	80	51	40	76	1087	15.45
7. Asma	48	42	78	124	195	253	212	302	199	119	1572	22.34
8. Doenças pulmonares	50	63	47	75	102	53	34	37	136	262	859	12.21
9. Hipertensão	0	2	1	0	3	5	0	1	1	0	13	0.18
10. Angina	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11. Insuficiência cardíaca	2	2	4	5	2	0	5	5	0	0	25	0.36
12. Doenças cerebrovasculares	2	6	33	13	13	0	1	2	0	0	70	0.99
13. Diabetes melitus	1	1	3	13	7	3	3	5	13	8	57	0.81
14. Epilepsias	21	39	42	42	69	89	80	80	124	70	656	9.32
15. Infecção no rim e trato urinário	34	32	61	69	51	68	59	57	89	81	601	8.54
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	69	51	81	78	67	62	46	33	21	31	539	7.66
17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	0.04
18. Úlcera gastrointestinal	1	0	0	2	2	2	2	1	3	1	14	0.2
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	16	17	10	13	7	12	10	11	3	6	105	1.49
Total	515	534	723	705	825	808	707	679	794	747	7037	100

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (Departamento de Informática do SUS; <http://www.datasus.gov.br>).

Ao analisar esses três grupos, verifica-se que somente no ano de 2008 o número de internações por Gastroenterites infecciosas e complicações (26,01%) superou as internações por Asma (9,36%) e internações por Pneumonias Bacterianas (21,35%), em 2009 e 2010 ficou como segundo maior grupo. Em 2009, 2010 e 2011 as internações por Pneumonias Bacterianas superaram as internações por Asma. A partir do ano de 2012, as internações por Asma foi o grupo de causas e diagnóstico mais frequente em todos os anos (Figura 2).

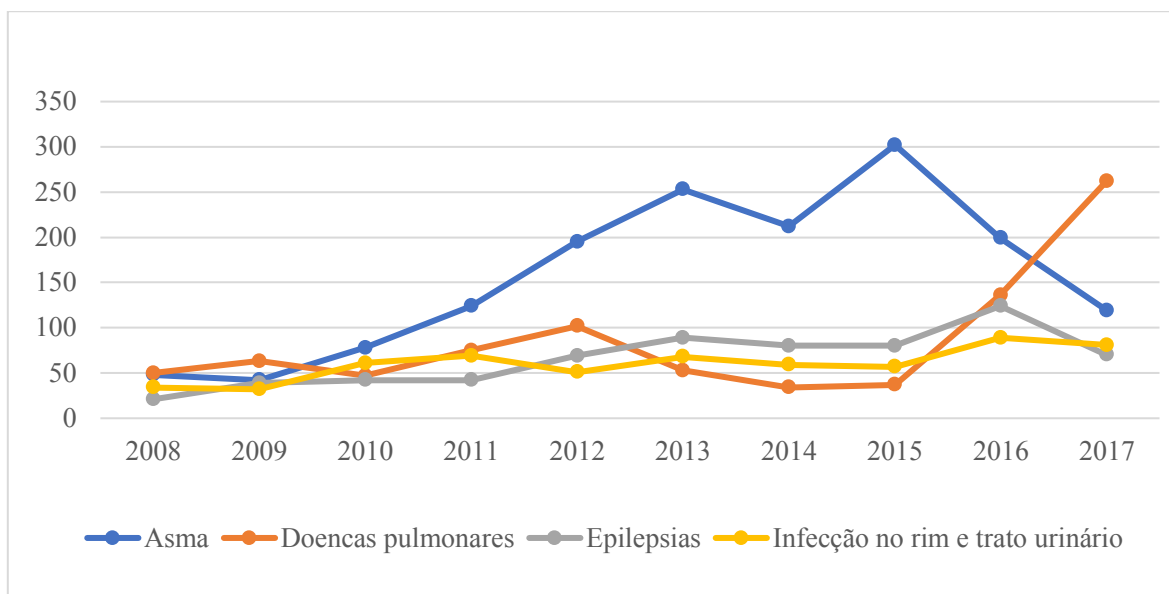
Figura 2 - Frequências absolutas de Asma, Pneumonias bacterianas e Gastroenterites infecciosas, três principais ICSAP por ano, em crianças de 0-9 anos. Hospital Regional de Ceilândia. Ceilândia/DF, 2008 a 2017.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (Departamento de Informática do SUS; <http://www.datasus.gov.br>).

Observando as ICSAP com maior frequência registradas (Tabela 2), as que tiveram maior crescimento comparando o primeiro e último ano, foram as internações por Asma (147%), Doenças Pulmonares (424%), Epilepsias (233%) e Infecção no rim e trato urinário (138%) (Figura 3).

Figura 3 - Variação das frequências absolutas ao longo dos anos dos grupos de causas e diagnósticos de Asma, Doenças pulmonares, Epilepsias e Infecção no rim e trato urinário. Hospital Regional de Ceilândia, Ceilândia/DF, 2008 a 2017.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (Departamento de Informática do SUS; <http://www.datasus.gov.br>).

As ICSAP que mais reduziram, comparando o primeiro e último ano, dentre as com maior frequência, foram Pneumonias Bacterianas (-30,90%), Gastroenterites infecciosas e complicações (-294%) e Infecção da pele e tecido subcutâneo (-55,07%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Frequência absoluta de ICSAP em crianças e variação de 2008 a 2017, por grupos de causas e diagnósticos. Hospital Regional de Ceilândia. Ceilândia/DF, 2008 e 2017.

Grupos de Causas e Diagnósticos de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária	2008	2017	Variação % 2008-2017
1. Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	3	7	133
2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	134	34	-294
3. Anemia	0	3	-
4. Deficiências nutricionais	4	5	25
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	18	44	144
6. Pneumonias bacterianas	110	76	-30,90
7. Asma	48	119	147
8. Doenças pulmonares	50	262	424
9. Hipertensão	0	0	-
10. Angina	0	0	-
11. Insuficiência cardíaca	2	0	-100
12. Doenças cerebrovasculares	2	0	-100
13. Diabetes melitus	1	8	700
14. Epilepsias	21	70	233
15. Infecção no rim e trato urinário	34	81	138
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	69	31	-55,07
17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	2	0	-100
18. Úlcera gastrointestinal	1	1	-
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	16	6	-62,50
Total	515	747	45,04

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (Departamento de Informática do SUS; <http://www.datasus.gov.br>).

Quanto a tendência das taxas de internações por CSAP entre as faixa etárias de 0 a 4 anos e 5 a 9 anos em Ceilândia, para o período estudado, observa-se, levando-se em consideração o ano inicial e o final da série temporal, que o grupo de 0 a 4 anos apresentou as maiores taxas, e aumentaram de 22,16 em 2008 para 31,20 por 10.000 habitantes em 2017, demonstrando assim um aumento de 40,79%. Na faixa etária de 5 a 9 anos as internações aumentaram de 4,78 para 7,82/10.000 habitantes, um aumento de 63,59%.

Tabela 3 - Taxa de ICSAP (por 10.000 hab.) por faixa etária, Hospital Regional de Ceilândia. Ceilândia/DF, 2008 a 2017.

Faixa etária	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
0 a 4 anos	22,16	23,54	29,35	28,19	31,84	31,89	29,41	28,03	32,90	31,20
5 a 9 anos	4,78	4,43	8,37	8,57	11,11	10,06	7,52	7,42	8,57	7,82

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (Departamento de Informática do SUS; <http://www.datasus.gov.br>). IBGE - Censo 2010. Tabulação realizada pelo autor

De acordo com os dados do SIH/SUS, as internações nas faixas etárias estudadas, os valores nos < 1 ano correspondem a 34,62% (n=2.436), 1 a 4 anos 42,9% (n=3.019) e 5 a 9 anos 22,48% (n=1.582) do total de ICSAP. Em relação às faixas etárias, as que mais internaram por CSAP em números absolutos foi a de 1 a 4 anos (Tabela 4).

Na faixa etária de < 1 ano os grupos de causas e diagnósticos de internações por CSAP predominante foram das Doenças Pulmonares (7,29%), Asma (6,61%) e Pneumonias Bacterianas (5,44%). Na faixa etária de 1 a 4 anos as doenças mais frequentes foram Asma (9,71%), Pneumonias Bacterianas (7,72%) e Gastroenterites infecciosas e complicações (7,62%). Na faixa etária de 5 a 9 anos as doenças mais frequentes foram Asma (6,03%), Gastroenterites infecciosas e complicações (3,58%) e Epilepsias (2,57%) (Tabela 4).

No teste de qui-quadrado foi constatado o valor de $p < 0,001$, o que verifica uma associação positiva, ou seja, dependendo da ICSAP há faixas etárias que foram mais predominantes, como foi o caso da faixa etária 1 a 4 anos (Tabela 4).

Tabela 4 – Frequência absoluta de ICSAP, por grupos de causas e diagnósticos, por faixa etária Hospital Regional de Ceilândia. Ceilândia/DF, 2008 e 2017.

Grupos de Causas e Diagnósticos de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária	< 1		1 a 4		5 a 9		Total		P.valor
		%		%		%		%	
1. Doenças preveníveis por imunizações e condições sensíveis	74	1.05	10	0.14	12	0.17	96	1.36	p<0,001
2. Gastroenterites Infeciosas e complicações	248	3.52	536	7.62	252	3.58	1036	14.72	p<0,001
3. Anemia	4	0.06	4	0.06	1	0.01	9	0.13	p<0,001
4. Deficiências nutricionais	24	0.34	16	0.23	8	0.11	48	0.68	p<0,001
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	86	1.22	112	1.59	49	0.7	247	3.51	p<0,001
6. Pneumonias bacterianas	383	5.44	543	7.72	161	2.29	1087	15.45	p<0,001
7. Asma	465	6.61	683	9.71	424	6.03	1572	22.34	p<0,001
8. Doenças pulmonares	513	7.29	247	3.51	99	1.41	859	12.21	p<0,001
9. Hipertensão	4	0.06	5	0.07	4	0.06	13	0.18	p<0,001
11. Insuficiência cardíaca	17	0.24	6	0.09	2	0.03	25	0.36	p<0,001
12. Doenças cerebrovasculares	11	0.16	6	0.09	53	0.75	70	0.99	p<0,001
13. Diabetes melitus	2	0.03	18	0.26	37	0.53	57	0.81	p<0,001
14. Epilepsias	144	2.05	331	4.7	181	2.57	656	9.32	p<0,001
15. Infecção no rim e trato urinário	270	3.84	206	2.93	125	1.78	601	8.54	p<0,001
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	82	1.17	288	4.09	169	2.4	539	7.66	p<0,001
17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	2	0.03	0	0	1	0.01	3	0.04	p<0,001
18. Úlcera gastrointestinal	3	0.04	7	0.1	4	0.06	14	0.2	p<0,001
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	104	1.48	1	0.01	0	0	105	1.49	p<0,001
Total	2436	34.62	3019	42.9	1582	22.48	7037	100	

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (Departamento de Informática do SUS; <http://www.datasus.gov.br>).

Analisando as ICSAP segundo o sexo, observa-se que houve mais internações no sexo masculino 54% (n=3.800) quando comparado ao sexo feminino 46% (n=3.237). No teste de qui-quadrado realizado para verificar associação entre as ICSAP e o sexo, foi constatado que o valor de $p<0,001$, aferindo uma associação positiva, ou seja, dependendo do sexo há grupos de ICSAP que foram mais predominantes (Tabela 5).

Os grupos de causas e diagnósticos mais frequentes no sexo masculino foram Asma 12,87% (n=906), Pneumonias Bacterianas 8,33% (n=906), Doenças Pulmonares 7,63% (n=537). No sexo feminino, o primeiro grupo por causa de internação, assim como no sexo masculino, foi Asma 9,46% (n=666). Gastroenterites Infeciosas e Complicações representou

a segunda maior com 7,29% (n=513) e em terceiro as Pneumonias Bacterianas com 7,12% (n=501) (Tabela 5).

Os grupos de causas e diagnósticos que se destacaram por uma maior frequência no sexo feminino, comparado com o masculino foram: Infecção no rim e trato urinário, sendo a maior diferença absoluta, n=377 enquanto no masculino foi n=224, seguido por Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos, Hipertensão, Diabetes melitus, sendo comparativamente muito baixa a diferença (Tabela 5).

Tabela 5 – Frequência absoluta de ICSAP em crianças, por grupos de causas e diagnósticos, por sexo. Hospital Regional de Ceilândia. Ceilândia/DF, 2008 e 2017.

Grupos de Causas e Diagnósticos de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária	Masculino	%	Feminino	%	Total	%	P.valor
1. Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	48	0.68	48	0.68	96	1.36	p<0,001
2. Gastroenterites Infeciosas e complicações	523	7.43	513	7.29	1036	14.72	p<0,001
3. Anemia	6	0.09	3	0.04	9	0.13	p<0,001
4. Deficiências nutricionais	24	0.34	24	0.34	48	0.68	p<0,001
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	144	2.05	103	1.46	247	3.51	p<0,001
6. Pneumonias bacterianas	586	8.33	501	7.12	1087	15.45	p<0,001
7. Asma	906	12.87	666	9.46	1572	22.34	p<0,001
8. Doenças pulmonares	537	7.63	322	4.58	859	12.21	p<0,001
9. Hipertensão	6	0.09	7	0.1	13	0.18	p<0,001
11. Insuficiência cardíaca	14	0.2	11	0.16	25	0.36	p<0,001
12. Doenças cerebrovasculares	54	0.77	16	0.23	70	0.99	p<0,001
13. Diabetes melitus	28	0.4	29	0.41	57	0.81	p<0,001
14. Epilepsias	366	5.2	290	4.12	656	9.32	p<0,001
15. Infecção no rim e trato urinário	224	3.18	377	5.36	601	8.54	p<0,001
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	272	3.87	267	3.79	539	7.66	p<0,001
17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	0	0	3	0.04	3	0.04	
18. Úlcera gastrointestinal	8	0.11	6	0.09	14	0.2	p<0,001
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	54	0.77	51	0.72	105	1.49	p<0,001
Total	3800	54	3237	46	7037	100	

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (Departamento de Informática do SUS; <http://www.datasus.gov.br>).

Quanto aos óbitos verificou-se um total de 17, o que representa 0,24% das 7.037 internações por CSAP, sendo distribuídos da seguinte forma: 2008 (n=2), 2010 (n=5), 2011 (n=5), 2012 (n=2), 2014 (n=2), 2017 (n=1). A principal causa de óbito foi Pneumonias Bacterianas (n=5), seguido de Gastroenterites Infeciosas e complicações, Doenças

Pulmonares, Insuficiência cardíaca, Doenças Cerebrovasculares com 2 óbitos cada. Doenças Preveníveis por imunização e condições sensíveis, Asma, Hipertensão e Epilepsias registraram um 1 óbito cada (Tabela 7).

Tabela 6 – Frequência absoluta de ICSAP em crianças 0-9 anos, e óbito por ICSAP, por sexo, segundo faixa etária. Hospital Regional de Ceilândia. Ceilândia/DF, 2008 a 2017.

Faixa etária	Masculino			Feminino			Total		
	ICSAP	óbito		ICSAP	óbito		ICSAP	óbito	
		n	%		n	%		n	%
<1a	1344	4	0,29%	1092	4	0,36%	2436	8	0,32%
1-4a	1596	4	0,25%	1423	4	0,28%	3019	8	0,26%
5-9a	860	0	-	722	1	0,13%	1582	1	0,06%
Total	3800	8	47,05%	3237	9	52,94%	7037	17	0,24%

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (Departamento de Informática do SUS; <http://www.datasus.gov.br>).

As faixas etárias de <1 ano e 1 a 4 anos registraram 8 óbitos cada. Comparando os óbitos registrados por sexo, o feminino teve 9 óbitos enquanto o masculino 8 óbitos (Tabela 6).

Tabela 7 - Frequência absoluta de óbitos por ICSAP, segundo faixa etária e sexo. Hospital Regional de Ceilândia. Ceilândia/DF, 2008 e 2017.

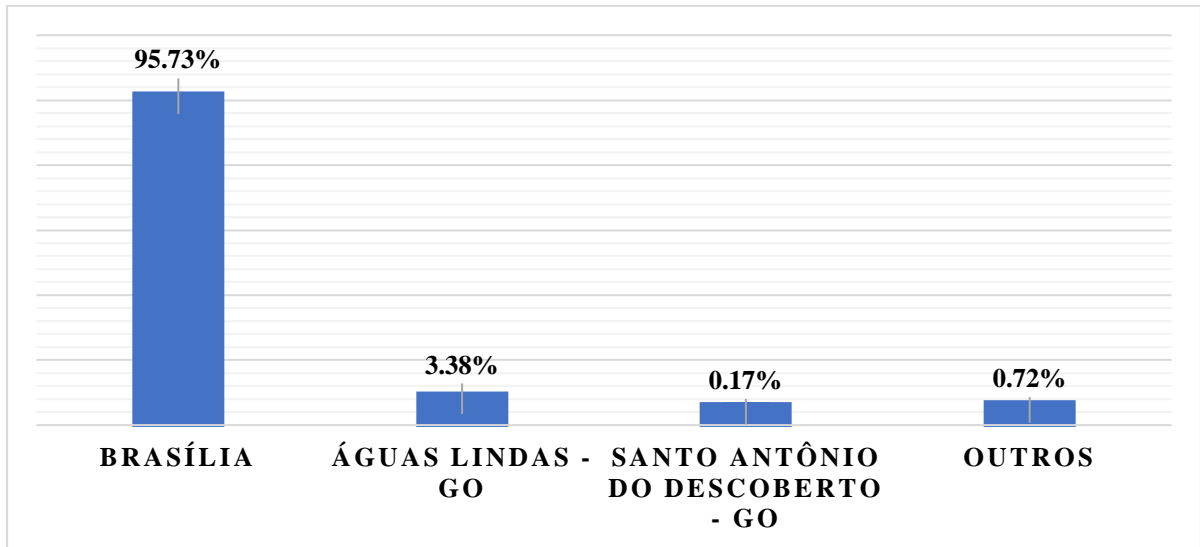
Grupos de Causas e Diagnósticos de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária	<1a	1-4a	5-9a	Total
1. Doenças preveníveis por imunizações por condições sensíveis	1	0	0	1
2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	1	1	0	2
3. Anemia	0	0	0	0
4. Deficiências nutricionais	0	0	0	0
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	0	0	0	0
6. Pneumonias bacterianas	2	2	1	5
7. Asma	0	1	0	1
8. Doenças pulmonares	0	2	0	2
9. Hipertensão	1	0	0	1
10. Angina	0	0	0	0
11. Insuficiência cardíaca	1	1	0	2
12. Doenças cerebrovasculares	1	1	0	2
13. Diabetes melitus	0	0	0	0
14. Epilepsias	1	0	0	1
15. Infecção no rim e trato urinário	0	0	0	0
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	0	0	0	0
17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	0	0	0	0
18. Úlcera gastrointestinal	0	0	0	0
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	0	0	0	0
Total	8	8	1	17

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (Departamento de Informática do SUS; <http://www.datasus.gov.br>).

Dentre os locais de residência Brasília aparece como a que mais originou internações, sem distinção entre as regiões administrativas (RA), com 95,73% (n= 6.737). Em segunda posição aparece Águas Lindas de Goiás com 3,38% (n=238) que fica a aproximadamente 27 km do HRC. Em terceiro, Santo Antônio do Descoberto também do estado de Goiás 0,17% localizado a aproximadamente 35 km do HRC (Figura 4).

A partir do teste de qui-quadrado realizado para verificar associação entre as frequências de ICSAP e o município de residência, foi constatado o valor de $p=0,004$ aferindo uma associação positiva entre as variáveis, ou seja, dependendo do município de residência há a maior prevalência de ICSAP, o que pode ser verificado pelo percentual de registros em Brasília, muito superior as demais.

Figura 4 – Percentual de ICSAP em crianças, por município de residência, registrada no SIH/SUS. Hospital Regional de Ceilândia. Ceilândia/DF, 2008 a 2017.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (Departamento de Informática do SUS; <http://www.datasus.gov.br>).

Em relação aos gastos com ICSAP em crianças de 0 a 9 anos no período estudado, o HRC totalizou 2.805.551,53 reais, enquanto o DF, como um todo teve como total 48.708.245,94 reais (Tabela 8).

Tabela 8 – Gasto total em reais das ICSAP em crianças no DF e HRC, por grupos de causas e diagnósticos, 2008 a 2017.

Grupos de Causas e Diagnósticos de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária	DF	%	HRC	%
1. Doenças preveníveis por imunização por condições sensíveis	1.014.574,17	2,08%	66.157,57	2,36%
2. Gastroenterites Infeciosas e complicações	5.467.308,72	11,22%	347.443,12	12,38%
3. Anemia	69.915,33	0,14%	2.917,87	0,10%
4. Deficiências nutricionais	544.497,94	1,12%	25.144,42	0,90%
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	1.136.739,76	2,33%	51.087,89	1,82%
6. Pneumonias bacterianas	17.132.186,75	35,17%	717.914,07	25,59%
7. Asma	6.999.283,37	14,37%	783.831,65	27,94%
8. Doenças pulmonares	4.920.035,18	10,10%	214.944,66	7,66%
9. Hipertensão	30.850,42	0,06%	2.655,03	0,09%
10. Angina	88.958,01	0,18%	0,00	0,00%
11. Insuficiência cardíaca	2.846.454,42	5,84%	20.031,00	0,71%
12. Doenças cerebrovasculares	301.417,87	0,62%	41.720,21	1,49%
13. Diabetes melitus	668.927,56	1,37%	23.340,92	0,83%
14. Epilepsias	2.274.533,37	4,67%	109.483,86	3,90%
15. Infecção no rim e trato urinário	2.473.383,53	5,08%	158.994,10	5,67%
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	2.305.319,45	4,73%	181.375,13	6,46%
17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	7.678,15	0,02%	624,35	0,02%
18. Úlcera gastrointestinal	98.441,15	0,20%	4.642,30	0,17%
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	327.740,79	0,67%	53.243,38	1,90%
Total	48.708.245,94	100	2.805.551,53	100

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (Departamento de Informática do SUS; <http://www.datasus.gov.br>)

No período do estudo, o gasto total com a faixa etária de 0 a 9 anos no HRC foi de 2.805.551,53 reais. O ano de 2010 destacou-se como aquele onde ocorreu maior gasto com 326.525,06 reais (63%). As patologias com os maiores gastos no período por ICSAP foram Asma, com 27,93%, Pneumonias bacterianas com 25,58%, Gastroenterites infecciosas e complicações com 12,38%. Esses três grupos de diagnósticos, representam juntos 65,89% dos gastos totais com ICSAP (Tabela 9).

Tabela 9 – Gastos totais em reais com ICSAP registrados no SIH/SUS, por grupos de causas e diagnósticos. Hospital Regional de Ceilândia. Ceilândia/DF, 2008 a 2017

Grupos de Causas e Diagnósticos de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
1. Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	1.835,67	9.435,58	3.095,34	4.742,78	4.623,54	11.176,26	22.534,41	5.221,46	1.372,59	2.119,94	66.157,57
2. Gastroenterites Infeciosas e complicações	41.886,79	32.001,68	43.916,37	34.511,08	53.317,28	34.298,29	39.549,85	20.921,22	35.852,68	11.187,88	347.443,12
3. Anemia	0	0	0	266,44	0	508,74	0	0	1.377,14	765,55	2.917,87
4. Deficiências nutricionais	1.768,94	1.843,12	2.161,07	0	1.242,18	3.044,8	4.315,75	3.452,06	4.123,38	3.193,12	25.144,42
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	3.732,69	2.516,61	2.514,48	4.681,73	5.045,55	5.239,71	4.705,62	3.958,26	9.454,95	9.238,29	51.087,89
6. Pneumonias bacterianas	89.522,92	102.279,93	146.738,03	88.550,94	61.548,13	71.962,2	51.753,58	32.861,44	24.943,68	47.753,22	717.914,07
7. Asma	21.890,46	20.605,98	39.049,26	64.661,64	88.651,48	128.186,21	109.299,04	158.079,44	101.195,95	52.212,19	783.831,65
8. Doenças pulmonares	10.765,97	15.353,49	10.730,68	28.732	30.829,28	13.423,32	7.891,79	8.371,8	29.914,84	58.931,49	214.944,66
9. Hipertensão	0	403,34	189,67	0	585,01	1.022,97	0	180,34	273,7	0	2.655,03
10. Angina	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11. Insuficiência cardíaca	1.498,86	2.482,25	3.098,38	3.497,3	1.521	0	3.806,47	4.126,74	0	0	20.031
12. Doenças cerebrovasculares	1.150,81	3.503,59	21.018,58	6.997,7	7.495,25	0	597,32	956,96	0	0	41.720,21
13. Diabetes melitus	328	408,8	1.190,46	5.174,58	3.230,68	1.334,58	1.202,4	2.072,06	5.164,78	3.234,58	23.340,92
14. Epilepsias	2.682,62	12.414,17	6.033,08	5.877,84	10.133,79	13.397,08	14.481,66	12.836,51	19.376,11	12.251	109.483,86
15. Infecção no rim e trato urinário	8.329,43	8.065,57	15.997,59	18.656,37	13.200,54	18.867,95	15.969,86	14.289,12	22.033,25	23.584,42	158.994,1
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	22.310,9	15.985,57	26.319,92	26.239,74	24.997,74	20.487,34	16.176,71	12.334,92	6.417,02	10.105,27	181.375,13
17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	417,54	0	0	206,81	0	0	0	0	0	0	624,35
18. Úlcera gastrointestinal	177,2	0	0	905,82	460,5	388,12	844,37	707,69	932,42	226,18	4.642,3
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	6.446,09	5.095,4	4.472,15	3.408,27	16.683,71	3.105,24	2.627,3	3.318,72	6.173,22	1.913,28	53.243,38
Total	214.744,89	232.395,08	326.525,06	297.111,04	323.565,66	326.442,81	295.756,13	283.688,74	268.605,71	236.716,41	2.805.551,53

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (Departamento de Informática do SUS; <http://www.datasus.gov.br>)

6 - DISCUSSÃO

A importância e centralidade da APS, para ampliar o acesso da população aos serviços de saúde são verificadas desde a primeira publicação da PNAB em 2006 e em suas revisões posteriores de 2011 e 2017, destacando-a como uma das principais responsáveis pela consolidação do princípio da integralidade estabelecido pela Constituição Federal de 88 (BRASIL, 2006, 2011, 2017).

Benefícios como a localização das unidades próximas à população, ampliação da disponibilidade de dias e horários em que a unidade atende e atendimento a consultas não-agendadas já são observados a partir da ampliação da cobertura da APS, da sua normatização na busca pela implementação das diretrizes do SUS (ASSIS; JESUS, 2012).

Dentro do processo de construção do sistema de saúde efetivo, a avaliação é um ponto essencial para melhorar as respostas de saúde de determinada população. Mesmo reconhecendo o avanço na ampliação da cobertura da APS por meio da ESF, há ainda a persistência de problemas no acesso, na qualidade, na continuidade da atenção e resolutividade dos serviços (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Nesse sentido, a busca por métodos, indicadores e tecnologias que possam avaliar a qualidade da APS resultam em estudos de avaliação, que contribuem para a definição de linhas de atenção e programas prioritários, como também de políticas de saúde, permitindo a qualificação da atenção à saúde oferecida e a busca por melhores resultados no desempenho da APS (HARTZ; SILVA, 2005; BRASIL, 2011).

O presente estudo revelou que um quarto de todas as internações que aconteceram no período de 2008 a 2017 na faixa etária de crianças de 0 a 9 anos no HRC, foram por ICSAP. Sabendo que a análise da evolução das ICSAP, contribui para estabelecer a qualidade do sistema de saúde, especialmente no nível primário, faz-se necessário observar os números absolutos de internações por CSAP, como também as taxas de modo que possam ser comparativos com outros estudos (MORIMOTO; COSTA, 2017).

A frequência de ICSAP verificada nos resultados desse estudo (25,45%), convergem com outros, a exemplo do realizado por Carvalho *et al.* (2015) no estado de Pernambuco, com porcentagem de 44,1 %; e por SANTOS *et al.* (2015) no estado de Mato Grosso com porcentagem de 38,7%, na população de 0 a 5 anos.

Em outro estudo realizado sobre ICSAP no Distrito Federal, Junqueira e Duarte (2012) avaliou todas as faixas etárias no ano de 2008 e encontraram que do total de internações no

período, 19,5% foram por CSAP. Em estudo de Sousa *et al.* (2016), em todas as faixas etárias também no HRC, foi encontrado 15,9% de internações por CSAP no período de 2008 a 2012.

Partindo do pressuposto que a APS de qualidade oferecida e acessada no momento adequado pode evitar ou reduzir a frequência de hospitalizações por algumas condições de saúde, taxas elevadas de internações por CSAP podem indicar baixo acesso e uso ou oferta dos serviços de baixa qualidade, evidenciando que o aparecimento de qualquer percentual, deve ser um fator de alerta e preocupante para o sistema de saúde (ALFRADIQUE *et al.*, 2009; BOING *et al.*, 2012).

Neste estudo os três maiores grupos de causas e diagnósticos de internação computaram juntos 52,51% do total de internações no período, sendo Asma, Pneumonias Bacterianas e Gastroenterites Infecciosas e complicações, fato que concorda com outros estudos. Moura (2011) analisou as faixas etárias de < de 1 ano, 1 a 4 anos e 5 a 9 anos, nas quais as três principais causas de internação foram Gastroenterites Infecciosas e complicações, Asma e Pneumonias bacterianas. No estudo de Souza e Peixoto (2017), realizado em todos os municípios brasileiros, em crianças < 5 anos, os três grupos de causas e diagnósticos mais frequentes foram as internações por gastroenterites infecciosas e complicações, pneumonias bacterianas e asma. Também no estudo de Caldeira *et al.* (2011) realizado em Minas Gerais; no estudo de Ferreira *et al.* (2014) realizado em São Paulo, como no de Pinto-Junior *et al.* (2018) desenvolvido na Bahia.

Nos anos analisados neste estudo, houve considerável aumento nas taxas de ICSAP. Na faixa etária de < 5 anos houve um aumento de 40,79% de 2008 para 2017, enquanto na faixa etária de 5 a 9 anos o aumento foi de 63,59% para o mesmo período. Esses resultados divergem de alguns estudos que relataram, em sua maioria, uma diminuição das taxas de ICSAP em crianças (BARRETO; NERY; COSTA, 2012; SANTOS; OLIVEIRA; CALDEIRA, 2016; PAZÓ *et al.*, 2017; COSTA; PINTO JUNIOR; SILVA, 2017).

No estudo realizado no Distrito Federal, de Pinto *et al.* (2019), foi destacado o grande peso das internações por CSAP na faixa-etária de crianças de 0 a 9 anos, que representava cerca de 20% das internações totais nesta faixa etária.

No estudo de Prezotto, Chaves e Mathias (2015) em crianças < 5 anos, realizado no estado do Paraná nos anos de 2000 a 2011, foi verificado que nas faixas etárias (< 1 ano, 1 a 2 anos, 3 a 4 anos e < 5 anos), houve aumento da participação das CSAP no total absoluto das hospitalizações, como também aumento da taxa de ICSAP. No presente estudo, as taxas de ICSAP também tiveram aumento nas faixas etárias de 0 a 4 anos e 5 a 9 anos.

No Brasil, ainda são escassas as publicações sobre as ICSAP voltados para a população infantil sendo que os mesmos não são homogêneos em relação às faixas etárias estudadas ou metodologias utilizadas (SANTOS; OLIVEIRA; CALDEIRA, 2016). De forma que se faz necessário também ressaltar que o Brasil possui diversificadas particularidades regionais e influências socioeconômicas, o que pode ser evidenciado pelas divergências observadas na literatura, como também, justificar resultados distintos.

Em estudo de Botelho e Portela (2017) foi evidenciada a maior ocorrência de ICSAP na faixa etária entre 1 e 4 anos, comparada à de < 1 ano. A maioria dos estudos sobre ICSAP que adotam a faixa etária de crianças, optam por analisar < 5 anos (PREZOTTO; CHAVES; MATHIAS, 2015; PINTO-JUNIOR *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2015; CARVALHO *et al.*, 2015). Vale ressaltar que no presente estudo, foi observado que a maior frequência de internações foi em < de 5 anos, representando 77,52%.

Especificamente a faixa etária de crianças, que muitos estudos evidenciam nos conjuntos dos extremos de idade, tem destaque nas altas taxas de ICSAP. No Brasil e no mundo, nas últimas décadas, as doenças respiratórias e as doenças infecciosas e parasitárias estão entre as causas de ICSAP, como principais determinantes de hospitalização (LÔBO *et al.*, 2018; OLIVEIRA; COSTA; MATHIAS, 2012; FERRER; SUCUPIRA; GRISI, 2010).

Para efeitos de comparação, observa-se que além da divergência na abordagem das faixas etárias, em estudos sobre ICSAP, há carência de pesquisas que abordem os principais grupos de causas e diagnóstico de internação, nos diferentes períodos da infância. É necessária essa consideração, pois cada fase do crescimento e desenvolvimento as crianças podem apresentar um perfil diferente no aspecto de saúde e doença (PREZOTTO; CHAVES; MATHIAS, 2015).

A alta frequência de internações infantis causadas por CSAP e, conseqüentemente preveníveis, a partir de um diagnóstico e tratamento precoces e adequados, pode apontar para uma assistência inadequada a determinados grupos populacionais assim como as suas condições socioeconômicas e de saúde, o que pode indicar condições deficientes de assistência à saúde (ELIAS; MAGAJEWSKI, 2008).

Como estratégia para intervir sobre as necessidades fundamentais a implantação do PSF, agora ESF, foi a resposta do Ministério da Saúde. Esse tem identificado importante redução das internações infantis devido ao acompanhamento e assistências às crianças com problemas agudos. Houve no Brasil uma redução de 33% no percentual de internações em < 5 anos de idade por pneumonia e desidratação em populações cobertas pela ESF entre 1999 e 2001 (BRASIL, 2008c).

Neste estudo, crianças do sexo masculino internaram mais, com 54% do que o sexo feminino com 46%. O estudo de Pinheiro *et al.* (2002) evidencia que a morbidade, e consequente a maior procura por serviços de saúde, é mais referida no sexo masculino, comparado com o feminino até os 10 anos de idade. No estudo de Santos *et al.* (2015) para o sexo masculino, as faixas etárias < de 1 ano e a de 1 a 4 anos, obtiveram 55,1% e 53,2% respectivamente, resultado semelhante ao encontrado neste estudo. Em sua maioria os estudos que discutem a predominância de ICSAP no sexo masculino, são relativos a todas as faixas etárias, e não exclusivamente na pediátrica (BOTELHO; PORTELA, 2017).

Estudo de Boing *et al.* (2012) analisando as tendências de ICSAP no período de 1998 a 2009, nas unidades federativas brasileiras, constatou que houve estabilidade tanto para o sexo feminino, quanto para o sexo masculino no Distrito Federal, ou seja, não foi observada redução ou acréscimo importantes no quantitativo de ICSAP.

O grupo de causas por Infecção no rim e trato urinário se destacou por uma maior proporção no sexo feminino, como observado no estudo de Torres e Ciosak (2014). Esse resultado converge com outros relatos da literatura, em função das condições anatômicas (LOPES; TAVARES, 2005).

É possível observar que as taxas de mortalidade infantil por CSAP vêm reduzindo no Brasil, como por exemplo, por diarreia e infecções respiratórias, que reduziram 92% e 82% respectivamente (COSTA; JUNIOR; SILVA, 2017) devido a programas de saúde voltados para a assistência integrada às doenças prevalentes na infância, como o AIDPI (BRASIL, 2014). E essa realidade também é observada no âmbito do Distrito Federal pois de 2000 a 2015 houve uma redução de 26,4% na taxa de mortalidade infantil (SES-DF, 2015).

Apesar da diminuição nas taxas de mortalidade infantil, e mesmo a frequência de óbitos por ICSAP serem baixos nesse estudo (0,24%) são dados alarmantes pois são óbitos de indivíduos hospitalizados por doenças que nem mesmo deveriam ter resultado em internação (RODRIGUES-BASTOS *et al.*, 2014).

Os óbitos registrados não foram observados em todos os anos do estudo e a causa predominante de óbito dentro dos grupos de causas e diagnósticos foi Pneumonias Bacterianas como em estudo realizado no estado do Rio de Janeiro, em que o grupo de causas de Pneumonias esteve entre as três maiores causas de óbito (BOTELHO; PORTELA, 2017). Em outros estudos como no realizado no estado de Mato Grosso, no período entre 2007 e 2010, foram registrados 253 óbitos de crianças < 5 anos por pneumonias, o que representou 6,7% do total de óbitos. E especificamente em Cuiabá, as pneumonias foram responsáveis por 5,1% dos óbitos nessa faixa etária entre 2007 e 2010 (SANTOS *et al.*, 2015).

Ações em saúde como o estímulo ao aleitamento materno exclusivo e orientações ofertadas em momento oportuno aos pais e cuidadores sobre os cuidados com a criança, reduzem substancialmente as taxas de hospitalizações por agravos respiratórios e doenças diarréicas (BOCCOLINI *et al.*, 2011), duas entre as principais causas de óbito na população no presente estudo. É neste contexto que se destaca a estratégia AIDPI, agindo na prevenção de agravos, e promoção da saúde, podendo atuar como metodologia para monitorar e intervir nos problemas mais comuns associados aos óbitos de crianças < 5 anos em países em desenvolvimento (BRASIL, 2002).

Um fator ainda que merece destaque diante dos óbitos por Pneumonias Bacterianas é o fato da imunização pela vacina pneumocócica conjugada 10-valente estar disponível para a criança dentro do calendário de vacinação brasileiro, no Programa Nacional de Imunizações (PNI) instituído pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010). Uma vez que a vacina protege as crianças contra doenças pneumocócicas se faz necessária o contínuo acompanhamento das coberturas vacinais, com o intuito de incrementá-las (KUPEK; VIEIRA, 2016). A cobertura vacinal registrada no Distrito Federal de janeiro a abril de 2018 para a vacina pneumocócica 10-valente era de 87,9% (SES-DF, 2018), sendo a meta estabelecida pelo PNI de 95% (BRASIL, 2010).

O estudo de Bós e Kimura (2015) demonstrou que a frequência dos óbitos por ICSAP é crescente em relação à faixa etária, todavia não foram identificados estudos nacionais que tenham realizado uma análise das causas principais de óbito por grupo de causas de ICSAP em crianças.

Apesar do dado sobre a origem, quanto ao município de residência, ter sido Brasília (95,73%) o sistema não permite identificar a Região de Saúde da qual a criança procedeu, impossibilitando a análise específica da UBS de referência, como também do trabalho desenvolvido pelas equipes de ESF. Essa informação é primordial, pois como afirma Alfradique *et al.* (2009), o uso das internações por CSAP como indicador do acesso e qualidade da atenção primária vem sendo usado em vários países e o aumento de sua sensibilidade, ou seja, quanto mais preciso e específico for esse dado mais apto será para identificar problemas, melhores serão também as medidas para os encaminhamentos das ações na APS.

Há protocolos disponíveis para a estratificação de risco na Secretaria de Saúde do Distrito Federal, para o acesso à APS. Os pacientes que buscam o serviço apresentando doenças crônicas serão, a partir da estratificação, avaliados segundo suas necessidades em saúde e as ofertas possíveis para o acompanhamento adequado a cada caso (SES-DF, 2018).

A Portaria SES-DF N°77 de 14 de fevereiro de 2017, estabelece para a ESF o acolhimento e classificação de risco como mecanismos de ampliação e facilitação do acesso, priorizando os atendimentos mais graves e também por meio da resolutividade as equipes poderão sanar cerca de 80% das demandas de saúde dentro da APS, e somente quando estritamente necessário, direcionar os pacientes a outros níveis de atenção, como seria o caso do HRC.

Como protocolo para a saúde da criança no DF, da Portaria SES-DF N°287 de 02 de dezembro de 2016, há a orientação sobre referência e contrarreferência de que a equipe poderá solicitar, quando necessário, avaliações e pareceres para profissionais de saúde de especialidades pediátricas na sua região de saúde ou ainda de serviços especializados, como o Hospital da Criança de Brasília José de Alencar (HCB), os Centros de Apoio Psicossocial Infantil (CAPSi), entre outros. Tendo prioritariamente como base, o hospital de referência da região de saúde, que possui a especialidade pediátrica, a criança deve ser encaminhada a esse serviço. Somente se o hospital não oferece este atendimento, o encaminhamento deve ser feito para o HCB. O protocolo ainda declara que deve-se solicitar a contrarreferência ao serviço de origem, com relatório apropriado, para que o vínculo da criança na UBS de origem seja mantido, de forma a salvaguardar a longitudinalidade e a coordenação do cuidado.

Os municípios de Águas Lindas de Goiás e Santo Antônio do Descoberto, que foram o segundo e terceiro municípios, respectivamente a revelar-se como os de residência das crianças do estudo, fazem parte da municípios na Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE-DF). Esses municípios compartilham a migração de seus habitantes para o Distrito Federal, buscando por soluções para atenção à saúde, no caso deste estudo para assistência hospitalar (IPEA, 2013).

Quando analisado o gasto relacionado às ICSAP percebe-se a persistência das internações por esses grupos de causas e diagnósticos, Asma, Pneumonias bacterianas e Gastroenterites infecciosas e complicações, que tornam indisponíveis leitos hospitalares para aquelas internações realmente necessárias, como também resultam no aumento dos gastos com hospitalizações sobrecarregando os demais níveis de atenção à saúde (MENDONÇA; ALBUQUERQUE, 2014).

Estudos que tratam diretamente gastos com ICSAP são ainda incipientes na literatura brasileira, mesmo sendo extremamente importante conhecer as despesas com internações realizadas pelo SUS. Ainda são escassos os estudos que apontem a tendência temporal dos gastos com esses eventos em crianças.

Os gastos com ICSAP em crianças de 0 a 9 anos no HRC no período do estudo, foi de 2.805.551,53 reais, representando 13,29% de todos os gastos com a mesma faixa etária por todas as internações nesse hospital. Os percentuais dos gastos de ICSAP em relação ao ano de 2008, a princípio apresentaram aumento em 2009 e 2010, com uma diminuição em 2011, novo aumento em 2012 e 2013 seguido por sucessivas reduções até 2017, mas permanecendo ainda maior que 2008, entretanto considerando que se trata de um estudo descritivo não se pode afirmar que houveram aumentos ou reduções pois carece de análises mais aprofundadas. Em estudos disponíveis sobre gasto analisado em ICSAP na faixa etária de crianças trouxeram que os gastos reduziram significativamente (SOUZA; PEIXOTO, 2017; CARVALHO *et al.*, 2015).

Em estudo realizado na Bahia ao longo de 13 anos, com < 5 anos, houve tendência de redução no quantitativo e nas taxas de ICSAP, acompanhado também de redução nos gastos totais relacionados a essas internações (PINTO-JUNIOR *et al.*, 2018).

A busca pela equidade nos sistemas de saúde em diversos países, como no Brasil, é um constante desafio. Desde a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) no artigo 35, já trazia critérios em relação ao financiamento do SUS, nos quais eram contempladas as diferenças nos perfis epidemiológicos e demográficos, na rede de saúde local, e por desempenho da gestão, dentre outros (BRASIL, 1990).

Portanto, internações evitáveis oneram o orçamento da saúde e desperdiçam consequentemente os recursos que poderiam ser aplicados para o custeio de outras ações na APS. Ou seja, são aplicados no setor ambulatorial e hospitalar, ainda que, teoricamente, a ESF seja prioritária. Diante disso, pode-se afirmar que a redução do número de ICSAP pauta-se como questão estratégica diante da insuficiência de recursos, podendo também representar economias para o sistema de saúde e possibilidade de reinvestimento nesses setores prioritários citados que coordenando os cuidados à saúde, poderão gerar inúmeros benefícios ao sistema (COSTA; PINTO JUNIOR; SILVA, 2017).

Segundo Cardoso *et al.* (2017) os custos diretos e indiretos que a Asma gera para a sociedade, são ainda altos, como observado nesse estudo. Como primeiro grupo de causas, foi responsável por 22,34% das ICSAP e 27,93% dos gastos no período do estudo. No Distrito Federal durante o período foram gastos R\$ 6.999.283,37 com internações por CSAP em Asma. No HRC foram R\$ 783.831,65 no mesmo período de 2008 a 2017.

Cardoso *et al.* (2017) ainda analisa que no período de 2008 a 2013 ocorreram cerca de 1 milhão de internações por asma brônquica no Brasil. A um custo de USD 170 milhões.

Foi evidenciado em estudo de Damasceno *et al.* (2012) que do total de 117,8 mil internações no SUS em decorrência da asma no ano de 2011, 77,1 mil acometeram crianças na

faixa etária de 0 a 6 anos. A asma continua representando um importante problema global de saúde pública com elevados custos diretos e indiretos, que oneram tanto os pacientes como os sistemas públicos de saúde.

Os gastos com internações por Pneumonias Bacterianas também merecem destaque, pois apresentaram aumentos consideráveis ao longo do tempo, e foram a segunda maior despesa dentre os grupos de causas e diagnósticos neste estudo. Esse aumento nos gastos também foi demonstrado em estudo realizado em Minas Gerais, no período de 2008 a 2012 (AVELINO *et al.*, 2015), como em outro estudo em Santa Catarina, em que o grupo de Pneumonias Bacterianas ocupou a terceira posição entre as causas de gastos com internação (JEREMIAS, 2010).

Para Avelino *et al.* (2015) a economia dos gastos com as internações evitáveis é uma alternativa concreta de reverter e direcionar tais recursos para aumentar a efetividade da própria APS.

A redução das internações infantis por CSAP, caracterizadas por patologias agudas relacionadas a doenças infecciosas e parasitárias ou afecções respiratórias, tem demonstrado um estado de transição da morbidade hospitalar. Um dos fatores que salienta essa mudança é o investimento em estratégias como o AIDPI bem como pela transformação da dinâmica social, contribuindo para a redução da morbidade e mortalidade infantil por causas evitáveis. À vista disso, o estudo de Duarte *et al.* (2012) mostrou que o perfil das internações infantis, no Brasil, tem sido caracterizado pela prevalência de doenças crônicas, como foi o caso das internações no HRC predominantemente por Asma, 22,34% do total.

Retornando aos três principais grupos de causas e diagnósticos mais frequentes neste estudo, quais sejam, Asma, Pneumonias Bacterianas e Gastroenterites infecciosas e complicações, verifica-se que a Asma, apesar de sua prevalência variar muito entre os países no mundo, de um modo geral, tem sido descrita tendência ao aumento da sua frequência nas últimas três décadas, tanto no Brasil, como em países desenvolvidos (NASCIMENTO *et al.*, 2004; MOURA *et al.*, 2011). No presente trabalho, observou-se as elevadas taxas de internação por Asma, principalmente nas faixas etárias < 1 ano e de um a quatro anos, com aumento de internações hospitalares por esta causa de 147% comparando o ano inicial do estudo 2008 e o final 2017.

O Brasil tem mais de 120.000 hospitalizações por Asma por ano. No período analisado no estudo de Cardoso *et al.* (2017), no entanto, houve uma redução de 36% das internações hospitalares da mesma.

A Asma, constituída uma doença crônica não transmissível, se enquadra na situação epidemiológica brasileira denominada como tripla carga de doenças. Essa tripla carga envolve, ao mesmo tempo, uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, dentre outros fatores (MENDES, 2010).

Crianças com Asma necessitam ser acompanhadas no contexto do seguimento do crescimento e desenvolvimento infantil, buscando a assistência integral, prevenção de agravos, enfrentamento dos problemas, tratamento adequado e promoção da qualidade de vida. Dessa forma, o Ministério da Saúde orienta com a PNAISC em relação a Asma, o papel dos profissionais da APS, que deverão conhecer essas crianças da área de abrangência do serviço de saúde, para acompanhamento mais intensivo com o intuito de prevenir as crises agudas (BRASIL, 2018).

Os profissionais devem estar atentos para identificar os casos em consultas, na farmácia da unidade, na sala de vacinas, nebulização, na visita domiciliar do ACS e identificando egressos hospitalares e dos serviços secundários. Os profissionais de saúde têm, desse modo, uma responsabilidade para identificar os sinais e sintomas da Asma, esclarecer e informar aos pais ou cuidadores e ficar atentos às ações preventivas, de promoção, diagnóstico precoce, intervenção e manejo da asma, entre outros, visando o acompanhamento da saúde da criança e sua família, na perspectiva da longitudinalidade e do cuidado integral à saúde (BRASIL, 2018).

As crianças com Asma grave ou com evolução insatisfatória e que ainda há dúvidas a respeito diagnóstico de Asma, devem ser encaminhadas à atenção secundária (BRASIL, 2018). No contexto do Distrito Federal, a Secretaria de Saúde disponibiliza Ambulatório do Programa de Atendimento ao Paciente Asmático do Distrito Federal, que realiza o acolhimento, monitorização do paciente e acompanhamento pós-tratamento (DISTRITO FEDERAL, 2014).

Um estudo realizado nos Estados Unidos, com crianças portadoras da Asma, avaliou a relação entre atendimento na APS e ao serviço de emergência por Asma. As crianças que buscaram a APS com mais frequência foram menos propensas ao atendimento de emergência (SMITH; WAKEFIELD; CLUTIER, 2007).

Em estudo de Cerci-Neto *et al.* (2008) realizado no estado do Paraná, no qual houve uma intervenção no sistema de saúde local, constatou-se uma acentuada redução do número de internações, em comparação aos anos anteriores. De forma que a internação por Asma também reduziu significativamente. Intervenção semelhante ocorre no contexto do DF a partir da Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017 e Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017, para o aumento da cobertura da APS.

Há também uma correlação que precisa ser estudada, para explicar a alta frequência de procura por serviços de emergência por Asma em períodos sazonais no Distrito Federal. No estudo de Valença, Restivo e Nunes (2006) houve correlação positiva entre Asma e a variação climática em determinados períodos do ano, nos quais, por fatores de umidade relacionados com a proliferação de patógenos, principalmente a faixa pediátrica causando exacerbação dos sintomas, podendo causar aumentos nas internações.

Quanto à Pneumonia, a estimativa mundial do ano de 2013, para crianças com menos de cinco anos de idade era de 120 milhões de novos episódios por ano, com casos graves e altas taxas de hospitalizações (WALKER *et al.*, 2013). No Brasil, 1,5 milhões de novos casos de pneumonia adquirida na comunidade (PAC) ocorrem anualmente nessa faixa etária (PINA *et al.*, 2017).

Pneumonias Bacterianas aparecem no presente estudo como segundo grupo no total de causas de internação, com 15,45% de frequência, como no estudo de Santos; Oliveira e Caldeira (2016) que permaneceu nas faixas etárias de 0 a 4 anos e de 5 a 9 anos em segunda maior frequência. Nos anos de 2009, 2010 e 2011 as Pneumonias Bacterianas superaram Asma, apesar de na comparação do primeiro ano 2008 e o último 2017, ter sido registrada uma diminuição, de 110 para 76 registros, respectivamente, resultado que concorda com estudo de Costa *et al.* (2017), no qual houve redução por esse grupo nos anos do estudo.

Em estudo realizado em Cuiabá, Pneumonias Bacterianas foi o maior grupo de causas registrado por ICSAP em crianças até 4 anos (SANTOS *et al.*, 2015). No estudo de Araújo *et al.* (2017) no estado da Paraíba, o percentual de registros por Pneumonias Bacterianas foi de 59,38% em crianças até 5 anos. No estudo de Rehem, Ciosak e Egry (2012) realizado no estado de São Paulo, analisando as faixas etárias < de 1 ano e de 1 a 4 anos, o grupo de Pneumonias Bacterianas foi o que mais internou nos anos do estudo. Ainda em estudo realizado por Prezotto, Chaves e Mathias (2015) houve aumento na frequência de Pneumonias Bacterianas ao longo dos anos analisados.

Segundo alguns estudos, mesmo diante da importante redução na carga da doença nas últimas décadas, a Pneumonia permanece como a principal causa de morbidade e mortalidade na infância, gerando impactos negativos em países em desenvolvimento e em regiões de elevada desigualdade social, onde há escassez de recursos (LIU *et al.*, 2012; WALKER *et al.*, 2013). Estimativas sugerem que devido a complicações clínicas severas, de 7 a 13% do total de casos conhecidos de Pneumonia necessitem de cuidados avançados em ambiente hospitalar (RUDAN *et al.*, 2004). Não raro, os casos mais graves evoluem para óbito, principalmente na faixa etária

de crianças mais vulneráveis, < 1 ano, fator comparável a esse estudo, no qual Pneumonias Bacterianas foi a maior causa de óbito (ZAR; FERKOL, 2014).

A APS frente ao controle da Pneumonia necessita centrar-se no diagnóstico precoce, no tratamento e em intervenções dirigidas a diminuir a exposição a fatores de risco, aumentando a exposição a fatores de proteção associados à Pneumonia. É importante levar em conta fatores relacionados à comunicação e aos cuidados de saúde rotineiramente prestados à criança, como aos cuidadores, pois esse tem impacto direto na saúde infantil (PINA *et al.*, 2017).

Neste estudo, as internações por Gastroenterites Infecciosas e complicações foram, entre as condições estudadas, a terceira mais predominante, com 14,72%. Destaca-se uma elevada redução de -294% comparando 2008 e 2017. Em estudo realizado também no DF, na mesma área de abrangência do presente estudo, as Gastroenterites Infecciosas constituíram as complicações mais frequentes entre crianças de 1 a 4 anos (SOUSA *et al.*, 2016).

Segundo relatório “Saúde Brasil 2017”, a Doença Diarreica Aguda (DDA) é uma síndrome causada por diferentes agentes etiológicos e são as principais causas de morbimortalidade infantil, constituindo um dos mais graves problemas de saúde pública global, com 1,7 bilhão de casos na infância por ano. Em 2015, foi a segunda principal causa de mortalidade em < 5 anos no mundo, contribuindo com 9% das mortes nessa faixa etária. Uma proporção significativa dessas mortes poderia ser evitada se ações em relação à qualidade da água para consumo humano, saneamento e medidas básicas de higiene, como lavagem adequada das mãos, fossem instituídas de forma apropriada. No Brasil, a diarreia passou da 8ª causa de morte, em 1990, para a 30ª em 2010, com redução de 82% (BRASIL, 2018).

As gastroenterites são uma das principais causas de morbidade infantil no mundo, contudo, 64,5% dos casos possuem intensidade leve, 34,7% moderada e apenas 0,5% grave, de forma que a maior parte das ocorrências poderia ser acolhida na APS (PREZOTTO; CHAVES; MATHIAS, 2015).

A ESF possui recursos para realizar um diagnóstico preciso e iniciar em tempo hábil o tratamento adequado, de casos como Gastroenterite, sua prevenção ao mesmo tempo que está sob os cuidados da APS, também se encontram em outros domínios que necessitam ser acompanhados de perto pelos poderes públicos. Esses podem estar relacionadas a problemas sociais e ambientais, por exemplo o acesso a água potável e tratamento de esgoto, fator determinante para a prevenção das gastroenterites infecciosas. No Brasil como um todo, o tratamento do esgoto ainda não atinge a totalidade da população, o que contribui com a persistência dessas condições (PRADO; MIAGOSTOVICH, 2014).

A existência de fatores de risco para a diarreia remete à necessidade de políticas públicas de saneamento básico na redução do impacto da pobreza sobre a diarreia, além da necessidade de expandir a rede assistencial de ações da APS. Como é o caso de uma parcela da população do estudo que reside nas regiões denominadas Pôr do Sol e Sol Nascente, que ainda possuem 56,17% de seus habitantes utilizando fossas sépticas; 38,83% com fossas rudimentares, e 42 domicílios com esgoto a céu aberto em suas cercanias (PDAD-DF, 2015).

A elevada representatividade das internações por gastroenterites infecciosas e complicações nas populações residentes em regiões onde há maior concentração de pobreza é um achado constante em estudos realizados no país e, é sabido que precárias condições socioeconômicas aumentam o risco de diarreia (WALDMAN *et al.*, 1997; MOURA *et al.*, 2011).

Em estudo de Souza e Peixoto (2017) também se destaca a persistência das gastroenterites infecciosas na população de crianças. Outro estudo de Ferrer (2010) realizado em São Paulo registrou que diarreias agudas por origem infecciosa são responsáveis por 7,9% das hospitalizações em crianças de 0 a 9 anos, constituindo a quarta maior causa de internação hospitalar.

Uma assistência em saúde que seja adequada à criança, seja a agravos de doenças infectocontagiosas, respiratórias ou a distúrbios crônicos, se encontra sob os cuidados dos profissionais de enfermagem que prestam assistência direta às crianças e cuidadores. De forma que necessitam de auxílio e acolhimento para que se adaptem ao seu contexto, tanto durante a internação quanto após a alta (BORGES *et al.*, 2018). Dentre as atribuições do Enfermeiro, na Estratégia AIDPI, estão incluídas a realização de consultas de enfermagem de acompanhamento de crescimento e desenvolvimento infantil, como também atividades programadas e de atenção à demanda espontânea (BRASIL, 2018).

No cenário da APS, o enfermeiro também exerce importante função de coordenação das ações. É, dessa forma, ator influente na organização e gerência de uma equipe de saúde, tendo a capacidade de influenciar diretamente nas práticas de saúde, por todas as atividades e cuidado que desempenha junto às crianças. Podendo propor discussões e desenvolvimento de novas condutas, atividades e práticas junto à equipe multidisciplinar sobre os cuidados às crianças e às famílias (MELO; MACHADO, 2013).

No cenário internacional e nacional a literatura tem demonstrado, com crescente consistência, a redução das taxas de ICSAP em diferentes populações, atribuindo esses efeitos, principalmente, à expansão dos serviços de APS. Uma associação inversa entre o aumento do

acesso e a diminuição de hospitalizações por essas causas (NEDEL *et al.*, 2010; ROSANO *et al.*, 2013).

No Brasil, algumas evidências sugerem que a ESF é potencialmente relevante para a redução da morbidade infantil e da gravidade dos problemas de saúde que mais afetam as crianças, dentre as quais as ICSAP constituem-se em indicador (MOURA *et al.*, 2011; NEDEL *et al.*, 2010; CALDEIRA *et al.*, 2011; RASELLA; AQUINO; BARRETO, 2010; CECCON; MENEGHEL; VIECILI, 2015; PINTO-JUNIOR *et al.*, 2018).

Essa situação aponta a necessidade de aumentar as ações e os investimentos financeiros na APS, a fim de diminuir cada vez mais as hospitalizações evitáveis e os agravos que acometem a população infantil (PINTO-JUNIOR *et al.*, 2018).

As ICSAP são um indicador importante não só para avaliação da APS, mas para o sistema de saúde como um todo. Os achados do presente estudo sugerem a importância de intervir na melhoria do acesso e da qualidade das ações de saúde na APS, especialmente nas áreas prioritárias, a fim de prevenir a demanda excessiva e evitar custos desnecessários com a assistência de média e alta complexidade do SUS.

No DF a cobertura de equipes da Estratégia Saúde da Família durante o período do estudo aumentou de 5,6% em 2008, para 44% (SES-DF, 2017). Baixa cobertura populacional de ESF acarreta reduzido acesso aos serviços de saúde, manutenção da perspectiva assistencial voltada para a doença e menor ênfase às atividades de promoção e prevenção. Quando há número reduzido de profissionais de saúde na APS ocorre aumento nas internações por CSAP. A hospitalização representa, portanto, o desfecho de itinerários onde não ocorreu a resolução do problema de saúde no nível primário (CECCON; MENEGHEL; VIECILI, 2015).

É necessário esclarecer que as limitações desse estudo estão relacionadas à dependência do uso de dados secundários disponibilizados pelos sistemas nacionais de informação em saúde. São dados sujeitos aos possíveis vieses relacionados à qualidade dos dados disponíveis, como também o fato de que o SIH/SUS registra apenas as internações realizadas no âmbito do SUS, retratando parcialmente a realidade das internações ocorridas (CAVALCANTE; OLIVEIRA; REHEM, 2016). Ademais, o cálculo de taxas de internação por habitante depende de dados populacionais que, para todo os anos do período estudado foi usada a partir da população recenseada em 2010 e, portanto, sujeitas a desvios de cálculo.

Esses aspectos sobre os dados não invalidam sua qualidade e importância para a utilização das informações geradas, tendo em vista que essas têm capacidade de promover a melhoria da qualidade do cuidado futuramente prestado, na medida em que se cumpra o objetivo

de devolvê-las aos gestores e profissionais do SUS, envolvidos com a produção e gestão em saúde.

7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento das internações por CSAP, na região de saúde de Ceilândia, pode revelar a fragilidade da APS, considerando que este indicador busca avaliar acesso e efetividade, com as devidas limitações que são inerentes. Entretanto, para além da avaliação indireta da APS, ele se mostra como potente indicador de avaliação da rede de serviços, pois sabe-se que para exercer o seu papel de forma efetiva a APS necessita se articular com os demais pontos de atenção, exercendo assim o seu papel de ordenadora do cuidado e coordenadora da rede de serviços, conforme previsto pelas políticas de saúde.

Mesmo a literatura demonstrando que a APS, considerada a porta de entrada para a rede de atenção, resolva cerca de 80% das principais demandas da população, os resultados deste estudo apontam para problemas de acesso e efetividade neste nível de atenção, ainda que outros aspectos devam ser considerados para a análise da ocorrência destas internações.

Verificou-se que o aumento das internações por CSAP na população infantil foi determinada fortemente pelo crescimento das doenças crônicas, como a Asma. Observou-se, contudo, que as principais causas de ICSAP seguem a tendência nacional tanto nos grupos de causas e diagnósticos predominantes, quanto no acometimento essencialmente a crianças com idade igual ou menor que quatro anos, enfatizando a importância do desenvolvimento de estudos voltados à essa população que também se destaca no cenário mundial pelo maior acometimento por ICSAP.

Acredita-se que o estudo atingiu o objetivo de analisar o perfil das hospitalizações em crianças que poderiam ser evitadas, na populosa região de saúde da Ceilândia. Nesse sentido, os resultados deste estudo poderão servir de referência para técnicos e gestores, subsidiando as discussões com relação ao processo de trabalho das equipes, em especial da Enfermagem, nas consultas de acompanhamento e desenvolvimento das crianças, de modo a reduzir ou evitar ICSAP; para a organização da rede de atenção, particularmente ao seguimento dos usuários na atenção ambulatorial especializada tão necessária na retaguarda da APS.

Dessa forma, serve de linha de base antes do “converter” pois colabora para a compreensão do processo saúde doença, também dentro da teoria da determinação social a partir da descrição do comportamento das ICSAP. É possível observar esse processo junto aos grupos de causas e diagnósticos mais frequentes: Asma, Pneumonia Bacterianas e Gastroenterites infecciosas, que poderiam ser evitadas, buscando soluções para o enfrentamento de problemas sociais e ambientais, como por exemplo, água potável, poluição urbana, tratamento de esgoto, dentre outros.

Este estudo pode ser usado como comparativo para antes da implantação total das equipes de ESF, e também planejamento futuro, em relação aos gastos despendidos com internações evitáveis, a exemplo da Asma, com elevados custos diretos e indiretos aos pacientes e ao sistema público, e das mudanças consideradas a partir de um trabalho realizado na APS e em comunhão com os poderes públicos.

8 - REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, M. E. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, June. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000600016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 Mar. 2017.

ARAÚJO, W. R. M. *et al.* Estrutura e processo de trabalho na atenção primária e internações por condições sensíveis. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, 75. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100267&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 Ago. 2017.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, Nov. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100002&lng=en&nrm=iso, Acesso em: 03 Jan. 2019.

AVELINO, C.C.V. *et al.* Qualidade da atenção primária à saúde: uma análise segundo as internações evitáveis em um município de Minas Gerais, Brasil. **Cienc Saude Coletiva**. 20(4):1285-93, abr. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000401285&lng=en&nrm=iso, Acesso em: 30 Mar. 2019.

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. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 515-526, Mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 Jan. 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300012>.

BILLINGS, J. *et al.* Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. **Health Aff** [Internet]. 1; 12(1):162-173, Fev. 1993 Disponível em: https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.12.1.162?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&, Acesso em: 29 Jul. 2017

BOCCOLINI, C.S. *et al.* O papel do aleitamento materno na redução das hospitalizações por pneumonia em crianças brasileiras menores de 1 ano. **J Pediatr**. [Internet] 2011;87(5). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572011000500006>, Acesso em: 13 Jan. 2019.

BOING, A. F. *et al.* Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 359-366, Abr. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000200019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 Jan. 2019.

BORGES, F.K. *et al.* Reinternação hospitalar precoce: avaliação de um indicador de qualidade assistencial. **HCPA**, v. 28, n.3, p.147-152, 2008. Disponível em:

<https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/164522>, Acesso em: 13 Jan. 2019.

BÓS, A.J.G.; KIMURA, A.Y. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em idosos com 80 anos ou mais em um Hospital Universitário do Rio Grande do Sul. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, v. 59, n. 2, p. 106-111, abr.-jun. 2015.

BOTELHO, J. F.; PORTELA, M. C. Risco de interpretação falaciosa das internações por condições sensíveis à atenção primária em contextos locais, Itaboraí, Rio de Janeiro, Brasil, 2006-2011. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, e00050915, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000305015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 Set. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 896, de 29 de junho de 1990**. Determina ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps) a implantação do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) a partir de 1.º de agosto de 1990. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: introdução: módulo 1 Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – 2. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 32 p.: il. – (**Série F. Comunicação e Educação em Saúde**) Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/AIDPI_modulo_1.pdf, Acesso em: 10 Out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento – BIRD. Contrato de Empréstimo Externo n.º 7545-BR. **Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – PROESF**. Fase 1, entre 2002 e 2007. Fase 2 entre 2009 e 2013. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PROESF.pdf>, Acesso em: 15 Ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 80 p.: il.: color. – (**Série A. Normas e Manuais Técnicos**) Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf, Acesso em: 29 Set. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n.º 648 de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). In: BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007. 232 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 8) Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro8.pdf, Acesso em: 28 Set. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 154, de 24 de janeiro de 2008**, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. 2008a Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html, Acesso em:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008**. Seção I, p. 70. Brasil: Diário Oficial da União de 18 de abril de 2008.:1–6. 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados : 1998-2005/2006 /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, 200 p.: il. – (**Série C. Projetos, Programas e Relatórios**). 2008c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, p.88, Seção 1. 31 Dez. 2010^a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Memórias da saúde da família no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 144 p.: il. – (**Série I. História da Saúde no Brasil**). 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf, Acesso em: 27 Jul. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, n.204, p.55, Seção 1, pt1. 24 out. 2011a

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 197 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 3). 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 148 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). 2011c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf, Acesso em: 07 Set. 2018.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União 29 jun. 2011d. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm, Acesso em: 20 Abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Curso de auto aprendizado: **Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde**, Brasília, 2012. Disponível em:

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4342690/mod_resource/content/1/Apostila%20MS%20-%20RAS_curso%20completo-M%C3%B3dulo%202-APS%20nas%20RAS%20-%20Pg%2031-45.pdf, Acesso em: 07 Set. 2018.

BRASIL. Ministério da Economia. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Relatório de Pesquisa. **Caracterização e Quadros de Análise Comparativa da Governança Metropolitana no Brasil: Arranjos Institucionais de Gestão Metropolitana.** Região Integrada de Desenvolvimento Econômico de Brasília (RIDE Brasília). Brasília, DF, 2013. Disponível em: https://ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livros/141125_atlas_df. Acesso em: 15 Jan. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual AIDPI neonatal / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Organização Pan-Americana da Saúde. Coordenação de Rejane Silva Cavalcante et al. – 5a. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 22 8 p: il. – (**Série A. Normas e manuais técnicos**). 2014. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/03/Manual-Aidpi-corrigido-.pdf> , Acesso em: 29 Set. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015.** Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da atenção básica : saúde da criança** / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. [internet]. Disponível em: http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete_-do_-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017, Acesso em: 07 Set. 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática.** Brasília: Anvisa; 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 180 p.: il. 2018. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_Nacional_de_Atencao_Integral_a_Saude_d_a_Crianca_PNAISC.pdf, Acesso em: 07 Jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Sala de Situação,** Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. 2019a. Disponível em: <https://salasit.saude.df.gov.br/cnes-leitos/#>. Acesso em: 17 Jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado. Institucional.** 2019b. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIHD/institucional>
Acesso em: 17 Jan 2019.

CALDEIRA, A. P. *et al.* Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 11, n. 1, p. 61-71, Mar. 2011. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292011000100007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 Jan. 2019.

CAMINAL, H.J.; CASANOVA, M.C. Primary care evaluation and hospitalization due to ambulatory care sensitive conditions. Conceptual framework. **Aten Primaria.** 31(1):61–5. Jan. 2003 Disponível em:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656703706623?via%3Dihub>, Acesso em: 09 Jul. 2017

CAMPOS, A. Z.; THEME-FILHA, M. M. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n.5, p. 845-855, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n5/04.pdf>. Acesso em 01 Jul. 2017.

CARDOSO, T. A. *et al.* The impact of asthma in Brazil: a longitudinal analysis of data from a Brazilian national database system. **J. bras. pneumol.**, São Paulo , v. 43, n. 3, p. 163-168, June 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132017000300163&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 Jan. 2019.

CARVALHO, S. C. *et al.* Hospitalizations of children due to primary health care sensitive conditions in Pernambuco State, Northeast Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 744-754, Apr. 2015. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000400744&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 Jan. 2019.

CASTRO, R. C. L. de *et al.* Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1772-1784, Set. 2012. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000900015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 Set. 2018.

CAVALCANTE, D. M.; OLIVEIRA, M. R. F. de; REHEM, T. C. M. S. B.. Internações por condições sensíveis à atenção primária: estudo de validação do SIH/SUS em hospital do Distrito Federal, Brasil, 2012. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 32, n. 3, e00169914, 2016 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000300801&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 Jan. 2019.

CECCON, R. F.; MENEGHEL, S. N.; VIECILI, P. R. N. Internações por condições sensíveis à atenção primária e ampliação da Saúde da Família no Brasil: um estudo ecológico. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 968-977, dez. 2014. Disponível em
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000400968&lng=pt&nrm=iso, Acesso em: 30 mar. 2019.

CERCI NETO, A. *et al.* Redução do número de internações hospitalares por asma após a implantação de programa multiprofissional de controle da asma na cidade de Londrina. **J. bras. pneumol.**, São Paulo, v. 34, n. 9, p. 639-645, Sept. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132008000900002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 Jan. 2019.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s7-s16, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300002&lng=en&nrm=iso, Acesso em: 27 Mar. 2018.

CORRÊA, D.S.R.C. *et al.* Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: A conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. **Cien Saude Colet** [periódico na internet] (2019/Abr). Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/movimentos-de-reforma-do-sistema-de-saude-do-distrito-federal-a-conversao-do-modelo-assistencial-da-atencao-primaria-a-saude/17171> Acesso em: 05 Maio 2019.

COSTA, J. P. *et al.* Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde em Debate** [online], v. 38, n. 103, pp. 733-743. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140067>. Acesso em: 17 out. 2017

COSTA, L. de Q.; PINTO JUNIOR, E. P.; SILVA, M. G. C. da. Tendência temporal das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em crianças menores de cinco anos de idade no Ceará, 2000 a 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 1, p. 51-60, Mar. 2017. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S223796222017000100051&lng=en&nrm=iso. Acesso em 01 Jun. 2017.

CUBAS, M. R. *et al.* Avaliação da Atenção Primária à Saúde: validação de instrumento para análise de desempenho dos serviços. **Saúde em Debate** [online]. v. 41, n. 113 [], pp. 471-485. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711310>. Acesso em: 29 Set. 2017

CURSINO, E. G.; FUJIMORI, E. Integralidade como uma dimensão das práticas de atenção à saúde da criança: uma revisão bibliográfica [Comprehensiveness as a dimension of child healthcare practices: a literature review]. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 20, n. 5, p. 676-680, maio. 2013. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5969>, Acesso em: 29 Set.. 2017.

DAMASCENO, E. *et al.* Custos diretos e indiretos da asma: revisão de literatura. **Rev. bras. alerg. imunopatol.**35(6):234-240.2012. Disponível em: http://aaai-asbai.org.br/detalhe_artigo.asp?id=652, Acesso em: 13 Jan. 2019.

COSTA, J. S. D. da *et al.* Tendência das internações por condição sensível à atenção primária e fatores associados em Porto Alegre, RS, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1289-1296, Apr. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000401289&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 Jan. 2019.

DISTRITO FEDERAL (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. **Portaria SES-DF N°335 de30/12/2013, publicada no DODF N° 2 de 03/01/2014.** Coordenação do Programa de Atenção ao Paciente Asmático do Distrito Federal de Diretoria de Ciclos de Vida e Práticas Integrativas em Saúde. Protocolo de Atenção à Saúde Protocolo Clínico – Omalizumabe. 03 de Jan. 2014

DISTRITO FEDERAL (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Brasília Saudável Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal. Brasília, Junho. 2016a. **Documento de Referência.** Disponível em: http://www.coren-df.gov.br/site/wp-content/uploads/2016/06/BRASILIA_SAUDAVEL_DOCUMENTO_REFERENCIAL.pdf, Acesso em: 10 Jun. 2018.

DISTRITO FEDERAL (Estado). Secretaria do Estado de Saúde. SES/DF. **Portaria SES-DF N°287 de 02 de dezembro de 2016,** publicada no DODF N° 228 de 06.12.2016. Subsecretaria de atenção integral à saúde, comissão permanente de protocolos de atenção à saúde, Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde da SES-DF - CPPAS - Protocolo de Atenção à Saúde Atenção à Saúde da Criança. 2016b [Internet] Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/1.Atencao_a_Saude_da_Crianca.pdf. Acesso em: 17 Set. 2017.

DISTRITO FEDERAL (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. **Portaria n° 77, de 14 de fevereiro de 2017,** publicada no DODF N° 33 de 15.02.2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. 14 Fev. 2017a

DISTRITO FEDERAL (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. **Portaria n° 78, de 14 de fevereiro de 2017,** publicada no DODF N° 33 de 15.02.2017. Regulamenta o art. 51 da Portaria n° 77, de 2017, para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família. 14 Fev. 2017b

DISTRITO FEDERAL (Estado). Secretaria do Estado de Saúde. SES/DF. Estratégia Saúde da Família atinge 69,1% de cobertura no DF. Maio. 2018. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/estrategia-saude-da-familia-atinge-691-de-cobertura-no-df/>, Acesso em: 08 Maio 2018.

DISTRITO FEDERAL (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde. Coordenação de Atenção Primária à Saúde. **Solicitação via E-sic n° 00060000542201813 (12145183),** 05 de setembro de 2018.

DUARTE, J. G. *et al.* Perfil dos pacientes internados em serviços de pediatria no município do Rio de Janeiro: mudamos?. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 199-214, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 Jan. 2019.

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.**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 633-647, Dec. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000400011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 Jan. 2019.

EVANGELISTA, M.J.O. *et al.* O Planejamento e a construção das Redes de Atenção à Saúde no DF. **Cien Saude Colet** [periódico na internet] Abr. 2019. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/o-planejamento-e-a-construcao-das-redes-de-atencao-a-saude-no-df/17161>, Acesso em: 04 Maio 2019.

FERREIRA, J. B. B. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 45-56, Mar. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222014000100045&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 Jan. 2019.

FERRER, A. P. S.; SUCUPIRA, A. C. S. L.; GRISI, S. J. F. E. Causes of hospitalization among children ages zero to nine years old in the city of São Paulo, Brazil. **Clinics**, São Paulo, v. 65, n. 1, p. 35-44. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-59322010000100007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 Jan. 2019.

FRANÇA JR, I; MONTEIRO, C.A. Estudo da tendência secular de indicadores de saúde como estratégia de investigação epidemiológica. **Rev Saúde Pública**;34(6 Supl):5-7. 2000. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2000.v34n6suppl0/5-7/pt>, Acesso em: 17 Jun 2018.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M. H. M. de. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, Lígia *et al* (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, Cap. 16. p. 575-625. 2009. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/ATENCAO_PRIMARIA_A_SAUDE_ESF_Giovanella_L_Mendonca_MH.pdf, Acesso em: 23 Set. 2017.

GOLDANI, M. Z. *et al.* O impacto da transição demográfico-epidemiológica na saúde da criança e do adolescente do Brasil. **Clinical & Biomedical Research**, [S.l.], v. 32, n. 1, Apr. 2012. ISSN 2357-9730. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/24812/16462>, Acesso em: 27 mar. 2017.

GONÇALVES, M.R. *et al.* Primary health care quality and hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in the public health system in Porto Alegre, Brazil. **Fam Pract**. 2015 Jun 29. Disponível em: <https://academic.oup.com/fampra/article/33/3/238/1749125>, Acesso em: 13 Set. 2017.

GOTTEMS, L. B. D. *et al.* Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1409-1419, June. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2009000600023&lng=en&nrm=iso, Acesso em: 28 Jul. 2017.

HARTZ, Z.M.A.; SILVA, L.M.V. (Orgs.) Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: **Fiocruz**, 275 p.:il. 2005.

JEREMIAS, M.S. Internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária em Lages (SC), Brasil [dissertação]. Pelotas (RS): Universidade Federal de Pelotas; 2010. Disponível em:
<http://www.epidemiologia-ufrpe.org.br/uploads/teses/dissert%20marici.pdf>, Acesso em: 13 Jan. 2019.

JUNQUEIRA, R. M. P.; DUARTE, E. C. Internações hospitalares por causas sensíveis à atenção primária no Distrito Federal, 2008. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 761-768, Oct. 2012. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000500001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 Jan. 2019.

KASHIWAKURA, H. K.; GONCALVES, A. de O.; SILVA, R. M. P. da. Atenção Primária à Saúde: elementos de continuidade e mudanças na saúde do Distrito Federal. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 49-62, Dec. 2016. Disponível em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000400049&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 Jul. 2017.

KUPEK, E.; VIEIRA, I. L. V. O impacto da vacina pneumocócica PCV10 na redução da mortalidade por pneumonia em crianças menores de um ano em Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3. 2016. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000300711&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 Jan. 2019.

LAVOR, A. C. H.; LAVOR, M. C.; LAVOR, I. C. Agente comunitário de saúde: um novo profissional para novas necessidades da saúde. **SANARE Revista de Políticas Públicas**, Sobral, ano V, n. 1, p. 121-128, jan./mar. 2004. Disponível em:
<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/130/122>, Acesso em: 18 Jul. 2017

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc.** 2011; 20(4): 867 - 74. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>, Acesso em: 17 Jun. 2017.

LIU, L. *et al.* Global, regional and national causes of child mortality in 2000–2010: an updated systematic analysis. **Lancet**. 379(9832):2151-2161. 2012.

LÔBO, I.K.V. *et al.* Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária de Menores de um ano, de 2008 a 2014, no estado de São Paulo, Brasil. **Cien Saude Colet** [periódico na internet] Fev. 2018. Disponível em:
<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/internacoes-por-condicoes-sensiveis-a-atencao-primaria-de-menores-de-um-ano-de-2008-a-2014-no-estado-de-sao-paulo-brasil/16611?id=16611>, Acesso em: 03 Jan. 2019.

LOPES, H. V.; TAVARES, W. Diagnóstico das infecções do trato urinário. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 51, n. 6, p. 306-308, Dec. 2005. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302005000600008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 Jan. 2019.

MELO, R. C.; MACHADO, M. E.. Coordenação de unidades de saúde da família por enfermeiros: desafios e potencialidades. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 4, p.

61-67, Dez. 2013. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000400008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 Jan. 2019.

MENDES, E. V. Agora mais do que nunca - uma revisão bibliográfica sobre Atenção Primária à Saúde. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados**. Brasília: CONASS, 2009.

(Anexo II). [internet]. Disponível em:

https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/caderno_oficina_aps.pdf, Acesso em: 07 set. 2017.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 5, p. 2297-2305, Aug. 2010. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso, Acesso em: 27 Mar. 2019.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília:

Organização Pan-Americana da Saúde. 549 p.: il. 2011. Disponível em:

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965, Acesso em: 07 Jun. 2017.

MENDES, A. C. G. *et al.* Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 28, n. 5, p.

955-964, May 2012 . Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000500014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 Jan. 2019.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. / Eugênio Vilaça

Mendes. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. 193 p.: il. 2015.

Disponível em: <http://www.saude.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>, Acesso em: 17 Mar. 2019

MENDONÇA, S. de S.; ALBUQUERQUE, E. C. de. Perfil das internações por condições sensíveis à atenção primária em Pernambuco, 2008 a 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**,

Brasília, v. 23, n. 3, p. 463-474, Sept. 2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222014000300463&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 Jan. 2019.

MORIMOTO, T.; COSTA, J. S. D. da. Internações por condições sensíveis à atenção primária, gastos com saúde e Estratégia Saúde da Família: uma análise de tendência. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 891-900, Mar. 2017. Disponível em:

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000300891&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 Jun. 2017.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate** [online].

v. 42, n. 116, pp. 11-24. 2018 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601> Acesso em: 03 Jan 2019.

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. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 10, supl. 1, p. s83-s91, Nov. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500008&lng=en&nrm=iso, Acesso em: 14 Jan. 2019.

NASCIMENTO, L. F. C. *et al.* Análise hierarquizada dos fatores de risco para pneumonia em crianças. **J. bras. pneumol.**, São Paulo, v. 30, n. 5, p. 445-451, Oct. 2004. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132004000500008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 Jan. 2019.

NEDEL, Fúlvio Borges *et al.* Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 19, n. 1, p. 61-75, mar. 2010. Disponível em http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742010000100008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 28 Jul. 2017.

OLIVEIRA, R. R.; COSTA, J. R.; MATHIAS, T. A. F. Hospitalizações de menores de cinco anos por causas evitáveis. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 135-142, 1 fev. 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4488>>, Acesso em: 03 Jan. 2019.

OLIVEIRA, M. A. de C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, Sept. 2013. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso, Acesso em: 14 Set. 2018.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. **Publicación Científica nº 93**. Washington 1964. Disponível em: <http://hist.library.paho.org/English/SPUB/42178.pdf>, Acesso em: 07 Jun. 2017.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. **Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI)**. In: Final report of the 26th Pan American Sanitary Conference; 23-27 September 2002; Washington, D.C, USA. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2002. p. 17-8. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/4345/csp26-3-p.pdf?sequence=5>, Acesso em: 07 Set. 2017.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 113 p.: il. (NAVEGADORSUS, 2). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_coordenada_APS_construindo_redes_atencao_sus_2ed.pdf, Acesso em: 21 Set. 2017.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde e Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A implantação do modelo de atenção as condições crônicas em Curitiba**: resultados do laboratório de inovação sobre atenção às condições crônicas na atenção primária em saúde. Organização Pan-Americana da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília:

390 p.: Il (NavegadorSUS). 2013. Disponível em:
<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34286?locale-attribute=pt>, Acesso em: 27 Set. 2017.

PARANHOS, V.D.; PINAS J.C.; MELLO, D.F. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância e o enfoque nos cuidadores: revisão integrativa da literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.10, n.1, [09 telas], 2011. Disponível em:
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0211/pdfs/IS31\(2\)048.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0211/pdfs/IS31(2)048.pdf), Acesso em: 20 Jul. 2017

PAZÓ, R. G. *et al.* Panorama das internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil, 2000 a 2014. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 12, n. 39, p. 1-12, Set. 2017. Disponível em:
 <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1546>>. Acesso em: 03 Jan. 2019.

PERPETUO, I.H.O.; WONG, L.R. Atenção hospitalar por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA) e as mudanças do seu padrão etário: uma análise exploratória dos dados de Minas Gerais. **Anais do XII Seminário sobre a Economia Mineira** [Proceedings of the 12th Seminar on the Economy of Minas Gerais], in: João Antonio de Paula & et alli (ed.), Anais do XII Seminário sobre a Economia Mineira [Proceedings of the 12th Seminar on the Economy of Minas Gerais] Cedeplar, Universidade Federal de Minas Gerais. 2006. Disponível em:
http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario_diamantina/2006/D06A043.pdf, Acesso em: 27 Set. 2017.

PINA, J. C. *et al.* Papel da Atenção Primária à Saúde na hospitalização de crianças por pneumonia: um estudo caso-controle. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100336&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 Jan. 2019.

PINHEIRO, R. S. *et al.* Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002. Disponível em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Jan. 2019.

PINTO JUNIOR, E. P. *et al.* Tendência dos gastos e das internações por condições sensíveis à Atenção Primária em menores de cinco anos na Bahia, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 4331-4338, dez. 2018. Disponível em
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001204331&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 03 Jan. 2019.

PINTO, L.F. *et al.* Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) no Distrito Federal: Comparação com outras capitais brasileiras na última década. **Cien Saude Colet** [periódico na internet] Abr. 2019. Disponível em:
<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/internacoes-por-condicoes-sensiveis-a-atencao-primaria-icsap-no-distrito-federal-comparacao-com-outras-capitais-brasileiras-na-ultima-decada/17175?id=17175>. Acesso em; 07 Mai 2019

PIRES, M.C. *et al.* Estatística não paramétrica básica no software R: uma abordagem por resolução de problemas. **UFMG**. Disponível em:

http://www.est.ufmg.br/portal/arquivos/rts/RTE_02_2018.pdf, Acesso em: 07 Fev 2019.

PRADO, T.; MIAGOSTOVICH, M. P. Virologia ambiental e saneamento no Brasil: uma revisão narrativa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, n. 7, p. 1367-1378, July 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000701367&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Jan. 2019.

PREZOTTO, K. H.; CHAVES, M. M. N.; MATHIAS, T. A. de F. Hospitalizações sensíveis à atenção primária em crianças, segundo grupos etários e regionais de saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 49, n. 1, p. 44-53, Feb. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000100044&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 Jan. 2019.

RASELLA, D.; AQUINO, R.; BARRETO, M.L. Impact of the Family Health Program on the quality of vital information and reduction of child unattended deaths in Brazil: an ecological longitudinal study. **BMC Public Health**; 10:380. 2010.

REHEM, T. C. M. S. B.; CIOSAK, S. I.; EGRY, E. Y.. Internações por condições sensíveis à atenção primária no hospital geral de uma microrregião de saúde do município de São Paulo, Brasil. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 21, n. 3, p. 535-542, Sept. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 Jan. 2019.

REHEM, R.R.; VIEIRA, M.G.; LIMA JR, C.J.F. A rede de atenção integral à saúde da criança no Distrito Federal–Brasil. **Cien Saude Colet** [periódico na internet] Abril. 2019. Disponível em:<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-rede-de-atencao-integral-a-saude-da-crianca-no-distrito-federalbrasil/17168>, Acesso em: 03 Maio 2019.

RODRIGUES-BASTOS, R. M. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária em município do sudeste do Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 59, n. 2, p. 120-127, Apr. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302013000200010&lng=en&nrm=iso, Acesso em: 13 Jan. 2019.

ROSANO, A. *et al.* The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. **Eur J Public Health**, Oxford, v. 23. n. 3, p. 356-360, 2013. Disponível em: <https://academic.oup.com/eurpub/article/23/3/356/539819>, Acesso em: 09 Jul. 2017

RUDAN, I. *et al.* Global estimate of the incidence of clinical pneumonia among children under five years of age. **Bull World Health Organ**; 82(12):895-903. 2004

SALTMAN, R.B.; RICO, A.; BOERMA, W.G. **Atenção Primária conduzindo as redes de atenção à Saúde**. Reforma organizacional na atenção primária europeia. [online]. Tradução de Newton Lemos. Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde e séries Políticas. OPAS/OMS Representação Brasil; 2006. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_conduzindo_redes.pdf, Acesso em: 07 Set. 2018.

SANTOS, I. S.; UGA, M. A.; PORTO, S. M. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Cien Saude Colet**, 13(5), 1431-1440, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n5/09.pdf>, Acesso em: 17 Set. 2017.

SANTOS, I. L. F. *et al.* Hospitalização de crianças por condições sensíveis à atenção Primária. **Cogitare Enferm.** 20(1):171-9. Jan/Mar. 2015 Disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2016/10/37586-151105-1-PB.pdf>, Acesso em: 03 Jan. 2019.

SANTOS, L. A.; OLIVEIRA, V. B. de; CALDEIRA, A. P. Internações por condições sensíveis à atenção primária entre crianças e adolescentes em Minas Gerais, 1999-2007. **Rev. Bras. Saude Mater.** Infant., Recife, v. 16, n. 2, p. 169-178, June 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292016000200169&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 Jan. 2019.

SANTOS, N. C. C. B. *et al.* Presença e extensão dos atributos de atenção primária à saúde da criança em distintos modelos de cuidado. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, e00014216. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000105011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 Maio 2019.

SIQUEIRA, M. B. de C.; DIAS, M. A. B. A percepção materna sobre vivência e aprendizado de cuidado de um bebê prematuro. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 1, p. 27-36, Mar. 2011. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 29 Set. 2017

SMITH, S. R.; WAKEFIELD, D. B.; CLOUTIER, M. M. Relationship between pediatric primary provider visits and acute asthma ED visits. **Pediatric Pulmonology**, New York, v. 42, n. 11, p. 1041-1047, Nov. 2007.

SOUSA, N. P. de *et al.* Internações sensíveis à atenção primária à saúde em hospital regional do Distrito Federal. **Rev Bras Enferm.** 2016. 69 (1), 118–125. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/0034-7167-reben-69-01-0118.pdf>, Acesso em: 03 Jan. 2019.

SOUZA, D. K. de; PEIXOTO, S. V. Estudo descritivo da evolução dos gastos com internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária no Brasil, 2000-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 285-294, June. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000200285&lng=en&nrm=iso, Acesso em: 13 Jan. 2019.

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

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde: 43-70. 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>, Acesso em: 12 Ago. 2017.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank Q.**; 83(3):457-502. 2005.

STARFIELD, B. Primary care: An increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. **Gac Sanit.** 26(SUPPL.1):20–6. 2012. Disponível em: <http://www.gacetasanitaria.org/en-pdf-S0213911111003876>, Acesso em: 13 Set. 2017.

TORRES, R. L.; CIOSAK, S. I. Panorama das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no município de Cotia. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. spe, p. 137-144, Aug. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000700137&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 Jan. 2019.

VALENÇA, L.M., RESTIVO, P.C.N., NUNES, M.S. Variação sazonal nos atendimentos de emergência por asma em Gama, Distrito Federal. **J Bras Pneumol.**;32(4):284-289. 2006. Disponível em: http://jornaldepneumologia.com.br/detalhe_artigo.asp?id=1277, Acesso em: 13 Jan. 2019.

WALDMAN, E. A. *et al.* Gastroenterites e infecções respiratórias agudas em crianças menores de 5 anos, em área da região Sudeste do Brasil, 1986-1987: II - Diarréias. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 62-70, Feb. 1997. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000100009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 Jan. 2019.

WALKER, C.L. *et al.* Global burden of childhood pneumonia and diarrhoea. **Lancet.** [Internet]; 381(9875):1405-16. 2013. Disponível em: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(13\)60222-6.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(13)60222-6.pdf), Acesso em: 14 Jan. 2019.

WOOLDRIDGE, J.M. Introductory Econometrics: a modern approach. Cincinnati, OH: South-Western, 2013. Disponível em: https://economics.ut.ac.ir/documents/3030266/14100645/Jeffrey_M._Wooldridge_Introductory_Econometrics_A_Modern_Approach_2012.pdf Acesso em: 27 Jun 2019

ZAR, H.J., FERKOL, T.W. The global burden of respiratory disease-impact on child health. **Pediatr Pulmonol** 49(5):430-434. 2014.

9- ANEXOS

Anexo A – Lista Brasileira de Grupos de causas de internações e diagnósticos, de acordo com a CID 10

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	Ascaridíase	B77
2	Gastroenterites Infeciosas 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 melitus		
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

Fonte: Portaria do Ministério da Saúde MS/GM no 221, de 17 de abril de 2008.