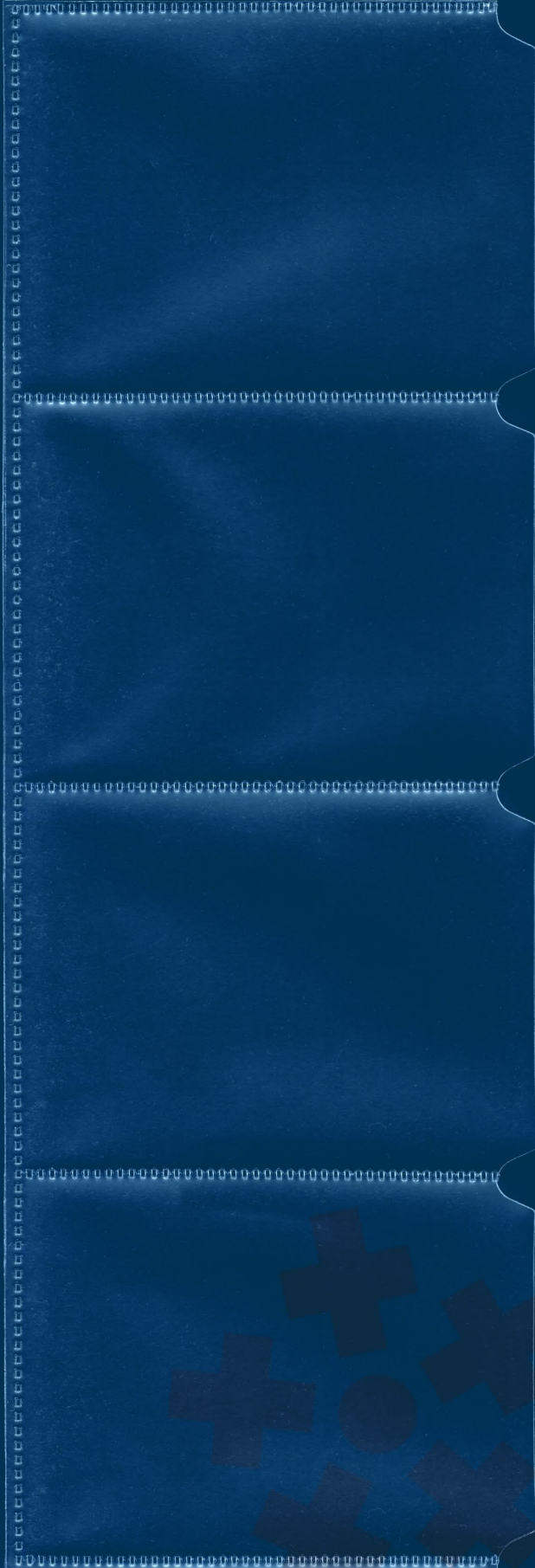


CARACTERÍSTICAS DO AMBIENTE DE IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE



CARACTERÍSTICAS
DO AMBIENTE DE
IMPLANTAÇÃO DA
ESTRATÉGIA DE
PLANIFICAÇÃO DA
ATENÇÃO À SAÚDE

43

CONASS documenta

Brasília, 2022 | 1ª edição



© 2022 – 1.ª edição - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra desde que citadas a fonte e a autoria.

CONASS DOCUMENTA n. 43
Brasília, dezembro de 2022.



CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

Setor Comercial Sul, Quadra 9, Torre C, Sala 1105

Edifício Parque Cidade Corporate

CEP: 70.308-200

Brasília/DF – Brasil

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

C257 Características do ambiente de implantação da estratégia de
planificação da atenção à saúde [livro eletrônico] / Luciana
Santos Dubeux, Eronildo Felisberto, Maria José Evangelista. –
Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2022.
199 p. : il. – (Conass Documenta; 43)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-88631-24-9

1. Atenção primária à saúde. 2. Sistema Único de Saúde.
3. Saúde pública. I. Dubeux, Luciana Santos. II. Felisberto, Eronildo.
III. Evangelista, Maria José.

CDD 362.1

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE

AC	Paula Augusta Maia de Faria Mariano	PB	Renata Valéria Nóbrega
AL	Gustavo Pontes de Miranda	PE	André Longo Araújo de Melo
AM	Anoar Abdul Samad	PI	Antônio Neris Machado Júnior
AP	Juan Mendes da Silva	PR	Carlos Alberto Gebrim Preto
BA	Adélia Maria Carvalho de Melo Pinheiro	RJ	Alexandre Otavio Chiepp
CE	Carlos Hilton	RN	Cipriano Maia de Vasconcelos
DF	Lucilene Maria Florêncio de Queiroz	RO	Semayra Gomes Moret
ES	Nésio Fernandes de Medeiros Junior	RR	Cecilia Smith Lorenzon Basso
GO	Sandro Rogério Rodrigues Batista	RS	Arita Gilda Hübner Bergmann
MA	Tiago José Mendes Fernandes	SC	Aldo Baptista Neto
MG	Fábio Baccheretti Vitor	SE	Mércia Simone Feitosa de Souza
MS	Flávio da Costa Britto Neto	SP	Jeancarlo Gorinchteyn
MT	Kelluby de Oliveira	TO	Afonso Piva de Santana
PA	Rômulo Rodovalho Gomes		

DIRETORIA DO CONASS

PRESIDENTE

Nésio Fernandes de Medeiros Junior (ES)

VICE-PRESIDENTES

Região Centro-Oeste

Sandro Rogério Rodrigues Batista (GO)

Região Nordeste

Cipriano Maia de Vasconcelos (RN)

Região Norte

Juan Mendes da Silva (AP)

Região Sudeste

Fábio Baccheretti Vitor (MG)

Região Sul

cargo vago

EQUIPE TÉCNICA DO CONASS

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso Silva

COORDENAÇÃO TÉCNICA

Fernando P. Cupertino de Barros

ASSESSORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Fernando P. Cupertino de Barros

ASSESSORIA TÉCNICA

Carla Ulhoa André

ASSESSORIA JURÍDICA

Alethele de Oliveira Santos

Edson Claudio Pistori

Eliana Maria Ribeira Dourado

Fernando Campos Avendanho

Haroldo Jorge de Carvalho Pontes

Heber Dobis Bernarde

Luciana Toledo Lopes

Maria Cecília Martins Brito

Maria José Evangelista

ASSESSORIA PARLAMENTAR

Leonardo Moura Vilela

Nereu Henrique Mansano

Rita de Cássia Bertão Cataneli

Tereza Cristina Amaral

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Elizena Rossy

Luiza Tiné

Marcus Carvalho

Tatiana Rosa

CONSELHO EDITORIAL

Alethele de Oliveira Santos

Fernando P. Cupertino de Barros

Jurandi Frutuoso Silva

Marcus Carvalho

COORDENAÇÃO DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS

Antonio Carlos Rosa de Oliveira Junior

René José Moreira dos Santos

Tatiana Rosa

COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

René José Moreira dos Santos

ORGANIZAÇÃO DO LIVRO

ORGANIZAÇÃO

Luciana Santos Dubeux
Eronildo Felisberto
Maria José Evangelista

REVISÃO TÉCNICA

Ana Luiza d'Ávila Viana
Ana Coelho de Albuquerque
Eronildo Felisberto
Isabella Chagas Samico
Nelson Ibañez
Luciana Santos Dubeux
Maria José Evangelista
Pedro Marques
Sofia Guerra Ávila

COLABORADORES

Ana Coelho de Albuquerque
Ana Luiza d'Ávila Viana
Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira
Eronildo Felisberto
Gabriella de Almeida Raschke Medeiros
Indira Oliveira
Isabella Chagas Samico
Liza Yurie Teruya Uchimura
Luciana Santos Dubeux
Nelson Ibañez
Pedro Marques
Sofia Guerra
Suely Arruda Vidal
Tania Cristina Morais Santa Barbara Rehem

REVISÃO ORTOGRÁFICA

Aurora Verso e Prosa

PROJETO GRÁFICO

Clarice Lacerda
Thales Amorim

EDIÇÃO E DIAGRAMAÇÃO

ALM Apoio à Cultura
Marcus Carvalho

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9
CARACTERIZAÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE NOS ESTADOS SELECIONADOS PARA A PESQUISA EFETIVAPAS Nelson Ibañez; Pedro Marques; Luciana Santos Dubeux	13
CARACTERIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NAS ÁREAS DA PESQUISA EFETIVAPAS Nelson Ibañez; Sofia Guerra; Luciana Santos Dubeux	63
RESPOSTA DE MUNICÍPIOS E REGIÕES DE SAÚDE BRASILEIRAS NO COMBATE À PANDEMIA DE COVID-19: FOCO EM CINCO TERRITÓRIOS DA ESTRATÉGIA DE PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE Ana Luiza d'Ávila Viana; Pedro Marques; Indira Oliveira; Eronildo Felisberto; Luciana Santos Dubeux	115
INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA NO ESTADO DE GOIÁS E NO DISTRITO FEDERAL Tânia Cristina Morais Santa Barbara Rehem	141

LISTA DE SIGLAS

ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACSC	Ambulatory Care Sensitive Conditions
ADMC	Administração Central
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APS	Atenção Primária à Saúde
CIB	Comissões Intergestores Bipartite
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CIR	Comissão Intergestores Regional
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONVERTE-APS	Conversão da Atenção Primária para a Estratégia Saúde da Família
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
CRS	Coordenadorias Regionais de Saúde
DF	Distrito Federal
EFETIVAPAS	Efetividade da Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde em Cinco Regiões de Saúde no Brasil
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
eSB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
ISR	Indicador Sintético Regional
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB	Normas Operacionais Básicas
PAS	Planificação da Atenção à Saúde
PDPAS	Programa de Descentralização Progressiva de Ações de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PES	Plano Estadual de Saúde
PGASS	Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPI	Programação Pactuada Integrada
PRI	Planejamento Regional Integrado
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAI	Sistema de Informação Ambulatorial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SRS	Superintendências das Regiões de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UF	Unidades Federativas
URD	Unidades de Referência Distrital
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

APRESENTAÇÃO

Em 2020, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) firmou uma parceria com o Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, por intermédio do Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde (GEAS), com a finalidade de realizar uma pesquisa para avaliar a efetividade da estratégia de Planificação da Atenção à Saúde (PAS) em cinco Regiões de Saúde no Brasil, nos estados de Rondônia, Maranhão, Goiás, Rio Grande do Sul e no Distrito Federal (Pesquisa EfetivaPAS).

A ocorrência da pandemia da covid-19 e o impacto causado nas diversas regiões brasileiras impuseram aos gestores da pesquisa a readequação do cronograma inicialmente previsto, condicionando a sua execução ao novo contexto sanitário. Por outro lado, favoreceram o desenvolvimento de iniciativas inovadoras para a realização do estudo, como a adequação de mecanismos de trabalho a distância e a elaboração de artigos científicos e capítulos de livro com vistas à documentação e à publicização das bases teórico-metodológicas desenvolvidas pela equipe de pesquisa.

O *Conass Documenta* nº 39 – *Contribuições para a Avaliação da Efetividade da estratégia de Planificação da Atenção à Saúde* apresentou aos profissionais, gestores, pesquisadores e docentes integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) uma revisão e atualização sobre: implementação de políticas públicas; avaliação de efetividade com foco na coordenação de cuidados entre níveis de atenção; características das regiões de saúde no Brasil; força de trabalho em saúde e a evolução da covid-19 nos estados selecionados para a pesquisa.

Esta edição nº 43 do *Conass Documenta* aborda as características do ambiente de implantação da estratégia PAS, contemplando informações essenciais sobre o processo de regionalização e sobre a conformação da Atenção Primária à Saúde nos estados selecionados para a pesquisa; so-

bre as possibilidades de resposta dessas regiões no combate à covid-19; e, ainda, apresenta uma atualização sobre as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em duas unidades federadas onde ocorre o estudo.

*Características do
Ambiente de Implantação
da Estratégia de
Planificação da Atenção
à Saúde*

Nésio Fernandes de Medeiros Junior
Presidente do Conass

CARACTERIZAÇÃO DA
REGIONALIZAÇÃO
EM SAÚDE
NOS ESTADOS
SELECIONADOS
PARA A PESQUISA
EFETIVAPAS

CARACTERIZAÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE NOS ESTADOS SELECIONADOS PARA A PESQUISA EFETIVAPAS

1

Nelson Ibañez; Pedro Marques; Luciana Santos Dubeux

INTRODUÇÃO

A proposta de regionalização debatida com a redemocratização buscava aumentar a responsabilidade da esfera pública como condutora das ações de saúde de forma a atender às necessidades da população de acordo com o seu perfil epidemiológico. A regionalização é pautada por princípios de transversalidade dos serviços, centralidade na atenção primária como ordenadora do cuidado, mecanismos de referência e contrarreferência, além de planejamento e administração descentralizados (ESCOREL, 2008).

A primeira década do Sistema Único de Saúde (SUS) foi marcada por um processo de intensa transferência de competências e recursos em direção aos municípios, orientado pelas Normas Operacionais Básicas (NOB). Mediante a definição de critérios de habilitação e de incentivos financeiros, as sucessivas NOB transferiram progressivamente aos municípios a gestão das ações e serviços de saúde em seus territórios (DOURADO; ELIAS, 2011). Cabe ressaltar que o caráter municipalista da descentralização trouxe avanços para o SUS, sobretudo relacionados com a responsabilização e com a ampliação da capacidade de gestão em saúde dos municípios (COSTA, 2001). Segundo Paim e colaboradores (2011), a descentralização do sistema possibilitou a melhoria no acesso à atenção primária, com ênfase na Estratégia Saúde da Família (ESF), resultando em efeitos positivos na cobertura universal de vacinação e assistência pré-natal, na redução da mortalidade infantil pós-neonatal e nas internações desnecessárias.

O processo de regionalização e conformação das redes de atenção pode ser dividido em três fases, sendo sua inserção na agenda oficial nos anos 2000. A fase I, de 2001 a 2005, é caracterizada por um processo for-

temente normativo e pouco efetivo. A fase II, entre 2006 e 2010, enfatiza as redes integradas e regionalizadas, com destaque para os serviços de urgência e emergência. A fase III, a partir de 2011, traz como inovação o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) para constituição das Regiões e Redes de Atenção à Saúde (RAS) (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

Ainda, pode-se dividir em dois momentos: a regionalização dos serviços e a conformação das regiões de saúde. O primeiro se traduz na organização dos serviços visando melhorar a sua eficiência e efetividade, na busca pelos conceitos fundamentais do SUS: universalidade, integralidade e equidade. O segundo consiste na divisão do território em arranjos guiados pelas necessidades epidemiológicas, sociais e culturais com o intuito de otimizar os recursos. Considera-se, para tanto, a complexidade e o custo dos procedimentos e ações, e a necessidade de priorizar a prestação de serviços em territórios localizados estrategicamente (GUIMARÃES, 2005). Alguns procedimentos, geralmente de maior complexidade, são bastante onerosos ao sistema, não sendo possível sua prestação em determinados locais, mesmo com a existência de demanda. Dessa forma, os serviços ou equipamentos são organizados nas regiões de saúde para que todos os municípios que as compõem possam ter garantia de serviços com acesso regulado e guiado pela necessidade de saúde e pela demanda da sua população. Destaca-se, sobre esse aspecto, que a regionalização não se restringe à prestação de serviços médicos, pois também direciona ações de vigilância e promoção à saúde (CORRÊA, 2001).

Diversos são os obstáculos aos processos de regionalização e descentralização dos serviços de saúde, estando principalmente relacionados com as iniquidades existentes entre os municípios e os estados do Brasil. As enormes desigualdades de ordem política, técnica, financeira e administrativa atingem as diferentes instâncias do sistema de saúde. Os municípios não conseguem exercer plena autonomia na gestão da saúde devido à sua relação política e financeira com os demais entes, o que pode implicar problemas quanto à gestão de recursos financeiros e equipamentos de saúde. Além disso, a incipiente participação social impede, por vezes, que os conselhos de saúde exerçam papel importante na condução das políticas de saúde. Em associação, existe uma forte influência da medicina previdenciária, o que serve de obstáculo para a perpetuação e o funcionamento da regionalização (ARRETCHE, 2011). Em contraponto, as experiências de regionalização no SUS apresentam aspectos positivos, como a ampliação do acesso, o forta-

lecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) e a melhoria dos indicadores de saúde da população, contribuindo para a equidade e a integralidade da atenção (KUSCHNIR; CHRONY, 2010).

Destaca-se que um problema crítico nos sistemas de saúde contemporâneos é a dificuldade de adaptação às mudanças contextuais em tempo oportuno. Fatores como envelhecimento da população, transição epidemiológica, avanços científicos e incorporação tecnológica mudam em ritmo mais acelerado quando comparados aos fatores internos aos sistemas (como cultura e estrutura organizacional, recursos, sistemas de incentivos, financiamento e estilo de gestão), os quais estão sob a governabilidade setorial (OPAS, 2011). Esse cenário descreve a crise universal dos sistemas de saúde, concebidos e desenvolvidos com o propósito de enfrentar as condições e os eventos agudos, desconsiderando a verdadeira “epidemia” contemporânea das condições crônicas. O resultado é que se tem uma situação de saúde do século XXI sendo respondida por um sistema de saúde desenvolvido no século XX, que se volta, principalmente, para a lógica do atendimento às condições e aos eventos agudos, agenda essa que foi hegemônica do século passado (MENDES, 2010).

Vários estudos apontam a fragmentação da atenção no SUS como um obstáculo importante para a garantia de acesso em tempo oportuno e para a qualidade do cuidado. Com o objetivo de superar essa fragmentação, em 2010, foram instituídas as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no Brasil no âmbito do SUS. As RAS foram definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

Na perspectiva de Mendes (2015), a regionalização é mais que uma medida organizativa de ações do serviço de saúde, sendo um construto político que promove a comunicação e a integração das instâncias de gestão em saúde, de forma a auxiliar na definição das prioridades e atender a especificidades de cada território/região de saúde. Por outro lado, a delimitação territorial de ações e serviços de saúde pode mascarar as fragilidades e os desafios apresentados em âmbito local devido ao suporte conferido pela região de saúde. Dessa forma, para que um planejamento regional seja realizado, devem ser levados em consideração os contextos adversos de cada localidade e suas particularidades, para que a regionalização seja um processo bem-sucedido e

que traga impactos positivos em relação ao acesso aos serviços e à qualidade da vida das pessoas (ALBUQUERQUE *et al.*, 2019).

Viana e Lima (2011) investigaram o processo de regionalização nos estados brasileiros no período de 2007 a 2010. O estudo inferiu que a regionalização é dependente do contexto, das regras mais gerais que conformam a política e é influenciada pelas características específicas da implementação no plano estadual e pelos rumos ou pela direção que se deseja imprimir ao processo. No plano locorregional, destacam-se o perfil socioeconômico e as características da rede de serviços de saúde, as condições de financiamento público e a dinâmica das relações público-privadas no setor saúde. Os resultados do estudo sugerem que os estados brasileiros se encontram em diferentes estágios da regionalização.

Em 2011, um novo marco regulatório do SUS é instituído: o Decreto nº 7.508, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde, tendo como objeto a organização do SUS. Nesse instrumento, de peso jurídico hierarquicamente superior às portarias publicadas anteriormente, fica estabelecido em seu art. 3º que:

O SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 2011).

Vargas e colaboradores (2014), em análise sobre a regionalização e as RAS no Brasil, apontam tratar-se de um processo que apresenta baixa implementação e desenvolvimento, pois depende de uma fraca negociação entre gestores, de responsabilidades complexas da entidade regional e da fragilizada corresponsabilização dos níveis estadual e federal. Os autores sugerem a necessidade urgente do fortalecimento da estrutura regional e das RAS.

Nesse contexto, o objetivo do presente capítulo é caracterizar o processo de regionalização dos estados selecionados para a pesquisa intitulada “Efetividade da Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde em Cinco Regiões de Saúde no Brasil – Pesquisa EfetivaPAS”, sendo eles: Rondônia (RO), Maranhão (MA), Goiás (GO), Rio Grande do Sul (RS), além do Distrito Federal (DF). O documento detalha como se deu o processo de regionalização em cada

uma das Unidades Federativas (UF) estudadas, versando sobre a organização das redes, a capacidade instalada e a situação de saúde, no sentido de contribuir para construção de contextos e parâmetros para o desenvolvimento de pesquisas avaliativas.

PERCURSO METODOLÓGICO

A caracterização do processo de regionalização foi construída por meio de três etapas. Inicialmente, foi realizada uma análise documental a partir das seguintes fontes: sites das Secretarias Estaduais de Saúde, Planos Diretores de Regionalização (PDR), Planos Estaduais de Saúde e legislações locais referentes ao tema. Posteriormente, esses dados foram confrontados aos disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) referentes à estrutura e à organização populacional. Por fim, buscou-se caracterizar as condições socioeconômicas e de saúde, além de analisar o desempenho das regiões de saúde das localidades estudadas.

A análise das condições socioeconômicas, de saúde e de desempenho foi inicialmente proposta no contexto da pesquisa “Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil” (Pesquisa Região e Redes), que buscou identificar e avaliar condições facilitadoras ou dificultadoras para o processo de regionalização e para a conformação das RAS no País, gerando duas classificações: a Tipologia para caracterização das regiões de saúde do Brasil e o Índice Sintético Regional.

Proposta por Viana e colaboradores (2015), a Tipologia para caracterização das regiões de saúde do Brasil leva em consideração duas dimensões: a “situação socioeconômica”, relacionada com o grau de desenvolvimento socioeconômico dos municípios; e a “oferta e complexidade dos serviços da saúde”, referente à complexidade dos serviços ofertados nas regiões. O cruzamento desses fatores classifica as regiões em cinco grupos. São eles:

- Grupo 1: baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços;
- Grupo 2: médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços;
- Grupo 3: médio desenvolvimento socioeconômico e média/alta oferta de serviços;

- Grupo 4: alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços;
- Grupo 5: alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços.

O Indicador Sintético Regional (ISR) é construído a partir de sete variáveis (taxa de mortalidade infantil, cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica, despesa *per capita* em saúde, médicos por mil habitantes, produção ambulatorial SUS por mil habitantes, percentual da produção ambulatorial do prestador público no total da produção ambulatorial e percentual das internações por prestador público no total das internações) que representam cinco dimensões de um sistema de saúde (condições de saúde da população, cobertura do sistema de saúde, financiamento, recursos humanos e produção do SUS). A soma dos componentes das cinco dimensões conforma o ISR, que varia em um intervalo de 0 a 5. Quanto maior o valor obtido, melhor o desempenho do sistema de saúde. Dessa forma, o valor 0 representa o pior desempenho, e o valor 5, o melhor (UCHIMURA *et al.*, 2017).

PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO EM QUATRO ESTADOS E NO DISTRITO FEDERAL

REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO MARANHÃO

As informações a respeito de como se deu o processo de regionalização no estado do Maranhão foram obtidas de fontes legais publicadas no Diário Oficial do poder executivo do estado, que apresentam a organização das macrorregiões de saúde maranhenses (ESTADO DO MARANHÃO, 2018), bem como a Resolução CIB/MA nº 44, de 16 de junho de 2011, que oficializa a conformação das regiões de saúde do estado (ESTADO DO MARANHÃO, 2011).

Organização do Território em Regiões e Marco Legal

A atual conformação da regionalização do sistema de saúde do estado do Maranhão foi proposta em 2018, com três macrorregiões que englobam 19 regiões de saúde. Elas foram definidas e organizadas por membros da Secretaria Estadual de Saúde (SES) do Maranhão, do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e do Ministério da Saúde para realizar

a conformação do Planejamento Regional Integrado (PRI) e organizar as macrorregiões de saúde do estado, tendo como base a resolução da CIT nº 37, de 22 de março de 2018. Foram discutidos e definidos os perfis resolutivos para cada macrorregião de saúde, e identificadas as capacidades para cada nova macrorregião instalada. A disposição das macrorregiões, regiões e população adscrita define-se conforme retrata o quadro 1, cabendo destacar que a macrorregião Sul foi definida como referência interestadual para o estado do Tocantins, e a macrorregião Leste, como referência interestadual para o estado do Piauí (ESTADO DO MARANHÃO, 2018).

QUADRO 1. Disposição das macrorregiões, regiões e população adscrita, estado do Maranhão

MACRORREGIÕES	REGIÃO	POPULAÇÃO
Norte (4.084.650 habitantes)	São Luís	1.430.829
	Rosário	295.040
	Pinheiro	390.484
	Viana	268.312
	Santa Inês	383.422
	Bacabal	268.400
	Chapadinha	372.236
	Itapecuru-Mirim	379.815
	Zé Doca	296.112
Sul (1.277.912 habitantes)	Imperatriz	509.369
	Açailândia	292.670
	Balsas	246.423
	Barra do Corda	229.450
Leste (1.591.474 habitantes)	Caxias	300.551
	Codó	303.474
	Presidentes Dutra	285.381
	Pedreiras	214.675
	Timon	245.719
	São João dos Patos	241.674
População do Maranhão		6.954.036

FONTE: ADAPTADO DE ESTADO DO MARANHÃO (2018).

A divisão territorial foi instituída com o intuito de aperfeiçoar os investimentos que se apresentavam insuficientes. Entre outros aspectos, a

reestruturação do desenho regional visava, sobretudo, à melhoria permanente da cobertura dos serviços e à qualidade da atenção à saúde, elevando a operacionalidade e a sustentabilidade do serviço assistencial. Sendo assim, também foram definidas juridicamente as responsabilidades de cada ente federativo, a fim de garantir o acesso dos cidadãos às ações e serviços de saúde prestados no estado.

A análise da situação de saúde da população juntamente com as prioridades do sistema, as responsabilidades de cada ator componente do serviço, a identificação dos vazios assistenciais e a sobreposição de serviços são os fatores orientadores para a alocação de recursos para esse novo modelo de regionalização maranhense. A construção do PRI parte desses princípios para atender às demandas do estado no que diz respeito às necessidades orçamentárias, à definição de prioridades para o melhor funcionamento do SUS e aos acordos de compromissos entre União, estado e municípios componentes de cada região de saúde.

Assim como preconiza a legislação relativa à elaboração da proposta de regionalização, no estado do Maranhão, foram levados em conta para a conformação das macrorregiões critérios relacionados com perfil populacional, limites geográficos/situação geográfica, capacidade instalada, rol de ações e serviços que serão oferecidos, responsabilidade de cada ator envolvido, acessibilidade do usuário e resolubilidade. A relação das regiões de saúde e os municípios que as compõem consta no quadro 2, e a distribuição espacial das macrorregiões de saúde do estado do Maranhão está ilustrada na figura 1.

QUADRO 2. **Municípios por região de saúde do estado do Maranhão**

REGIÕES DE SAÚDE	MUNICÍPIOS
São Luís	Alcântara, Paço do Lumiar, Raposa, São José de Ribamar e São Luís.
Açailândia	Açailândia, Bom Jesus das Selvas, Buriticupi, Cidelândia, Itinga do Maranhão, São Francisco do Brejão, São Pedro da Água Branca e Vila Nova dos Martírios.
Bacabal	Altamira do Maranhão, Bacabal, Bom Lugar, Brejo de Areia, Conceição do Lago-Açu, Lago Verde, Marajá do Sena, Olho d'Água das Cunhãs, Paulo Ramos, São Luís Gonzaga do Maranhão e Vitorino Freire.
Caxias	Afonso Cunha, Aldeias Altas, Buriti, Caxias, Coelho Neto, Duque Bacelar, São João do Soter.

REGIÕES DE SAÚDE	MUNICÍPIOS
Barra do Corda	Arame, Barra do Corda, Fernando Falcão, Grajaú, Itaipava do Grajaú e Jenipapo dos Vieiras.
Balsas	Alto Parnaíba, Balsas, Carolina, Feira Nova do Maranhão, Formosa da Serra Negra, Loreto, Novas Colinas, Riachão, Simbaíba, São Félix de Balsas, São Pedro dos Crentes, São Raimundo das Mangabeiras e Tasso Fragoso.
Chapadinha	Água Doce do Maranhão, Anapurus, Araióses, Brejo, Chapadinha, Magalhães de Almeida, Mata Roma, Milagres do Maranhão, Paulino Neves, Santa Quitéria do Maranhão, Santana do Maranhão, São Bernardo e Tutóia.
Codó	Alto Alegre do Maranhão, Codó, Coroatá, Peritoró, São Mateus do Maranhão e Timbiras.
Imperatriz	Amarante do Maranhão, Buritirana, Campestre do Maranhão, Davinópolis, Estreito, Governador Edison Lobão, Imperatriz, João Lisboa, Lajeado Novo, Montes Altos, Porto Franco, Ribamar Fiquene, São João do Paraíso Senador La Rocque e Sítio Novo.
Itapecuru-Mirim	Anajatuba, Arari, Belágua, Cantanhede, Itapecuru-Mirim, Matões do Norte, Miranda do Norte, Nina Rodrigues, Pirapemas, Presidente Vargas, São Benedito do Rio Preto, Urbano Santos, Vargem Grande e Vitória do Mearim.
Pedreiras	Bernardo do Mearim, Esperantinópolis, Igarapé Grande, Lago da Pedra, Lago do Junco, Lago dos Rodrigues, Lagoa Grande do Maranhão, Lima Campos, Pedreiras, Poção de Pedras, São Raimundo do Doca Bezerra, São Roberto e Trizidela do Vale.
Pinheiro	Apicum-Açu, Bacuri, Bequimão, Cedral, Central do Maranhão, Cururupu, Guimarães, Mirinazal, Pedro do Rosário, Peri Mirim, Pinheiro, Porto Rico do Maranhão, Presidente Sarney, Santa Helena, Serrano do Maranhão, Turiaçu e Tirilândia.
Presidente Dutra	Capinzal do Norte, Dom Pedro, Fortuna, Gonçalves Dias, Governador Archer, Governador Eugênio Barros, Governador Luiz Rocha, Graça Aranha, Joselândia, Presidente Dutra, Santa Filomena do Maranhão, Santo Antônio dos Lopes, São Domingos do Maranhão, São José dos Basílios, Senador Alexandre Costa e Tuntum.
Rosário	Axixá, Bacabeira, Barreirinhas, Cachoeira Grande, Humberto Campos, Icatu, Morros, Presidente Juscelino, Primeira Cruz, Rosário, Santa Rita e Santo Amaro do Maranhão.
Santa Inês	Alto Alegre do Pindaré, Bela Vista do Maranhão, Bom Jardim, Governador Newton Bello, Igarapé do Meio, Monção, Pindaré-Mirim, Pio XII, Santa Inês, Santa Luzia, São João do Carú, Satubinha e Tufilândia.
Viana	Bacurituba, Cajapió, Cajari, Matinha, Olinda Nova do Maranhão, Palmeirândia, Penalva, São Bento, São João Batista, São Vicente Ferrer e Viana.
Timon	Matões, Parnarama, São Francisco do Maranhão e Timon.
São João dos Patos	Barão de Grajaú, Benedito Leite, Buriti Bravo, Colinas, Jatobá, Lagoa do Mato, Mirador, Nova Iorque, Paraibano, Passagem Franca, Pastos Bons, São Domingos do Azeitão, São João dos Patos, Sucupira do Norte e Sucupira Riachão.

REGIÕES DE SAÚDE	MUNICÍPIOS
Zé Doca	Amapá do Maranhão, Araganã, Boa vista do Gurupi, Cândido Mendes, Carutapera, Centro do Guilherme, Centro Novo do Maranhão, Godofredo Viana, Junco do Maranhão, Luís Domingues, Maracaçumé, Maranhãozinho, Nova Olinda do Maranhão, Presidente Médici, Santa Luzia do Parauá e Zé Doca.

FONTE: ADAPTADO DE ESTADO DO MARANHÃO (2018).

FIGURA 1. Distribuição das macrorregiões em saúde do estado do Maranhão e suas respectivas regiões de saúde



FONTE: ADAPTADO DE ESTADO DO MARANHÃO (2018).

A partir da visão dos gestores sobre a atual situação dos serviços de saúde do estado do Maranhão, foi proposta a estratégia de regionalização conforme descrito acima. Esse arranjo tem como objetivo principal proporcionar a ampliação do acesso do usuário ao sistema, principalmente no que diz respeito à atenção básica; conferir protagonismo e maiores responsabilidades aos municípios, com vistas a minimizar o isolamento deles; garantir a integralidade do cuidado por meio de ações pactuadas entre serviços com diferentes níveis de densidade tecnológica; definir a conformação das macrorregiões e suas respectivas regiões de saúde com base na capacidade instalada, recur-

sof humanos, produção dos serviços de saúde e acesso entre as regiões, considerando as peculiaridades, as individualidades e o perfil epidemiológico de cada região do estado e respeitando o que foi pactuado no PRI (ESTADO DO MARANHÃO, 2018).

Classificação das Regiões de Saúde e Análise do Indicador de Desempenho

Ao classificar as regiões de saúde do estado do Maranhão, conforme as condições socioeconômicas e de saúde, observou-se que apenas a região de São Luís atingiu nota 4, a região de Imperatriz alcançou a nota 2, e as demais regiões alcançaram nota 1, inferindo uma situação de baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços para expressiva maioria das regiões de saúde maranhenses. Sobre o ISR, 14 regiões de saúde alcançaram escore final 2, e 2 apresentaram classificação 1, o que indica baixo desempenho do sistema de saúde regional (tabela 1).

TABELA 1. **Indicador Sintético Regional (escore final e por dimensões) e tipologia das regiões de saúde do estado do Maranhão**

REGIÕES DE SAÚDE DO MARANHÃO	INDICADOR SINTÉTICO REGIONAL (ISR)								ESCORE FINAL	TIPOLOGIA DAS REGIÕES DE SAÚDE
	DIMENSÕES									
	COBERTURA	FINANCIAMENTO	RECURSOS HUMANOS		PRODUÇÃO DO SUS		CONDIÇÕES DE SAÚDE			
	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS eAB	DESPEZA TOTAL EM SAÚDE POR HAB.	N. DE MÉDICOS POR MIL HAB.	PRODUÇÃO AMBULATORIAL POR MIL HAB.	% DA PRODUÇÃO AMBULATORIAL POR PRESTADOR PÚBLICO*	% DAS INTERNAÇÕES POR PRESTADOR PÚBLICO**	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL (MENORES DE 1 ANO) ***			
Açailândia	69,6	460,5	0,3	13.414,0	95,3	100,0	15,1	1	1	
Bacabal	98,0	445,0	0,4	13.153,0	98,4	100,0	13,2	3	1	
Balsas	92,2	473,2	0,4	13.950,6	91,1	66,1	14,5	2	1	
Barra do Corda	83,4	396,4	0,4	20.312,6	92,8	71,5	17,5	2	1	
Caxias	98,3	769,8	0,7	19.030,5	87,3	90,4	24,0	2	1	
Chapadinha	95,4	339,9	0,4	12.107,7	97,8	100,0	15,1	2	1	
Codó	82,1	354,3	0,7	23.540,1	98,8	100,0	15,1	2	1	

REGIÕES DE SAÚDE DO MARANHÃO	INDICADOR SINTÉTICO REGIONAL (ISR)							ESCORE FINAL	TIPOLOGIA DAS REGIÕES DE SAÚDE
	DIMENSÕES								
	COBERTURA	FINANCIAMENTO	RECURSOS HUMANOS		PRODUÇÃO DO SUS		CONDIÇÕES DE SAÚDE		
	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS eAB	DESPESA TOTAL EM SAÚDE POR HAB.	N. DE MÉDICOS POR MIL HAB.	PRODUÇÃO AMBULATORIAL POR MIL HAB.	% DA PRODUÇÃO AMBULATORIAL POR PRESTADOR PÚBLICO*	% DAS INTERNAÇÕES POR PRESTADOR PÚBLICO**	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL (MENORES DE 1 ANO) ***		
Imperatriz	82,7	612,9	0,9	23.075,8	91,2	93,6	14,5	2	2
Itapecuru-Mirim	93,9	334,2	0,4	20.638,0	97,1	100,0	16,6	2	1
Pedreiras	100,0	525,0	0,4	25.939,1	98,5	86,7	15,0	2	1
Pinheiro	97,0	388,9	0,4	16.431,3	98,8	82,4	16,9	2	1
Presidente Dutra	96,1	441,5	0,4	13.656,6	99,9	100,0	13,4	3	1
Rosário	100,0	354,2	0,4	14.94,1	98,6	93,3	14,2	2	1
Santa Inês	92,1	441,4	0,4	18.965,5	99,8	100,0	15,7	2	1
São João dos Patos	96,5	430,5	0,4	23.768,4	97,1	84,6	12,3	3	1
São Luís	47,4	590,3	1,4	23.369,8	91,7	65,8	15,7	1	4
Timon	100,0	357,9	0,9	26.276,3	97,3	100,0	17,4	2	1
Viana	95,1	417,3	0,3	17.125,1	100,0	100,0	13,6	2	1
Zé Doca	99,4	335,5	0,3	40.260,5	98,3	44,6	16,1	2	1

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA, A PARTIR DOS DO BANCO DE INDICADORES DA PESQUISA REGIÃO E REDES (PESQUISA REGIÃO E REDES, 2021);

LEGENDA: EAB – EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA; HAB. – HABITANTE; SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

* % DA PRODUÇÃO AMBULATORIAL POR PRESTADOR PÚBLICO NO TOTAL DA PRODUÇÃO AMBULATORIAL.

** % DAS INTERNAÇÕES POR PRESTADOR PÚBLICO NO TOTAL DAS INTERNAÇÕES.

*** TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL- MENORES DE 1 ANO (EM 1.000 NASCIDOS VIVOS).

REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL

Para apresentar o processo de regionalização no estado do Rio Grande do Sul, foram utilizados os seguintes documentos: Resolução nº 555/12 – CIB/RS, que altera a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul e institui as Comissões Intergestores Regionais (CIR)

(ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2012); o Plano Diretor de Regionalização (GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2002); e o Plano Estadual de Saúde (PES), que foi proposto para os anos de 2016 a 2019 (GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Organização do Território em Regiões e Marco Legal

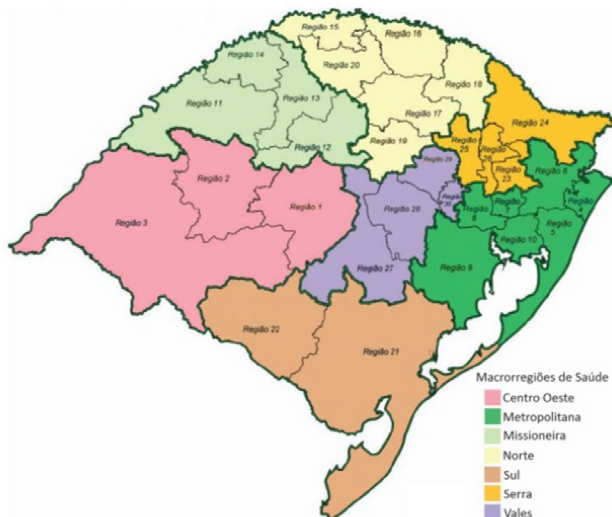
O processo de regionalização da saúde no Rio Grande do Sul foi desencadeado em 1999, mediante a definição de fluxos, recortes territoriais supramunicipais, instrumentos e práticas institucionais capazes de consolidar, de forma integrada, a atenção regionalizada, a gestão descentralizada e a participação e o controle social crescente, nos seus mais diversos arranjos.

O Plano Diretor de Regionalização do Rio Grande do Sul (PDR/RS) foi publicado em 2002, tendo como referência as discussões que já vinham em curso. Para sistematizar as pactuações em andamento, um grupo de trabalho foi formado, contando com gestores municipais e estaduais, e, ainda, com a participação de representantes dos municípios. O trabalho do grupo perpassava, entre outros assuntos, pela análise das possíveis formas de adaptação dos processos que já estavam em andamento quanto à regionalização do estado, aos critérios determinados pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), de modo que fossem garantidas as condições do financiamento federal. A partir de 2008, a adesão aos termos do Pacto pela Saúde foi incrementada no estado, com a implantação de Comissões Intergestores Bipartite (CIB) Regionais.

O estado possui 7 macrorregiões de saúde, que englobam 30 regiões de saúde, aprovadas pela Resolução CIB/RS nº 555/2012, sendo estas a base para o planejamento em saúde (figura 2 e quadro 3). A definição das regiões foi precedida por um estudo de distribuição geográfica da capacidade instalada, do fluxo assistencial e acesso dos usuários aos serviços, por tipo de atenção e nível de complexidade. A cobertura de serviços hospitalares foi analisada, e foram identificados os hospitais de referência locais, microrregionais, regionais e macrorregionais. A distribuição dos municípios do Rio Grande do Sul entre as suas regiões de saúde está disposta no quadro 4.

FIGURA 2. Distribuição das macrorregiões em saúde do estado do Rio Grande do Sul e suas respectivas regiões de saúde

Características do
Ambiente de Implantação
da Estratégia de
Planificação da Atenção
à Saúde



FONTE: ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL (2016).

QUADRO 3. Disposição das macrorregiões, regiões e população adscrita do estado do Rio Grande do Sul

MACRORREGIÕES	REGIÕES	POPULAÇÃO
Centro-Oeste (1.042.093 habitantes)	Verdes Campos	440.998
	Entre Rios	127.049
	Fronteira Oeste	474.046
Metropolitana (5.005.397 habitantes)	Vale do Paranhana Costa da Serra	232.354
	Vale dos Sinos	822.674
	Vale do Caí Metropolitana	775.655
	Carbonífera/Costa Doce	412.877
Metropolitana (cont.)	Capital Vale do Gravataí	2.376.772
	Belas Praias	155.928
	Bons Ventos	229.137

MACRORREGIÕES	REGIÕES	POPULAÇÃO
Missioneira (911.312 habitantes)	Portal das Missões	156.271
	Sete Povos das Missões	290.384
	Fronteira Noroeste	231.558
	Diversidade	233.099
Norte (1.264.547 habitantes)	Planalto	414.138
	Araucárias	134.911
	Botucará	119.909
	Alto Uruguai Gaúcho	238.693
	Rota da Produção	167.144
	Caminho das Águas	189.752
Serra (1.199.736 habitantes)	Caxias e Hortências	601.952
	Campos de Cima da Serra	100.636
	Vinhedos e Basalto	310.614
	Uva e Vale	186.534
Sul (1.081.240 habitantes)	Sul	889.925
	Pampa	191.315
Vales (912.565 habitantes)	Jacuí Centro	207.691
	Vinte e Oito	351.375
	Vales e Montanhas	224.880
	Vale da Luz	128.619
População do Rio Grande do Sul		11.416.890

FONTE: ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL (2016).

QUADRO 4. Municípios por região de saúde do estado do Rio Grande do Sul

REGIÕES	MUNICÍPIOS
Verdes Campos	Agudo, Dilermando de Aguiar, Dona Francisca, Faxinal do Soturno, Formigueiro, Itaara, Ivorá, Júlio de Castilhos, Nova Palma, Paraíso do Sul, Pinhal Grande, Quevedos, Restinga Seca, Santa Maria, São Martinho da Serra, São Pedro do Sul, São João do Polêsine, São Sepé, Silveira Martins, Toropi e Vila Nova do Sul.
Entre Rios	Cacequi, Capão do Cipó, Itacurubi, Jaguari, Jari, Mata, Nova Esperança do Sul, Santiago, São Francisco de Assis, São Vicente do Sul e Unistalda.
Fronteira Oeste	Alegrete, Barra do Quaraí, Itaqui, Maçambará, Manoel Viana, Quaraí, Rosário do Sul, Santa Margarida do Sul, Sant'Ana do Livramento, São Gabriel e Uruguaiana.
Vale do Paranhana Costa da Serra	Cambará do Sul, Igrejinha, Parobé, Riozinho, Rolante, São Francisco de Paula, Taquara e Três Coroas.
Vale dos Sinos	Araricá, Campo Bom, Dois Irmãos, Estância Velha, Ivoti, Lindolfo Collor, Morro Reuter, Nova Hartz, Novo Hamburgo, Portão, Presidente Lucena, Santa Maria do Herval, São José do Hortêncio, São Leopoldo e Sapiranga.
Vale do Caí Metropolitana	Barão, Brochier, Canoas, Capela de Santana, Esteio, Harmonia, Maratá, Montenegro, Nova Santa Rita, Pareci Novo, Salvador do Sul, São José do Sul, São Pedro da Serra, São Sebastião do Caí, Sapucaia do Sul, Tabaí, Triunfo e Tupandi.
Carbonífera/Costa Doce	Doce Arambaré, Arroio dos Ratos, Barão do Triunfo, Barra do Ribeiro, Butiá, Camaquã, Cerro Grande do Sul, Charqueadas, Chuvisca, Dom Feliciano, Eldorado do Sul, General Câmara, Guaíba, Mariana Pimentel, Minas do Leão, São Jerônimo, Sentinela do Sul, Sertão Santana e Tapes.
Capital Vale do Gravataí	Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão.
Belas Praias	Arroio do Sal, Capão da Canoa, Dom Pedro de Alcântara, Itati, Mampituba, Maquiné, Morrinhos do Sul, Terra de Areia, Torres, Três Cachoeiras, Três Forquilhas e Xangri-lá.
Bons Ventos	Balneário Pinhal, Capivari do Sul, Caraá, Cidreira, Imbé, Mostardas, Osório, Palmares do Sul, Santo Antônio da Patrulha, Tavares e Tramandaí.
Portal das Missões	Boa Vista do Cadeado, Boa Vista do Incra, Colorado, Cruz Alta, Fortaleza dos Valos, Ibirubá, Jacuizinho, Quinze de Novembro, Saldanha Marinho, Salto do Jacuí, Santa Bárbara do Sul, Selbach e Tupanciretã.

Características do Ambiente de Implantação da Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde

REGIÕES	MUNICÍPIOS
Sete Povos das Missões	Bossoroca, Caibaté, Cerro Largo, Entre-Ijuís, Eugênio de Castro, Dezesesseis de Novembro, Garruchos, Guarani das Missões, Mato Queimado, Pirapó, Porto Xavier, Rolador, Roque Gonzales, Salvador das Missões, Santo Ângelo, Santo Antônio das Missões, São Borja, São Luiz Gonzaga, São Miguel das Missões, São Nicolau, São Pedro do Butiá, Sete de Setembro, Ubiretama, Vitória das Missões.
Fronteira Noroeste	Alecrim, Alegria, Boa vista do Buricá, Campinas das Missões, Cândido Godói, Doutor Maurício Cardoso, Giruá, Horizontina, Independência, Nova Candelária, Novo Machado, Porto Lucena, Porto Mauá, Porto Vera Cruz, Santa Rosa, Santo Cristo, São José do Inhacorá, São Paulo das Missões, Senador Salgado Filho, Três de Maio, Tucunduva e Tuparendi.
Diversidade	Ajuricaba, Augusto Pestana, Bozano, Campo Novo, Catuípe, Coronel Barros, Chiapetta, Condor, Crissiumal, Humaitá, Ijuí, Inhacorá, Jóia, Nova Ramada, Panambi, Pejuçara, Santo Augusto, São Martinho, São Valério do Sul e Sede Nova.
Planalto	Almirante Tamandaré do Sul, Camargo, Carazinho, Casca, Ciríaco, Coqueiros do Sul, Coxilha, David Canabarro, Ernestina, Gentil, Lagoa dos Três Cantos, Marau, Mato Castelhano, Montauri, Muliterno, Não-Me-Toque, Nicolau Vergueiro, Nova Alvorada, Passo Fundo, Pontão, Santo Antônio do Palma, Santo Antônio do Planalto, São Domingos do Sul, Serafina Corrêa, Sertão, Vanini, Victor Graeff e Vila Maria.
Araucárias	Água Santa, André da Rocha, Barracão, Cacique Doble, Capão Bonito do Sul, Caseiros, Ibiaçá, Ibiraiaras, Lagoa Vermelha, Maximiliano de Almeida, Paim Filho, Machadinho, Sananduva, Santa Cecília do Sul, Santo Expedito do Sul, São João da Urtiga, São José do Ouro, Tapejara, Tupanci do Sul e Vila Lângaro
Botucaraf	Alto Alegre, Arvorezinha, Barros Cassal, Campos Borges, Espumoso, Fontoura Xavier, Ibirapuitã, Itapuca, Lagoão, Mormaço, Soledade, Tapera, Tio Hugo e Tunas.
Alto Uruguai Gaúcho	Aratiba, Áurea, Barão de Cotegipe, Barra do Rio Azul, Benjamin Constant do Sul, Campinas do Sul, Carlos Gomes, Centenário, Charrua, Cruzaltense, Entre Rios do Sul, Erebangó, Erechim, Erval Grande, Estação, Faxinalzinho, Floriano Peixoto, Gaurama, Getúlio Vargas, Ipiranga do Sul, Itatiba do Sul, Jacutinga, Marcelino Ramos, Mariano Moro, Nonoai, Paulo Bento, Ponte Preta, Quatro Irmãos, Rio dos Índios, São Valentim, Severiano de Almeida, Três Arroios e Viadutos.
Rota da Produção	Barra Funda, Boa Vista das Missões, Braga, Cerro Grande, Chapada, Constantina, Coronel Bicaco, Dois Irmãos das Missões, Engenho Velho, Gramado dos Loureiros, Jaboticaba, Lajeado do Bugre, Miraguaí, Nova Boa Vista, Novo Barreiro, Novo Xingu, Palmeira das Missões, Redentora, Ronda Alta, Rondinha, Sagrada Família, São José das Missões, São Pedro das Missões, Sarandi, Três Palmeiras e Trindade do Sul.

REGIÕES	MUNICÍPIOS
Caminho das Águas	Alpestre, Ametista do Sul, Barra do Guarita, Bom Progresso, Caiçara, Cristal do Sul, Derrubadas, Erval Seco, Esperança do Sul, Frederico Westphalen, Iraí, Liberato Salzano, Novo Tiradentes, Palmitinho, Pinhal, Pinheirinho do Vale, Planalto, Rodeio Bonito, Seberi, Taquaruçu Do Sul, Tenente Portela, Tiradentes do Sul, Três Passos, Vicente Dutra, Vista Alegre e Vista Gaúcha.
Caxias e Hortências	Canela, Caxias do Sul, Gramado, Linha Nova, Nova Petrópolis e Picada Café.
Campos de Cima da Serra	Bom Jesus, Campestre da Serra, Esmeralda, Jaquirana, Monte Alegre dos Campos, Muitos Capões, Pinhal da Serra, São José dos Ausentes e Vacaria.
Vinhedos e Basalto	Bento Gonçalves, Boa Vista do Sul, Carlos Barbosa, Coronel Pilar, Cotiporã, Fagundes Varela, Garibaldi, Guabiju, Guaporé, Monte Belo do Sul, Nova Araçá, Nova Bassano, Nova Prata, Parai, Protásio Alves, Santa Tereza, São Jorge, União da Serra, Veranópolis, Vila Flores e Vista Alegre do Prata.
Uva e Vale	Alto Feliz, Antônio Prado, Bom Princípio, Farroupilha, Feliz, Flores da Cunha, Ipê, Nova Pádua, Nova Roma do Sul, São Marcos, São Vendelino e Vale Real.
Região Sul	Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Arroio Grande, Canguçu, Capão do Leão, Cerrito, Chuí, Cristal, Herval, Jaguarão, Morro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Pelotas, Pinheiro Machado, Piratini, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar, Santana da Boa Vista, São José do Norte, São Lourenço do Sul e Turuçu.
Pampa	Aceguá, Bagé, Candiota, Dom Pedrito, Hulha Negra e Lavras do Sul.
Jacuí Centro	Arroio do Tigre, Caçapava do Sul, Cachoeira do Sul, Cerro Branco, Encruzilhada do Sul, Estrela Velha, Ibarama, Lagoa Bonita do Sul, Novo Cabrais, Passa Sete, Segredo e Sobradinho.
Vinte e Oito	Candelária, Gramado Xavier, Herveiras, Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado, Rio Pardo, Santa Cruz do Sul, Sinimbu, Vale Verde, Vale do Sol, Venâncio Aires e Vera Cruz.
Vales e Montanhas	Anta Gorda, Arroio do Meio, Boqueirão do Leão, Canudos do Vale, Capitão, Coqueiro Baixo, Cruzeiro do Sul, Dois Lajeados, Doutor Ricardo, Encantado, Forquetinha, Ilópolis, Lajeado, Marques de Souza, Muçum, Nova Bréscia, Pouso Novo, Progresso, Putinga, Relvado, Roca Sales, Santa Clara do Sul, São José do Herval, São Valentim do Sul, Sério, Travesseiro e Vespasiano Correa.
Vale da Luz	Bom Retiro do Sul, Colinas, Estrela, Fazenda Vilanova, Imigrante, Paverama, Poço das Antas, Taquari, Teutônia e Westfália.

FONTE: ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL (2016).

Para a coordenação político-administrativa das 30 regiões, foram instituídas 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), formalizadas pelo Decreto nº 39.691, de 30 de agosto de 1999, para orientação do planejamento

regional nos municípios, facilitando a interação e o vínculo da gestão estadual com a gestão municipal e com o controle social na tomada de decisões locais e regionais. Essas coordenadorias abrangem as sete macrorregiões de saúde, as quais visam garantir uma organização para as ações de proteção, apoio diagnóstico, atendimento ambulatorial e hospitalar.

Nessas macrorregiões, foram identificados hospitais de referência macrorregional, capazes de atender aos casos mais complexos; hospitais de referência regional e hospitais de referência microrregional; além de unidades locais de saúde, que foram estruturadas a partir da transformação de pequenos hospitais não resolutivos em unidades mistas com atendimento ambulatorial e, também, com internações curtas e de baixa complexidade.

Nesse contexto regional, há de se considerar a diversidade entre as regiões, no que se refere ao contingente populacional, ao número de municípios e, conseqüentemente, aos indicadores sociais, demográficos e epidemiológicos. No estado, a proporção da população com renda menor que meio salário mínimo caiu de 59,4% em 1991 para 20,2% em 2010, havendo redução de 66% em 20 anos. Dezesete regiões de saúde possuem cerca de 20% de da sua população vivendo situação de baixa renda (com ganhos inferiores a meio salário mínimo). Ainda sobre esse indicador, a macrorregião Centro-Oeste apresenta duas de suas regiões (Entre Rios e Fronteira Oeste) com valores acima de 30%, enquanto na macrorregião de Saúde da Serra, encontram-se as regiões com menor proporção de pessoas que recebem menos que meio salário mínimo: Vinhedos e Basalto (6,25%) e Uva e Vale (7,9%) (ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Conforme o Censo de 2010, em média, 60,9% dos domicílios do estado apresentavam condições adequadas de saneamento básico, ou seja, rede geral de abastecimento de água, rede de esgoto ou fossa séptica e coleta de lixo direta ou indireta. Quanto a esse indicador, algumas regiões exibiam valores inferiores à média estadual: Região de Jacuí Centro (38,8% de domicílios adequados), Vale do Paranhana Costa da Serra (36,7%), Região da Diversidade (35,0%), Região do Botucará (34,0%), Sete Povos das Missões (31,8%), Portal das Missões (28,5%), Rota da Produção (26,3%), Caminho das Águas (25,4%), Fronteira Noroeste (24,1%).

Nesse contexto, alguns indicadores epidemiológicos demonstram o perfil de adoecimento e morte da população gaúcha, sendo também visíveis divergências entre as regiões de saúde (IBGE, 2010).

O número de nascimentos no estado apresentou discreta progressão, pois o Coeficiente Geral de Natalidade elevou-se de 12,4% em 2010 para 12,9% em 2014. As regiões de Vale dos Sinos, Vale do Caí Metropolitana, Capital Vale do Gravataí e Caxias e Hortências possuem índice de natalidade superior ao estadual, concentrando 50,4% dos nascimentos por local de residência. Entre os nascidos vivos, o percentual de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal foi de 72,8% em 2014, superando o índice nacional (64,6%). Regionalmente, as macrorregiões Serra e Norte apresentaram percentuais superiores ao estadual, e as macrorregiões Sul e Centro-Oeste, inferiores. Ainda com relação ao nascimento, o percentual de partos vaginais no Rio Grande do Sul é inferior ao parâmetro nacional, observando-se percentuais mais elevados nas regiões do leste do estado, onde se localiza a Região Metropolitana (ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Apresentando relação com os condicionantes sociais, de oferta de consultas de pré-natal, tipo de parto, entre outros, informações do banco de indicadores da Pesquisa Região e Redes demonstram que o Coeficiente de Mortalidade Infantil se apresentou mais elevado nas Regiões Botucaraí, Pampas e Fronteira Oeste, onde foram observados, respectivamente, 15,5, 14,9 e 14,7 óbitos por mil nascidos vivos no período 2011-2013 (PESQUISA REGIÃO E REDES, 2021). Essa mesma pesquisa também destaca que a malária não é uma doença endêmica no estado, exibindo coeficientes nulos em várias regiões, em que o maior índice foi de 0,67 por 100 mil habitantes na região de Campos de Cima da Serra. Da mesma forma, a infecção por hepatite A vem decrescendo, sobretudo a partir da inclusão dessa doença no calendário de vacinação em 2014 (PESQUISA REGIÃO E REDES, 2021).

Considerando as necessidades de saúde e o perfil epidemiológico, a organização regional do Rio Grande do Sul segue as normatizações estaduais e nacionais, com vistas a garantir a integralidade da atenção. Nesse sentido, a APS é considerada a coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde.

Das 30 regiões, 9 apresentaram cobertura de Unidades Primárias de Saúde inferior à média estadual (72,59%), com destaque para a região Carbonífera/Costa, cuja cobertura populacional é a menor do Rio Grande do Sul (59,25%). As demais regiões mostraram cobertura superior à observada no estado, sendo a região de Caminho das Águas a que apresentou a maior (97,74%) (PESQUISA REGIÃO E REDES, 2021).

Complementa-se que 95% dos municípios gaúchos têm Equipes de Saúde da Família, entretanto, a cobertura abrange metade da população. Vinte regiões exibiram cobertura superior à estadual, e a maioria está localizada na macrorregião Norte, em municípios de pequeno porte. A região Fronteira Noroeste apresenta a maior cobertura (94,3%). Entre as regiões que se encontram abaixo da média do Rio Grande do Sul, a maioria se concentra nas macrorregiões Metropolitana e Serra/Vales, que possuem municípios de grande porte e elevada densidade populacional. A região de Fronteira Noroeste mostra a menor cobertura (34,2%) (PESQUISA REGIÃO E REDES, 2021).

Quanto à regionalização da atenção especializada, um estudo sobre os vazios assistenciais de consultas e serviços de apoio diagnóstico foi realizado, considerando a produção ambulatorial de consultas médicas e procedimentos no período de um ano. Analisaram-se as especialidades de dermatologia, gastroenterologia, hematologia, imunologia, infectologia, nefrologia, neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, pneumologia, proctologia, reumatologia e urologia, sendo verificados vazios assistenciais, sobretudo na macrorregião Norte (ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Na macrorregião Norte, na região das Araucárias, foram realizadas apenas consultas de otorrinolaringologia e nefrologia, porém, as especialidades menos descentralizadas no estado são imunologia e hematologia. As regiões de Verdes Campos, Capital Vale do Gravataí, Planalto e Sul prestaram assistência em todas as especialidades elencadas, cabendo destacar que, nestas, encontram-se municípios-sede de CRS. Quanto aos serviços de apoio diagnóstico, verifica-se maior distribuição regional, sendo observadas maiores carências na região Entre Rios e na região das Araucárias (ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2016).

A Pesquisa Região e Redes destaca que a realização de procedimentos ambulatoriais por complexidade se concentra na Região Capital Vale do Gravataí, onde se observa os maiores coeficientes de procedimentos de média (8.909,00 por mil habitantes) e alta complexidade (6.675,82 por mil habitantes) no ano de 2015. Por outro lado, há elevada discrepância entre os índices de procedimentos de média e alta complexidade em outras regiões. Tais achados indicam que, a despeito da busca pela regionalização de especialidades e procedimentos, ainda deve ocorrer a migração de usuários para regiões mais desenvolvidas e com equipamentos de saúde de maior

capacidade instalada em escala e escopo para realização de procedimentos mais complexos (PESQUISA REGIÃO E REDES, 2021).

Quanto à regionalização da assistência hospitalar, dados da Pesquisa Região e Redes verificam que, assim como os procedimentos ambulatoriais, a região da Capital Vale do Gravataí concentra o maior número de leitos (7.828). No entanto, ela abrange a região metropolitana de Porto Alegre e apresenta uma das maiores densidades populacionais do estado, de modo que o seu Coeficiente de Leitos (3,3 por mil habitantes) é inferior ao observado em regiões como Caminho das Águas cujo índice é de 4,5 por mil habitantes. Ainda assim, o cenário identificado no Rio Grande do Sul é mais favorável quando comparado à análise feita para o contexto brasileiro, em que se ponderou um estoque geral de leitos inferior a 2,1 por mil habitantes (VIANA *et al.*, 2018). Coeficientes inferiores a esse foram observados apenas em 6 das 30 regiões do estado.

A regulação do acesso aos serviços ambulatoriais tem maior autonomia regional, pois está sob gestão da Central de Regulação Estadual em parceria com 18 Centrais Regionais de Regulação (localizadas nas CRS) ou mesmo com as centrais municipais. Com maior grau de dependência, a regulação hospitalar é realizada exclusivamente pela Central de Regulação Estadual. Ainda assim, o acesso às consultas especializadas e a exames segue um modelo heterogêneo no estado. Para a oferta de Porto Alegre (sede da Região da Capital Vale do Gravataí e macrorregião Metropolitana), a regulação do acesso é compartilhada entre a Central de Marcação de Consultas e Exames de Porto Alegre (para residentes) e a Central de Regulação Estadual (para não residentes). Para a oferta de Canoas (também pertencente à macrorregião Metropolitana), a regulação é compartilhada com a central estadual e municipal a depender do procedimento; e para oferta de Caxias do Sul e Pelotas, a regulação do acesso é exclusivamente municipal.

A abrangência de cada central de regulação (municipal, regional ou estadual) corresponde à referência pactuada para cada serviço e área de atenção, podendo variar para cada procedimento regulado, entre os limites de uma região de saúde, CRS, macrorregião de Saúde ou até para todo o estado, a exemplo de procedimentos ofertados em Porto Alegre.

Tais configurações que moldam as regiões do estado agregam desafios para a gestão, os quais são mediados nas instâncias de pactuação. Em âmbito regional, as CIR foram implementadas em 2016 (Resolução nº

174/2016 – CIB/RS), tendo um papel importante no processo de tomada de decisão. Aponta-se como necessidade de avanço a participação mais ampla dos municípios e das áreas técnicas envolvidas nas discussões em pauta. Como perspectivas, o estado buscou a elaboração de Planos de Saúde Regionais das 30 regiões, a serem elaborados com representação do estado e dos municípios. Além disso, o fortalecimento da regionalização e das redes de saúde consta no mapa estratégico do Rio Grande do Sul, o qual considera como eixos primordiais para alcance desse objetivo: o monitoramento e a avaliação; a transparência e a participação; a governança e a inovação.

Classificação das Regiões de Saúde e Análise do Indicador de Desempenho

No estado do Rio Grande do Sul, observou-se que a maioria das regiões se enquadraram no grupo 3 (médio desenvolvimento socioeconômico e média/alta oferta de serviços), seguido por sete regiões no grupo 5 (alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços) e duas regiões no grupo 4 (alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços). Sobre o ISR, 7 regiões de saúde alcançaram escore final 4, e 15 apresentaram classificação 3, significando bom desempenho do sistema de saúde regional (tabela 2).

TABELA 2. **Indicador Sintético Regional (escore final e por dimensões) e tipologia das regiões de saúde do Rio Grande do Sul**

REGIÕES DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL	INDICADOR SINTÉTICO REGIONAL (ISR)							ESCORE FINAL	TIPOLOGIA DAS REGIÕES DE SAÚDE
	DIMENSÕES								
	COBERTURA	FINANCIAMENTO	RECURSOS HUMANOS		PRODUÇÃO DO SUS		CONDIÇÕES DE SAÚDE		
	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS eAB	DESPESA TOTAL EM SAÚDE POR HAB.	N. DE MÉDICOS POR MIL HAB.	PRODUÇÃO AMBULATORIAL POR MIL HAB.	% DA PRODUÇÃO AMBULATORIAL POR PRESTADOR PÚBLICO*	% DAS INTERNAÇÕES POR PRESTADOR PÚBLICO**	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL (MENORES DE 1 ANO) ***		
Verdes Campos	73,0	432,1	2,4	18.181,2	74,6	43,2	10,5	3	5
Entre Rios	87,8	549,4	1,1	19.103,3	882,9	3,7	10,2	2	3
Fronteira Oeste	67,2	381,5	1,1	12.392,8	73,8	0,0	14,7	1	3
Belas Praias	73,6	671,3	1,4	16.552,7	70,2	0,0	9,7	3	3

*Características do
Ambiente de Implantação
da Estratégia de
Planificação da Atenção
à Saúde*

REGIÕES DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL	INDICADOR SINTÉTICO REGIONAL (ISR)								ESCORE FINAL	TIPOLOGIA DAS REGIÕES DE SAÚDE
	DIMENSÕES									
	COBERTURA	FINANCIAMENTO	RECURSOS HUMANOS		PRODUÇÃO DO SUS		CONDIÇÕES DE SAÚDE			
	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS eAB	DESPESA TOTAL EM SAÚDE POR HAB.	N. DE MÉDICOS POR MIL HAB.	PRODUÇÃO AMBULATORIAL POR MIL HAB.	% DA PRODUÇÃO AMBULATORIAL POR PRESTADOR PÚBLICO*	% DAS INTERNAÇÕES POR PRESTADOR PÚBLICO**	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL (MENORES DE 1 ANO) ***			
Bons Ventos	81,8	711,2	1,2	19.456,6	77,0	59,1	10,4	4	3	
Vale do Paranhana e Costa da Serra	61,6	401,4	1,1	18.193,6	65,1	1,3	10,2	1	3	
Vale dos Sinos	66,5	677,7	1,5	11.654,0	73,0	57,0	10,9	3	4	
Vale do Café e Metropolitana	59,1	775,4	2,3	14.138,6	53,3	20,8	9,9	3	5	
Carbonífera/ Costa Doce	60,0	440,4	1,1	12.346,5	71,0	2,6	10,2	1	3	
Capital e Vale do Gravataí	60,1	742,4	3,6	20.409,8	74,6	49,3	9,3	4	5	
Sete Povos das Missões	80,6	486,0	1,1	15.517,5	69,1	0,0	10,7	2	3	
Portal das Missões	92,1	660,7	1,5	17.419,1	81,4	6,9	10,5	3	5	
Diversidade	90,0	744,2	1,5	17.668,5	75,8	0,0	8,8	3	3	
Fronteira Noroeste	89,1	803,1	1,1	20.354,8	74,0	0,6	10,7	3	3	
Caminho das Águas	99,4	635,8	1,0	14.727,6	65,2	0,5	11,3	3	3	
Alto Uruguai Gaúcho	87,3	631,2	1,5	25.800,7	91,1	74,8	10,7	4	3	
Planalto	64,3	584,0	2,8	21.799,7	71,9	1,7	11,4	3	5	
Araucárias	85,3	624,0	0,9	10.171,5	70,4	0,0	11,8	3	3	
Botucaraí	92,8	544,2	0,8	10.059,7	71,4	0,0	15,5	1	3	
Rota de Produção	89,5	665,8	0,8	19.708,6	80,8	0,0	11,1	3	3	
Sul	74,3	530,6	2,1	20.443,0	77,2	19,9	13,6	3	3	
Pampa	62,2	428,9	1,2	15.717,2	73,2	2,4	14,9	1	3	

REGIÕES DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL	INDICADOR SINTÉTICO REGIONAL (ISR)							ESCORE FINAL	TIPOLOGIA DAS REGIÕES DE SAÚDE
	DIMENSÕES								
	COBERTURA	FINANCIAMENTO	RECURSOS HUMANOS	PRODUÇÃO DO SUS		CONDIÇÕES DE SAÚDE			
	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS eAB	DESPESA TOTAL EM SAÚDE POR HAB.	N. DE MÉDICOS POR MIL HAB.	PRODUÇÃO AMBULATORIAL POR MIL HAB.	% DA PRODUÇÃO AMBULATORIAL POR PRESTADOR PÚBLICO*	% DAS INTERNAÇÕES POR PRESTADOR PÚBLICO**	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL (MENORES DE 1 ANO) ***		
Caxias e Hortências	62,3	778,7	3,0	16.806,3	70,2	0,0	11,1	3	5
Campos de Cima da Serra	100,0	779,8	1,2	9.466,2	70,7	1,5	13,0	3	3
Vinhedos e Basalto	78,2	779,0	2,2	14.369,7	81,3	0,0	10,6	4	5
Uva Vale	81,9	673,8	0,8	22.120,4	82,0	0,0	13,5	3	4
Jacuí Centro	70,5	569,6	1,3	19.860,9	83,6	0,0	11,8	1	3
Vinte e oito	73,1	771,1	1,6	22.171,5	77,3	9,6	11,5	4	3
Vales e Montanhas	91,4	841,2	1,7	15.079,8	69,3	0,0	10,5	4	3
Vale da Luz	77,4	562,9	1,7	27.305,1	83,6	0,0	8,6	4	3

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA, A PARTIR DOS DO BANCO DE INDICADORES DA PESQUISA REGIÃO E REDES (PESQUISA REGIÃO E REDES, 2021);

LEGENDA: EAB – EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA; HAB. – HABITANTE; SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

* % DA PRODUÇÃO AMBULATORIAL POR PRESTADOR PÚBLICO NO TOTAL DA PRODUÇÃO AMBULATORIAL.

** % DAS INTERNAÇÕES POR PRESTADOR PÚBLICO NO TOTAL DAS INTERNAÇÕES.

*** TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL- MENORES DE 1 ANO (EM 1.000 NASCIDOS VIVOS).

REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE EM RONDÔNIA

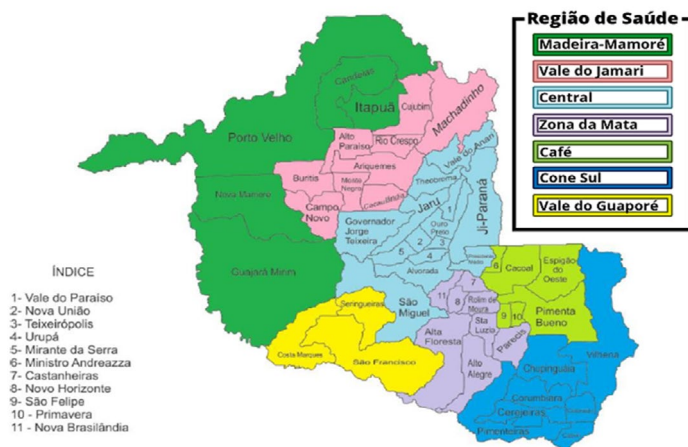
A sistematização do processo de regionalização do estado de Rondônia foi baseada na Resolução nº 087/CIB/RO, de 8 de maio de 2014, que aprova a conformação das regiões de saúde do estado (GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA, 2014), bem como no PES (ESTADO DE RONDÔNIA, 2017), no Relatório Anual de Gestão (GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA, 2018) e no Plano Estratégico de Rondônia (GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA, 2019).

Organização do Território em Regiões e Marco Legal

O processo de regionalização da saúde no estado de Rondônia foi efetuado pela CIB em parceria com a Secretaria de Saúde do estado de Rondônia e o COSEMS. Por intermédio da Resolução nº 087/2014 – CIB/RO, que segue as diretrizes do Decreto nº 7.508/2011, Rondônia foi dividida geograficamente em sete regiões de saúde, por onde parte a organização do fluxo do assistencial no estado, sendo estas compostas pelos municípios rondonienses (figura 3 e quadro 5) (GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA, 2014).

Características do Ambiente de Implantação da Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde

FIGURA 3. Distribuição das regiões de saúde do estado de Rondônia



FONTE: ADAPTADO DE GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA (2018).

QUADRO 5. Municípios por região de saúde do estado de Rondônia

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO
Vale do Jamari	Rio Crespo, Monte Negro, Machadinho do Oeste, Ariquemes, Cacaulândia, Cujubim, Buritis, Alto Paraíso e Campo Novo de Rondônia.	222.668
Café	Ministro Andreazza, São Felipe D'Oeste, Cocal, Primavera de Rondônia, Pimenta Bueno e Espigão D'Oeste.	161.019
Central	Alvorada D'Oeste, Presidente Medici, Governador Jorge Teixeira, Vale do Anari, Jaru, São Miguel do Guaporé, Vale do Paraíso, Ji-Paraná, Teixeiraópolis, Theobroma, Nova União, Urupá, Mirante da Serra e Ouro Preto do Oeste.	340.401

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO
Madeira-Mamoré	Guajará-Mirim, Porto Velho, Itapuã do Oeste, Nova Mamoré e Candeias do Jamari.	521.074
Zona da Mata	Rolim de Moura, Nova Brasilândia do Oeste, Alta Floresta D'Oeste, Castanheiras, Parecis, Novo Horizonte, Santa Luzia do Oeste e Alto Alegre dos Parecis.	135.241
Cone Sul	Cabixi, Vilhena, Chupinguaia, Corumbiara, Pimenteiras do Oeste, Cerejeiras e Colorado do Oeste.	147.342
Vale do Guaporé	Costa Marques, São Francisco do Guaporé e Seringueiras.	41.342
População de Rondônia		1.569.087

FONTE: ADAPTADO DE RONDÔNIA (2014).

O PES de Rondônia, também embasado nas diretrizes do Decreto nº 7.508/2011, orientou as ações de saúde no estado entre os anos de 2016 e 2019. Dessa forma, traçou metas prioritárias visando aumentar o acesso da população aos serviços de saúde, reduzir os vazios assistenciais e garantir a integralidade do cuidado à população usuária do SUS por intermédio da constituição de redes temáticas. Juntamente com as medidas de organização e divisão do território em regiões de saúde, houve o investimento estadual para aquisição de materiais e equipamentos para abastecimento das unidades de média e alta complexidade, contratação de profissionais de saúde por meio de concurso público e investimento na qualificação dos profissionais que já compunham a rede.

Para a conformação da Rede de Atenção à Saúde do estado e identificação de necessidades para priorização dos investimentos, a SES de Rondônia, com apoio do Ministério da Saúde, elaborou a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS). Essa programação baseou-se na economia de escala e escopo do estado para definir a alocação regional de recursos financeiros destinados à oferta de ações e serviços de saúde. Esse documento foi elaborado a partir dos contextos municipais e é utilizado em consonância com a Programação Anual de Saúde dos municípios, compartilhando dos seus objetivos e metas, bem como do fluxo de referência e contrarreferência estipulados pela rede. A PGASS deve abranger ações voltadas para promoção e assistência à saúde, e ações de vigilância em saúde. Além disso, experiências adquiridas na

elaboração da Programação Pactuada Integrada (PPI) e na organização das regiões de saúde são norteadoras para a identificação de necessidades de saúde da população, a partir das pactuações e ações realizadas em anos anteriores.

Aponta-se como desafio para a organização da Rede de Atenção à Saúde de Rondônia o fato de a maioria de seus municípios não apresentar suficiência para garantir a integralidade do cuidado, o que reforça a necessidade de um arranjo assistencial com serviços de saúde fortemente articulados. Logo, é fundamental a articulação entre os entes federativos, a elaboração de instrumentos jurídico-administrativos para gerir os serviços, transferir recursos e, sobretudo, garantir o estabelecimento de mecanismos de referência e contrarreferência.

Em Rondônia, a conformação de redes temáticas se iniciou com a Rede de Urgência e Emergência, no ano de 2011, tendo em vista a grande demanda do estado de atendimento nesse âmbito. Posteriormente, foram constituídos grupos condutores estaduais e regionais para instauração das demais redes temáticas (Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência e às Doenças Crônicas, entre outras), fortalecendo a organização de um modelo de atenção direcionado à intersectorialidade do cuidado e à integralidade da atenção à saúde. Nesse processo, ressalta-se o forte componente participativo, mediante o pleno envolvimento de gestores, sociedade civil, CIR e CIB, com vistas a instaurar uma rede articulada, que contemplasse o território estadual de forma contínua e resolutiva.

A reorganização de redes temáticas não deve comprometer ou diminuir o protagonismo da APS como ordenadora do cuidado. Uma das medidas estratégicas tomadas pela gestão foi o apoio ao primeiro nível de atenção, coordenado pelas Gerências Regionais de Saúde que utilizaram o Programa Estadual de Melhoria da Qualidade do Acesso de Rondônia como instrumento orientador (ESTADO DE RONDÔNIA, 2017).

No que consiste à rede estadual de média e alta complexidade assistencial, Rondônia conta com ambulatórios especializados e hospitais que são referência estadual, interestadual (para os estados do Acre, Amazonas, e Mato Grosso) e internacional (para a Bolívia), capazes de atender aos casos vinculados às redes temáticas implantadas no esta-

do; bem como hospitais de referência regional e hospitais de referência microrregional (GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA, 2018).

Preocupando-se com o planejamento das ações em saúde, o governo do estado de Rondônia desenvolveu o Plano Estratégico Rondônia 2019-2023, que é um documento no qual são elencados os desafios e as metas para o governo estadual em conjunto com a gestão dos municípios. No que diz respeito ao setor saúde, a implantação de um complexo regulatório hospitalar e a ampliação da cobertura assistencial da Rede de Atenção à Saúde são pretendidas pela gestão. Como desafios, foram elencadas: a melhoria na prevenção e diagnóstico precoce de doenças; a ampliação da cobertura por parte da rede materno-infantil, com objetivo de minimizar o número de óbitos de mulheres em idade fértil e de crianças menores de 1 ano; e a regulação de filas de espera para orientar o acesso dos usuários aos serviços prestados (GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA, 2019).

Classificação das Regiões de Saúde e Análise do Indicador de Desempenho

Na análise das condições socioeconômicas e de saúde no estado de Rondônia, verificou-se que três regiões atingiram nota 1 (baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços), seguido por duas regiões que atingiram nota 2 (médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços) e duas regiões com nota 3 (médio desenvolvimento socioeconômico e média/alta oferta de serviços). Sobre o ISR, apenas duas regiões apresentaram escore final 3, e as demais alcançaram a classificação 1 ou 2, o que remete à necessidade de aprimorar o desempenho do sistema de saúde regional nesse estado (tabela 3).

TABELA 3. **Indicador Sintético Regional (score final e por dimensões) e tipologia das regiões de saúde de Rondônia**

REGIÕES DE SAÚDE DE RONDÔNIA	INDICADOR SINTÉTICO REGIONAL (ISR)								TIPOLOGIA DAS REGIÕES DE SAÚDE
	DIMENSÕES								
	COBERTURA	FINANCIAMENTO	RECURSOS HUMANOS		PRODUÇÃO DO SUS		CONDIÇÕES DE SAÚDE	SCORE FINAL	
	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS eAB	DESPESA TOTAL EM SAÚDE POR HAB.	N. DE MÉDICOS POR MIL HAB.	PRODUÇÃO AMBULATORIAL POR MIL HAB.	% DA PRODUÇÃO AMBULATORIAL POR PRESTADOR PÚBLICO*	% DAS INTERNAÇÕES POR PRESTADOR PÚBLICO**	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL (MENORES DE 1 ANO) ***		
Vale do Jamari	66,3	436,6	0,6	14.249,7	93,7	97,5	11,2	2	1
Café	61,6	466,5	1,7	19.916,9	81,9	100,0	15,3	1	3
Central	90,2	443,3	0,7	16.178,5	89,7	99,3	14,0	2	2
Madeira-Ma- moré	64,1	475,1	1,7	27.276,9	86,2	89,0	13,8	1	3
Zona da Mata	86,4	548,2	0,6	31.158,4	100,0	100,0	11,7	3	1
Cone Sul	97,5	734,0	0,9	13.612,3	95,8	100,0	15,0	3	2
Vale do Guaporé	87,4	449,2	0,5	29.465,9	100,0	100,0	15,1	2	1

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA, A PARTIR DOS DO BANCO DE INDICADORES DA PESQUISA REGIÃO E REDES (PESQUISA REGIÃO E REDES, 2021);

LEGENDA: EAB – EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA; HAB. – HABITANTE; SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

* % DA PRODUÇÃO AMBULATORIAL POR PRESTADOR PÚBLICO NO TOTAL DA PRODUÇÃO AMBULATORIAL.

** % DAS INTERNAÇÕES POR PRESTADOR PÚBLICO NO TOTAL DAS INTERNAÇÕES.

*** TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL- MENORES DE 1 ANO (EM 1.000 NASCIDOS VIVOS).

REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE EM GOIÁS E NO DISTRITO FEDERAL

As informações referentes ao processo de regionalização do estado de Goiás foram obtidas da página virtual da SES (GOVERNO DE GOIÁS, 2021), na qual estão disponíveis dados sobre a organização e distribuição das regiões de saúde no território do estado, sendo analisado ainda o PDR/GO (GOVERNO DE GOIÁS, 2014).

Para caracterizar a regionalização do Distrito Federal, foram analisadas informações do Decreto nº 31.625/2010, que institui o programa de descentralização progressiva de ações de saúde; do Decreto nº 37.057/2016, que dispõe sobre a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito

Federal; do Decreto nº 38.982/2018, que altera a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; da Lei nº 6.359/2019, que cria a Região Administrativa do Sol Nascente/Pôr do Sol; e do Plano Distrital de Saúde 2020-2023 (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2019).

Organização do Território em Regiões e Marco Legal de Goiás

Os 246 municípios de Goiás são distribuídos em 5 macrorregiões, 18 regiões de saúde e 18 sedes administrativas estaduais, que contam com CIR implantadas (quadros 6 e 7, figura 4).

QUADRO 6. **Disposição das macrorregiões, regiões e população adscrita do estado de Goiás. 2021**

MACRORREGIÕES	REGIÕES	POPULAÇÃO
Centro-Oeste (2.210.127 habitantes)	Central	1.781.530
	Rio Vermelho	199.333
	Oeste I	116.841
	Oeste II	112.423
Centro-Sudeste (1.379.845 habitantes)	Centro Sul	849.421
	Estrada de Ferro	286.433
	Sul	243.991
Centro-Norte (1.089.198 habitantes)	Pirineus	488.380
	São Patrício I	167.159
	São Patrício II	167.391
	Norte	140.321
	Serra da Mesa	125.947
Nordeste (1.207.393 habitantes)	Entorno Sul	812.707
	Entorno Norte	248.821
	Nordeste I	45.686
	Nordeste II	100.179
Sudoeste (635.709 habitantes)	Sudoeste I	420.427
	Sudoeste II	215.282
População de Goiás		6.522.272

FONTE: GOVERNO DE GOIÁS (2021).

QUADRO 7. **Municípios por região de saúde do estado de Goiás. 2021**

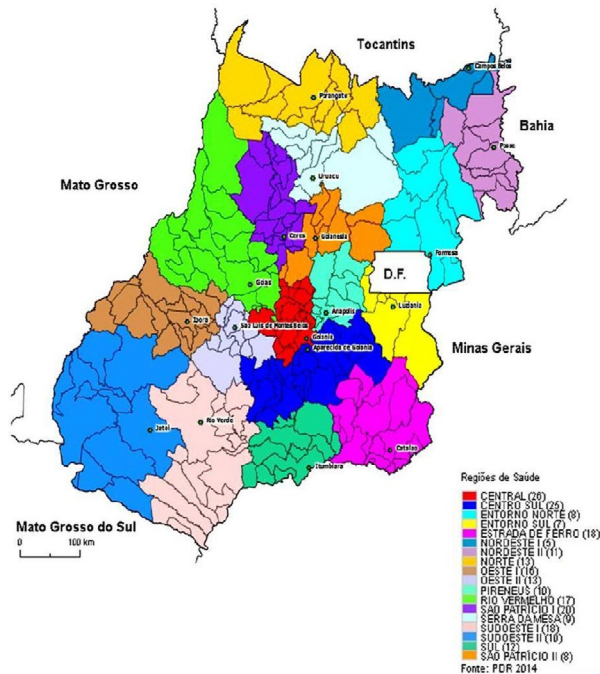
REGIÕES	MUNICÍPIOS
Central	Abadia de Goiás, Anicuns, Araçu, Avelinópolis, Brazabrantes, Campestre de Goiás, Caturaí, Damolândia, Goiânia, Goianira, Guapo, Inhumas, Itaguari, Itauçu, Jesúpolis, Nazário, Nerópolis, Nova Veneza, Ouro Verde de Goiás, Petrolina de Goiás, Santa Bárbara de Goiás, Santa Rosa de Goiás, Santo Antonio de Goiás, São Francisco de Goiás, Taquaral de Goiás e Trindade.
Rio Vermelho	Americano do Brasil, Araguapaz, Aruanã, Britânia, Faina, Goiás, Guaraita, Heitorá, Itaberaí, Itapirapuã, Itapuranga, Jussara, Matrinchã, Mossâmedes, Mozarlândia, Nova Crixás e Santa Fé de Goiás.
Oeste I	Amerinópolis, Aragarças, Arenópolis, Baliza, Bom Jardim de Goiás, Diorama, Fazenda Nova, Israelândia, Ivolândia, Jaupaci, Moiporá, Montes Claros de Goiás, Novo Brasil, Palestina de Goiás e Piranhas.
Oeste II	Cachoeira de Goiás, São Luis de Montes Belos, Adelândia, Aurilândia, Buriti de Goiás, Cachoeira de Goiás, Córrego do Ouro, Firminópolis, Palmeiras de Goiás, Palminópolis, Paraúna, São João da Paraúna, São Luis de Montes Belos, Sancerlândia e Turvânia.
Centro Sul	Aparecida de Goiânia, Aragoiânia, Bela Vista de Goiás, Bonfinópolis, Caldazinha, Cezarina, Cristianópolis, Cromínia, Edealina, Edéia, Hidrolândia, Indiara, Jandaia, Leopoldo de Bulhões, Mairipotaba, Orizona, Piracanjuba, Pontalina, Professor Jamil, São Miguel do Passa Quatro, Senador Canedo, Silvânia, Varjão Vianópolis e Vicentinópolis.
Estrada de Ferro	Ananguera, Caldas Novas, Campo Alegre de Goiás, Catalão, Corumbaíba, Cumari, Davinópolis, Goiandira, Ipameri, Marzagão, Nova Aurora, Ouvidor, Palmeiro, Pires do Rio, Rio Quente, Santa Cruz de Goiás, Três Ranchos e Urutaí.
Sul	Água Limpa, Aloândia, Bom Jesus de Goiás, Buriti Alegre, Cachoeira Dourada, Goiatuba, Gouvelândia, Inaciolândia, Itumbiara, Joviânia, Morrinhos e Panamá.
Pirineus	Abadiânia, Alexânia, Anápolis, Campo Limpo, Cocalzinho de Goiás, Corumbá de Goiás, Gameleira de Goiás, Goianópolis, Pirenópolis e Terezópolis de Goiás.
São Patrício I	Campos Verdes, Carmo do Rio Verde, Ceres, Crixás, Guarinos, Ipiranga de Goiás, Itapaci, Morro Agudo de Goiás, Nova América, Nova Glória, Pilar de Goiás, Rialma, Rianópolis, Rubiataba, Santa Isabel, São Luiz do Norte, São Patrício, Santa Terezinha de Goiás, Uirapuru e Uruana.
São Patrício II	Barros Alto, Goianésia, Itaguaru, Jaraguá, Mimoso de Goiás, Padre Bernardo, Santa Rita do Novo Destino e Vila Propício.
Entorno Norte	Bonópolis, Campinaçu, Estrela do Norte, Formoso, Minaçu, Montividiu do Norte, Mundo Novo, Mutunópolis, Novo Planalto, Porangatu, Santa Tereza de Goiás, São Miguel do Araguaia e Trombas.
Serra da Mesa	Alto Horizonte, Amaralina, Campinorte, Colinas do Sul, Hidrolina, Mara Rosa, Niquelândia, Nova Iguaçu de Goiás e Uruaçu
Entorno Sul	Águas Lindas de Goiás, Cidade Ocidental, Cristalina, Luziânia, Novo Gama, Santo Antonio do Descoberto e Valparaíso de Goiás.

Características do Ambiente de Implantação da Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde

REGIÕES	MUNICÍPIOS
Entorno Norte	Água Fria de Goiás, Alto Paraíso, Cabeceiras, Flores de Goiás, Formosa, Planaltina, São João D'Aliança e Vila Boa.
Nordeste I	Campos Belos, Cavalcante, Divinópolis de Goiás, Monte Alegre de Goiás e Teresina de Goiás.
Nordeste II	Alvorada do Norte, Buritinópolis, Damianópolis, Guarani de Goiás, Iaciara, Mambaí, Nova Roma, Posse, São Domingos, Simolândia e Sítio D'Abadia.
Sudoeste I	Acreúna, Aparecida do Rio Doce, Cachoeira Alta, Caçu, Castelândia, Itajá, Itarumã, Lagoa Santa, Maurilândia, Montividiu, Paranaiguara, Porteirão, Quirinópolis, Rio Verde, São Simão, Santa Helena de Goiás, Santo Antonio da Barra e Turvelândia.
Sudoeste II	Aporé, Caiapônia, Chapadão do Céu, Doverlândia, Jataí, Mineiros, Perolândia, Portelândia, Serranópolis e Santa Rita do Araguaia.

FONTE: GOVERNO DE GOIÁS (2021).

FIGURA 4. Distribuição das macrorregiões em saúde do estado de Goiás e suas respectivas regiões de saúde



FONTE: PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DE GOIÁS (2014).

Embora o histórico da regionalização do estado tenha iniciado na década de 1960, quando foi proposta a regionalização do setor saúde em seu Plano de Desenvolvimento do Estado, foi somente com a edição da NOAS 01/2001 que se efetivou a elaboração do PDR, enviado ao Ministério da Saúde em 2004. Sua última revisão foi feita em 2014, conformando o desenho acima descrito.

O primeiro PDR do estado de Goiás foi fruto de uma ampla discussão com os municípios e com setores envolvidos, com o objetivo de atender às diretrizes estabelecidas pela NOAS/01, que preconiza o ordenamento do processo de regionalização da saúde nos estados, fundado na conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, com a ampliação do processo de descentralização e municipalização, bem como o estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contrarreferência intermunicipais que possibilitem a integralidade da assistência e o acesso universal da população aos serviços de saúde, de modo a atender às suas necessidades o mais próximo possível do local de residência.

Goiás, em relação a outros estados da federação, possui uma situação singular: a proximidade de alguns de seus municípios com o Distrito Federal (DF). Essa proximidade fez com que fosse formada uma região de influência imediata, denominada Entorno do DF, em especial, nos municípios caracterizados como aglomerados populacionais, “cidades dormitórios”, fornecedores de mão de obra pouco qualificada para Brasília, com baixo dinamismo econômico e expressiva relação de dependência com o DF. Essa relação de dependência, concomitantemente aos precários ou mesmo insuficientes serviços públicos prestados, acarretou ao DF a imposição de acolher a demanda não atendida em Goiás.

Esse grau de dependência econômica e social dos municípios inseridos nas regiões do Entorno do DF decorre de um ciclo que vem se perpetuando e intensificando por conta, principalmente, de um modelo de gestão que desconsiderou a integração das ações conjuntas, o que poderia ter como solução alternativa a conformação de pactuações interestaduais, ou a conformação de regiões de saúde interestaduais, com municípios pertencentes ao DF e a Goiás.

Percebe-se assim que, por melhor que tenha sido o desenho do PDR de Goiás, a falta de articulação com o governo do DF não supriu as iniquidades e as dificuldades de acesso da população que vive nos municípios do

entorno aos serviços e ações de saúde. Criou-se, assim, um gargalo no que tange à prestação de ações e serviços, bem como na gestão do sistema de saúde das duas localidades.

Outra questão que merece ser destacada, a qual foi indutora do processo de regionalização no estado, diz respeito à concentração dos serviços de saúde na capital, enquanto municípios mais distantes ficavam mais desassistidos. Essa realidade era fruto de um modelo no qual as necessidades efetivas da população não foram levadas em consideração e os serviços foram credenciados desvinculados de um planejamento mais global. A consequência foi uma inadequada distribuição dos serviços, com dificuldades no seu acesso e impossibilidade de efetivo sistema de referência e contrarreferência, determinando, assim, deslocamentos constantes dos usuários.

As distorções apresentadas, portanto, indicavam a necessidade de reestruturação desse modelo, estabelecendo um sistema de saúde que realmente ampliasse a equidade do acesso às ações e serviços de saúde, nos diferentes níveis de complexidade da assistência. Para tanto, apontou-se como relevante adotar a regionalização como estratégia orientadora da ampliação e qualificação da atenção básica, da organização hierarquizada da atenção de média e alta complexidade, do fortalecimento da capacidade de gestão, com definições claras de responsabilidade e prerrogativas das partes envolvidas nos termos de compromisso de garantia de acesso, com a otimização dos recursos existentes em todo território e nas diversas esferas de governo.

Com a finalidade de elaborar um plano de regionalização da saúde no estado de Goiás contemplasse uma lógica de planejamento que envolvesse os municípios na definição de espaços regionais/microrregionais de assistência à saúde, dos fluxos de referência, bem como dos investimentos para a conformação de sistemas de saúde resolutivos e funcionais, optou-se por iniciar esse processo a partir de estudo pré-formulado que propôs a estruturação e a implantação de um novo modelo de saúde no estado.

O modelo proposto previa a implantação de 13 subsecretarias de saúde com Centros Regionais de Referência, em substituição as 22 Regionais de Saúde em funcionamento até o momento, abrangendo o território estadual, com a inserção de todos os municípios. Para a definição dessa proposta, foram observados: o perfil socioeconômico, demográfico e epidemiológico da população; os problemas de saúde prioritários, entre

outros. Entretanto, o número de municípios não foi considerado relevante, variando bastante entre as regiões propostas.

A análise da distribuição espacial da população foi observada, para garantia de cobertura de ações e serviços de saúde, por área geográfica, incluindo os recursos físicos, humanos e financeiros disponíveis e necessários, para que seja otimizada a organização do sistema e futuros investimentos, visando à garantia do acesso e à distribuição equânime de recursos. O passo seguinte para a elaboração do plano em questão foi a discussão desse processo em várias reuniões com a equipe técnica da SES, que optou por manter a divisão territorial já definida e pactuada entre os gestores municipais, acrescentando apenas a macrorregião Goiânia que não havia sido incluída na proposta anterior, denominando a todas, a partir de então, de Regiões de Saúde.

Feito isso, procedeu-se ao levantamento minucioso de toda a capacidade instalada da rede de serviços de saúde cadastrada no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Sistema de Informação Hospitalar (SIH) existente nos municípios, à análise da PPI e da programação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), ao estudo detalhado dos fluxos de usuários, das características geográficas, da distância e do tempo para acesso a serviços, e ainda o tipo de habilitação e a situação dos Conselhos Municipais de Saúde em cada município.

Posteriormente, foi formada uma comissão de técnicos da SES, com representantes do COSEMS, responsável pela elaboração do PDR, que estabeleceu e propôs os critérios para sua elaboração. Tais critérios foram apresentados em reunião ao COSEMS para discussão e aprovação. Seguidamente, foram pactuados em reunião ordinária da CIB. Com os critérios definidos e de posse do diagnóstico situacional, a comissão elaborou uma proposta de regionalização, fruto de um processo de ampla discussão.

A proposta foi inicialmente apresentada à equipe do Departamento de Descentralização e Gestão do Ministério da Saúde juntamente com o presidente em exercício do COSEMS, e, mais adiante, aos representantes dos estados na reunião da macrorregião Centro-Oeste, em Brasília. Nesses encontros, foram feitas observações pontuais e algumas alterações na proposta inicial. Em duas outras oportunidades, expôs-se o desenho para a clientela-alvo que era constituída por prefeitos, secretários municipais de saúde e seus assessores; e, em outro encontro, com secretários municipais e técnicos, além das equipes técnicas das diversas áreas da SES.

Em seguida, iniciou-se o processo de pactuação da proposta em reuniões regionais com os gestores e técnicos municipais, de acordo com cronograma preestabelecido. Todas as sugestões de alteração na proposta inicial foram amplamente discutidas, analisadas, conforme os critérios, e acatadas pela equipe responsável pela elaboração do PDR. Findado o processo de elaboração do PDR, ele foi apresentado à CIB e pactuado conforme Resoluções nº 040/2001 – CIB/GO, de 30 de julho de 2001 – e nº 067/2001 – CIB/GO, de 27 de dezembro de 2001. Considerando a dinâmica desse processo, o desenho do PDR sofreu algumas alterações necessárias à adequação dos critérios antes estabelecidos na constituição das regiões de saúde.

Organização do Território em Regiões e Marco Legal do Distrito Federal

No DF, o primeiro movimento de incentivo à descentralização ocorreu em 2010, com o Decreto nº 31.625, de 29 de abril de 2010, que instituiu o Programa de Descentralização Progressiva de Ações de Saúde (PDPAS). Porém, essa iniciativa ficou atrelada apenas ao repasse de recursos financeiros, sem o acompanhamento de metas e resultados no âmbito assistencial. Essa estratégia, associada ao projeto de desenvolvimento de redes e contratualização de serviços, desenvolvido no período de 2011 a 2014, conformou as bases conceituais, metodológicas e práticas para a proposição do Programa de Regionalização da Saúde.

Em 2016, a partir do Decreto nº 37.057, o DF passa a ser organizado em sete Regiões de Saúde, sendo elas: Oeste, Sudoeste, Sul, Centro-Norte, Norte, Centro-Sul e Leste (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2016). Em 2018, com o Decreto nº 38.982, essa organização sofreu nova atualização, mantendo-se a divisão do território em sete regiões, porém, a Região de Saúde Centro-Norte deixou de existir, dando espaço para a Região Central, sendo mantidas as demais (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2018).

Ainda no que diz respeito à organização territorial, é importante ponderar que o DF é uma UF que, constitucionalmente, possui competências legais de estado e município, o que impede a constituição de municípios e impõe que a divisão territorial seja organizada por Regiões Administrativas (BRASIL,

1988). Desse modo, com uma população de 2,9 milhões de habitantes, as 7 regiões de saúde são compostas territorialmente por 33 Regiões Administrativas, conforme apresentam a figura 5 e o quadro 8 (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2019).

FIGURA 5. **Mapa das Regiões de Saúde do Distrito Federal**



FONTE: ADAPTADO DE GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL (2019).

QUADRO 8. **Distribuição das Regiões Administrativas nas sete Regiões de Saúde do Distrito Federal**

REGIÃO DE SAÚDE	REGIÕES ADMINISTRATIVAS
Central (436.912 habitantes)	Brasília (Asa Norte)
	Brasília (Asa Sul)
	Cruzeiro
	Lago Sul
	Lago Norte
	Sudoeste/Octogonal
	Varjão
Centro-Sul (315.342 habitantes)	Núcleo Bandeirante
	Guará
	Riacho Fundo I
	Candangolândia

REGIÃO DE SAÚDE	REGIÕES ADMINISTRATIVAS
Centro-Sul (cont.) (315.342 habitantes)	Riacho Fundo II
	Park Way
	Setor Complementar de Indústria e Abastecimento – SCIA (Estrutural)
	Setor de Indústria e Abastecimento – SIA
Norte (378.729 habitantes)	Sobradinho I
	Planaltina
	Sobradinho II
	Fercal
Sul (290.226 habitantes)	Gama
	Santa Maria
Leste (231.167 habitantes)	Paranoá
	São Sebastião
	Jardim Botânico
	Itapoã
Oeste (526.871 habitantes)	Brazlândia
	Ceilândia
	Sol Nascente/Pôr do Sol
Sudoeste (792.962 habitantes)	Taguatinga
	Samambaia
	Recanto das Emas
	Águas Claras
	Vicente Pires

FONTE: GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL (2018, 2019).

Sob o ponto de vista da gestão, até 2015, a SES/DF era organizada por subsecretarias e coordenações, que exerciam um modelo de gestão centralizado e com limites de responsabilidades indefinidos, dificultando o cumprimento dos princípios e diretrizes legais, sobretudo no que se refere ao processo de regionalização. Sendo assim, para cumprimento das suas competências e execução de suas atividades, a SES/DF foi reestruturada

em Administração Central (ADMC), Superintendências das Regiões de Saúde (SRS) e Unidades de Referência Distrital (URD). À ADCMC, foi conferido o papel de gestão estadual (normatização e controle da rede assistencial), e às sete superintendências, coube a função de gestão municipal (execução das ações e serviços compatíveis às singularidades locais). Nesse ínterim, ainda foram estabelecidas estruturas organizacionais para os hospitais especializados que passaram a ser denominados de URD. Em 2016, a instituição do Programa de Gestão Regionalizada (Decreto nº 37.057/2016) buscou fortalecer a descentralização das ações e serviços de saúde por meio de Acordos de Gestão que tinham como propósito corresponsabilizar a ADCMC e as SRS no que se refere ao alcance de metas e resultados.

A modelagem da Rede de Atenção à Saúde do DF é definida mediante a delimitação das regiões de saúde e sua população, tendo a APS como ordenadora do cuidado. Nesse sentido, o fortalecimento desse nível de atenção ganha destaque em 2017, mediante a implantação do Projeto de Conversão da Atenção Primária para a Estratégia Saúde da Família (Projeto CONVERTE-APS), que, para além de estabelecer normas e prazos, reforçou a necessidade de fortalecimento dos demais níveis de atenção para que a integração do cuidado fosse garantida.

A Atenção Ambulatorial Especializada é composta por serviços ambulatoriais, presentes nos ambulatórios hospitalares de especialidades e nas policlínicas, evidenciados por assistência diagnóstica e terapêutica de média complexidade. A efetividade desse nível assistencial relaciona-se com o amadurecimento das estratégias de fortalecimento da APS, sendo relevante destacar que o desenvolvimento do CONVERTE-APS chamou atenção para as seguintes questões: fragmentação assistencial, ausência de diagnóstico e informações de produtividade e de recursos humanos dos serviços existentes, experiências isoladas de regulação em determinadas regiões de saúde, falta de integração entre as regiões e entre os níveis de atenção em uma mesma região, ausência de padronização de protocolos com critérios de encaminhamento, serviços médico-centrados. Associado a esse diagnóstico, até 2017, os serviços ambulatoriais do DF não apresentavam padrão de organização administrativa, o que aconteceu no referido ano, a partir reestruturação de cargos para criação de uma Diretoria Regional de Atenção Secundária.

A necessidade de promover a integração entre a APS e a Atenção Especializada é um desafio para a gestão do SUS. Dessa forma, foi estruturado o Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal e suas Centrais de Regulação para a execução de um processo regulatório de acesso baseado no desenvolvimento de panoramas de oferta de serviços de saúde e no modelo de regionalização do DF. A organização da assistência em RAS comporta as principais redes temáticas: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Condições Crônicas, Rede de Atenção Psicossocial e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

A regionalização ainda está se consolidando no DF, e os próximos passos previstos são: a) Assinatura dos Acordos de Gestão Regional, Acordos Internos das unidades de saúde complexas, em especial, os hospitais; b) Aperfeiçoamento do mecanismo de descentralização financeira realizada por meio do PDPAS, no sentido de regulamentar as aquisições nas Superintendências e revisar o modelo de alocação de recursos para Regiões e URD; e c) Aperfeiçoamento do processo de monitoramento e avaliação do desempenho das regiões de saúde após os acordos de gestão.

Classificação das Regiões de Saúde e Análise do Indicador de Desempenho do Estado de Goiás e do Distrito Federal

Na análise da tipologia segundo condições socioeconômicas e oferta e complexidade de serviços para Goiás, apenas a região Central classificou-se no grupo 5 (alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços), seguida da região Estrada de Ferro no grupo 4, indicando as regiões mais desenvolvidas no estado. As demais atingiram notas entre 1 e 3, que variam de baixo a médio desenvolvimento socioeconômico e de baixa a média oferta de serviços. Quanto ao ISR, a região Sul alcançou o escore máximo (5), e entre as demais, oito apresentaram nota 4, e sete, nota 3. Quanto ao DF, a situação observada na tipologia das condições socioeconômicas e oferta de serviços enquadrou-se no grupo 5 contrastando com o índice desempenho ISR 3 considerado médio (tabela 4).

TABELA 4. **Indicador Sintético Regional (escore final e por dimensões) e tipologia das regiões de saúde de Goiás e do Distrito Federal**

REGIÕES DE SAÚDE DE GOIÁS E DO DISTRITO FEDERAL	INDICADOR SINTÉTICO REGIONAL (ISR)							ESCORE FINAL	TIPOLOGIA DAS REGIÕES DE SAÚDE
	DIMENSÕES								
	COBERTURA	FINANCIAMENTO	RECURSOS HUMANOS		PRODUÇÃO DO SUS		CONDIÇÕES DE SAÚDE		
	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS eAB	DESPESA TOTAL EM SAÚDE POR HAB.	N. DE MÉDICOS POR MIL HAB.	PRODUÇÃO AMBULATORIAL POR MIL HAB.	% DA PRODUÇÃO AMBULATORIAL POR PRESTADOR PÚBLICO*	% DAS INTERNAÇÕES POR PRESTADOR PÚBLICO**	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL (MENORES DE 1 ANO) ***		
Sul	74,6	563,7	1,1	29.810,5	96,1	81,8	15,3	5	3
Estrada de Ferro	77,8	719,1	1,2	19.152,0	88,6	40,3	15,1	4	4
Nordeste I	86,5	606,9	0,6	9.566,5	100,0	100,0	15,6	4	1
Nordeste II	79,0	529,6	0,4	28.662,7	99,9	100,0	15,8	4	1
Norte	79,9	671,3	0,6	22.692,3	97,7	100,0	15,7	4	2
Rio Vermelho	89,1	644,8	0,6	19.044,8	91,3	73,0	15,9	4	2
São Patrício I	97,0	705,2	0,9	16.677,9	89,0	28,1	13,9	4	3
Serra da Mesa	96,8	665,9	0,6	15.615,9	96,9	58,0	15,6	4	2
Sudoeste II	86,1	805,1	1,1	13.937,8	97,7	72,1	15,1	4	3
Central	64,9	734,2	2,9	24.670,1	78,6	34,3	13,1	3	5
Entorno Norte	81,9	436,7	0,8	16.986,4	99,0	60,2	15,9	3	2
Oeste I	91,9	721,4	0,7	18.040,8	99,5	100,0	11,9	3	3
Oeste II	91,9	670,3	0,7	25.999,4	95,0	65,1	12,9	3	2
Pirineus	54,6	573,2	1,7	16.782,7	73,8	34,0	13,5	3	3
São Patrício II	79,6	501,1	0,6	12.754,8	92,0	55,3	14,0	3	2
Sudoeste I	62,9	736,7	0,9	15.488,7	95,1	72,3	14,9	3	3
Centro Sul	61,6	532,8	1,0	16.740,5	82,5	49,2	15,2	2	3
Entorno Sul	56,6	327,9	0,6	15.275,3	92,6	99,3	12,5	1	2
Distrito Federal	55,4	-	2,9	17.507,5	95,1	92,4	11,96	3	5

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA, A PARTIR DOS DO BANCO DE INDICADORES DA PESQUISA REGIÃO E REDES (PESQUISA REGIÃO E REDES, 2021);

LEGENDA: EAB – EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA; HAB. – HABITANTE; SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

* % DA PRODUÇÃO AMBULATORIAL POR PRESTADOR PÚBLICO NO TOTAL DA PRODUÇÃO AMBULATORIAL.

** % DAS INTERNAÇÕES POR PRESTADOR PÚBLICO NO TOTAL DAS INTERNAÇÕES.

*** TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL- MENORES DE 1 ANO (EM 1.000 NASCIDOS VIVOS).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cooperação entre os municípios é uma prerrogativa fundamental para combater a fragmentação da assistência à saúde e a dificuldade em ofertar o cuidado à saúde de forma integral. Nessa direção, o processo de regionalização no contexto brasileiro é marcado pelas diversidades e imensas desigualdades socioespaciais e pelas características do modelo federativo brasileiro, que condicionam o planejamento e a gestão regional do SUS à integração entre estados e municípios, que são autônomos, mas interdependentes. Conseqüentemente, aumenta a complexidade na gestão de redes integradas, que enfrenta obstáculos; entre eles: a institucionalização de uma rede de atenção homogênea em um território heterogêneo, a conciliação de conflitos dos diferentes entes, respeitando a autonomia política, financeira e administrativa, mas buscando a construção de um modelo solidário e cooperativo quanto ao financiamento e à prestação dos serviços de saúde.

Os estados de interesse para a pesquisa EfetivaPAS, abordados neste capítulo, apresentaram diferentes construções no que diz respeito a como se deu o processo de organização dos serviços de saúde prestados em seu território, pois demonstram características sociais, econômicas e culturais distintas, bem como perfis epidemiológicos, prioridades da gestão, capacidade instalada, recursos disponíveis, necessidades populacionais e contextos político-institucionais que direcionam o processo de regionalização por caminhos diferentes. Alguns optaram por dividir-se em macrorregiões de saúde, que, por sua vez, abarcam regiões de saúde. Outros apresentam apenas as regiões de saúde, mas todos possuem um arranjo organizativo que alinha os serviços de forma ordenada e hierarquizada, visando ao fortalecimento do SUS, com maior resolubilidade, acesso universal, equânime e integral ao sistema.

A regionalização da saúde é uma iniciativa que visa à organização das redes e à melhoria do acesso da população. Porém, esse processo, isoladamente, não é capaz de neutralizar deficiências estruturais preexistentes. É necessário que sejam disponibilizados recursos humanos e financeiros de forma a oferecer ao sistema de saúde um alicerce sólido para que medidas organizativas como a regionalização consigam ter impactos positivos sobre a qualidade e a amplitude do acesso. Cabe ponderar que o âmbito regional não é um ente político com orçamento próprio, mas, sim, dependente da

capacidade, da autonomia e da solidariedade das três esferas de governo para elaborar uma visão estratégica sobre os usos do território, suas redes e especificidades regionais. Parcerias intermunicipais, interestaduais e até com outros países devem ser encorajadas, de forma a atenuar barreiras que porventura tenham sido erguidas por relações políticas entre esses atores.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. C. *et al.* Avaliação de desempenho da regionalização da vigilância em saúde em seis Regiões de Saúde brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. Suppl 2, e00065218, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00065218>. Acesso em: 26 nov. 2021.

ALBUQUERQUE, M. V.; VIANA, A. L. A. V. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 39, p. 28-38, 2015. Número especial. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00102214>. Acesso em: 26 nov. 2021.

ARRETCHE, M. **Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização**. 3. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2011.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 26 nov. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. 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**: seção 1, ano 148, n. 123, p. 1-3, 29 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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**: seção 1, ano 47, n. 251, p. 88-93, 31 dez. 2010.

CORRÊA, R. L. **Trajetórias geográficas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

COSTA, N. R. A descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectivas. In: NEGRI, B.; GIOVANNI GD (org.). **Brasil: Radiografia da saúde**. Campinas: Unicamp, 2001. p. 307-321.

DOURADO, D. A.; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011000100023>. Acesso em: 26 nov. 2021.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (orgs). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 385-434.

ESTADO DE RONDÔNIA. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Estadual de Saúde 2016-2019. **Diário Oficial do Estado de Rondônia**, nº 119, 2017.

ESTADO DO MARANHÃO. Secretaria de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Resolução CIB/MA nº44/2011, de 16 de junho de 2011. Dispõe sobre a conformação de Regiões de Saúde. **Diário Oficial do Estado do Maranhão**, São Luís, 22 jul. 2011.

ESTADO DO MARANHÃO. Secretaria Estadual de Saúde. Macrorregião de Saúde. **Diário Oficial do Estado do Maranhão**, 28 jun. 2018.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução nº555/12 – CIB/RS. Altera a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul, e institui as Comissões Intergestores Regionais – CIR. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, 2012.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução nº 174/16 – CIB/RS. Aprova a alteração do Regimento Interno da CIB/RS, Anexo a esta Resolução. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, 2016.

GOVERNO DE GOIÁS. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Resolução nº040/2001-CIB. Aprova o Plano Diretor de Regionalização. **Diário Oficial do Estado de Goiás**, 2001.

GOVERNO DE GOIÁS. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Resolução nº067/2001-CIB. Aprova o Plano Diretor de Investimentos – PDI, como também a Repactuação dos critérios do Plano Diretor de Regionalização – PDR do Estado de Goiás. **Diário Oficial do Estado de Goiás**, 2001.

GOVERNO DE GOIÁS. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. Goiânia, 2014. Disponível em: http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_141_PDRAGOIASA-FINALAPAGADUPLA_parteA2.pdf. Acesso em 26 nov. 2021.

GOVERNO DE GOIÁS. Secretaria de Estado de Saúde. **Regionais de Saúde**. [S. l.]: SES-GO, 2021. Apresenta as informações referentes às regionais de Saúde do Estado. Disponível em: <https://www.saude.go.gov.br/estrutura/regioes-de-saude>. Acesso em: 26 nov. 2021.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Decreto nº 31.625, de 29 de abril de 2010. Institui o Programa de Descentralização Progressiva de Ações de Saúde - PDPAS para as Diretorias Gerais de Saúde e as Unidades de Referência Distrital da Rede Pública de Saúde do Distrito Federal. Brasília: **Diário Oficial do Distrito Federal**: seção 1, Brasília, DF, ano 43, n. 82, p. 2, 30 abr. 2010.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Decreto nº 37.057, de 14 de janeiro de 2016. Dispõe sobre a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, que específica e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial do Distrito Federal**: seção 1, Brasília, DF, ano 45, n. 10, p. 1, 15 jan. 2016.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Decreto nº 38.982, de 10 de abril de 2018. Altera a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial do Distrito Federal**: seção 1, Brasília, DF, ano 47, n. 69, p. 17, 11 abr. 2018.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Lei nº 6.359, de 14 de agosto de 2019. Cria a Região Administrativa do Sol Nascente/Pôr do Sol - RA XXXII e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial do Distrito Federal**: seção 1, Brasília, DF, ano 48, n. 154, p. 1, 15 ago. 2019.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Distrital de Saúde 2020-2023**. Brasília: SES-DF, 2019. 263 p.

GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução nº 087/CIB/RO de 08 de maio de 2014. Aprova a conformação das sete regiões de saúde do estado de Rondônia. **Diário Oficial do Estado de Rondônia**, nº 2488, 2014.

GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA. Secretaria do Estado da Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2017**. Rondônia, 2018. 194p.

GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA. **Um novo Norte, Novos Caminhos**. Plano Estratégico Rondônia 2019-2023. Rondônia, 2019. 84p.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. Porto Alegre: SES-RS, 2002. 156p.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde: 2016-2019**. Porto Alegre: SES-RS, 2016. 228 p.

GUIMARÃES, R. B. Regiões de saúde e escalas geográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1017-1025, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000400004>. Acesso em: 26 nov. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010** [homepage]. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 26 nov. 2021.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500006>. Acesso em: 26 nov. 2021.

MENDES, Á. et al. O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 423-437, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200003>. Acesso em: 26 nov. 2021.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>. Acesso em: 26 nov. 2021.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate.** Brasília: OPAS, 2011. 113 p.

PAIM, J. *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, [s. l.], v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8). Acesso em: 26 nov. 2021.

PESQUISA REGIÃO E REDES. **Banco de Indicadores** – Indicadores por tema. [S. l.; s. n.], 2021. Disponível em: <https://indicadores.resbr.net.br/view/indicadores.php?clrSession=true>. Acesso em 26 nov. 2021.

UCHIMURA, L. Y. T. *et al.* Avaliação de desempenho das regiões de saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 17, suppl 1, p. S259-S270, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9304201700S100012>. Acesso em: 26 nov. 2021.

VARGAS, I. *et al.* Regional-based Integrated Healthcare Network policy in Brazil: from formulation to practice. **Health policy and planning**, [s. l.], v. 30, p. 705-717, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapol/czu048>. Acesso em: 26 nov. 2021.

VIANA, A. L. A. Regionalização e Redes de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1791-1798, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05502018>. Acesso em: 26 nov. 2021

VIANA, A. L. A; LIMA, L. D (org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil.** Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. 216 p.

VIANA, A. L. A. *et al.* Regionalização e redes de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1791-1798, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05502018>. Acesso em: 26 nov. 2021.

VIANA, A. L. A. *et al.* Tipologia das Regiões de Saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 413-422, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200002>. Acesso em: 26 nov. 2021.

CARACTERIZAÇÃO
DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À
SAÚDE NAS ÁREAS
DA PESQUISA
EFETIVAPAS

CARACTERIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NAS ÁREAS DA PESQUISA EFETIVAPAS

2

Nelson Ibañez; Sofia Guerra; Luciana Santos Dubeux

INTRODUÇÃO

Embora o conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) assuma diferentes interpretações, a ótica de diversos estudiosos sobre o tema converge para conceber a APS, no Brasil, como porta de entrada e primeiro nível de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), devendo ofertar ações direcionadas à promoção, à prevenção e à recuperação da saúde, capazes de resolver a maioria dos problemas de saúde da população, devendo estar localizada o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham (GIOVANELLA *et al.*, 2015; MENDES, 2015). Uma interpretação mais ampla de APS a descreve como uma estratégia de organização do sistema de atenção à saúde de forma a apropriar, recombina, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema de saúde para satisfazer às necessidades, às demandas e às representações da população (MENDES, 2015).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), as Unidades Básicas de Saúde (UBS), um dos principais instrumentos normativos que dão apoio à APS no Brasil, são os estabelecimentos que prestam ações e serviços de Atenção Básica no SUS, devendo ofertar ações individuais, familiares e coletivas que busquem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Entre os principais serviços oferecidos pelas UBS, estão: consultas, administração de medicamentos e vacinas, realização de curativos, coletas de exames laboratoriais, tratamentos odontológicos, encaminhamentos para especialidades, entre outros (BRASIL, 2017).

As UBS devem ser estruturadas com base em uma equipe multiprofissional, denominada como equipe de Saúde da Família (eSF), a qual necessita ser composta por, no mínimo: médico, preferencialmente especialista em medicina de família e comunidade; enfermeiro, preferivelmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem; e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Podem se integrar à equipe multiprofissional o cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, o auxiliar e/ou técnico em saúde bucal e o Agente de Combate às Endemias (ACE) (BRASIL, 2017).

Nos últimos anos, o número de serviços de APS cresceu exponencialmente no Brasil, entretanto, apresentando taxas muito diferentes de crescimento entre as regiões brasileiras, refletindo em disparidades no acesso a esse nível de atenção no País (GIOVANELLA *et al.*, 2015). São inegáveis os avanços na cobertura da APS, porém, permanecem os desafios, em que se destacam: baixo financiamento das equipes; estrutura e ambiência inadequada das UBS; insuficiência de profissionais nas equipes, especialmente médicos; fragilidades na articulação da APS na rede de atenção à saúde para garantia da continuidade do cuidado; isolamento dos profissionais da equipe de Saúde Bucal (eSB) ou ausência dessas equipes (VIANA *et al.*, 2008; GIOVANELLA *et al.*, 2009; MOURA *et al.*, 2010; CASTRO; MACHADO, 2010; FAUSTO *et al.*, 2014).

Em 2011, a formulação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), instituído pela Portaria GM/MS nº 1.654, de 19 de julho de 2011, objetivou induzir a ampliação do acesso dos usuários e a melhoria da qualidade da APS. Para tal, buscou promover processos avaliativos contínuos e progressivos, de forma a ampliar a provisão de serviços de saúde, com garantia de um padrão de qualidade (BRASIL, 2011). Além da melhoria da qualidade e do acesso, o PMAQ-AB objetivou contribuir para a cultura da avaliação no âmbito da APS, entendendo que, mesmo que os resultados não conduzam a decisões imediatas, podem auxiliar os gestores em futuras tomadas de decisão. A análise mais aprofundada dos dados gerados pelo PMAQ-AB pode colaborar para destacar o mérito e a credibilidade da APS, para divulgar seus resultados, para identificar pontos de aprimoramento nos instrumentos de avaliação, além de subsidiar políticas de saúde (CONTANDRIOPOULOS,

2011; GIOVANELLA *et al.*, 2015). No caso da EfetivaPAS, o PMAQ-AB pode auxiliar na compreensão das características da APS de cada área de interesse da pesquisa, podendo contribuir para a análise e interpretação de seus resultados.

Partindo do banco de dados dos Ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB, realizados nos anos de 2012 e 2014 respectivamente, buscou-se caracterizar a APS nas regiões de saúde e Unidades Federativas (UF) onde a Planificação da Atenção à Saúde (PAS) vem sendo implantada e a Pesquisa EfetivaPAS está sendo realizada, a saber: Maranhão e a região de saúde de Caxias; Rio Grande do Sul e a região de saúde de Verdes Campos; Rondônia e a região de saúde Central; Goiás e a região de saúde do Entorno Sul; e ainda o Distrito Federal. Para tal, utilizou-se a Tipologia das Unidades Básicas de Saúde proposta por Giovanella e colaboradores (2015), idealizada com o propósito de reunir um conjunto de informações acerca das características dessas unidades, de forma a subsidiar a tomada de decisão e orientar as ações para a melhoria da qualidade da APS no Brasil. Nesse sentido, este capítulo apresentará brevemente a metodologia utilizada e, em seguida, a Tipologia das Unidades Básicas de Saúde aplicada a cada UF e sua respectiva região de saúde selecionada para participar da pesquisa.

PERCURSO METODOLÓGICO

A Tipologia das Unidades Básicas de Saúde (Giovanella *et al.*, 2015) foi construída a partir dos resultados do censo brasileiro de infraestrutura das UBS realizado no processo de avaliação externa do Ciclo 1 do PMAQ-AB, em que foram coletadas informações sobre as condições de acesso e qualidade das ações desenvolvidas pelas eSF das UBS participantes do programa. Foram consideradas como UBS as Unidades de Saúde da Família, os Postos de Saúde, os Centros de Saúde, as Unidades Básicas Tradicionais e os Postos Avançados registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) no ano de 2012 (GIOVANELLA *et al.*, 2015).

Para coleta das informações, criou-se um instrumento de avaliação, organizado em três módulos, contendo questões fechadas e abertas, que abarcam temas como a infraestrutura das UBS, os processos de trabalho

das equipes, a satisfação dos usuários, as condições de acesso, a utilização dos serviços de saúde, entre outros. O instrumento completo conta com 500 variáveis¹.

Ao final da pesquisa, foram observadas no censo de infraestrutura 38.812 UBS em 5.543 municípios. Os dados coletados em todo o País foram organizados em um banco de informações de livre acesso². A partir da análise do instrumento, Giovanella e colaboradores (2015) selecionaram 28 variáveis, que foram agrupadas em cinco dimensões consideradas essenciais para que a APS consiga prestar uma atenção resolutiva, acessível e de qualidade; são elas: tipos de equipes, elenco de profissionais, turnos de funcionamento, serviços disponíveis e infraestrutura (quadro 1).

Para cada dimensão, foi definido o padrão de referência, elencado abaixo, e, a partir desse padrão, foram geradas pontuações e escores para cada uma das dimensões (GIOVANELLA *et al.*, 2015).

- Tipos de equipes: ter pelo menos 1 eSF com saúde bucal;
- Elenco de profissionais: ter pelo menos 1 médico (generalista ou especialista), 1 enfermeiro, 1 cirurgião-dentista, 1 técnico ou auxiliar de enfermagem, 1 técnico ou auxiliar de saúde bucal e 4 ACS;
- Turnos de funcionamento: a unidade de saúde deve ter pelo menos 2 turnos de atendimento e funcionar em 5 dias ou mais na semana;
- Serviços disponíveis: ter os 5 tipos de serviços listados (consultas médicas, de enfermagem e odontológicas, dispensação de medicamentos pela farmácia e vacinação);
- Infraestrutura geral: ter sala de vacina, aparelho de nebulização, geladeira exclusiva para vacina, glicosímetro, computador, acesso à internet; sempre disponibilizar a vacina pentavalente.

Os escores das dimensões foram padronizados, sendo divididos pela pontuação equivalente ao padrão de referência de sua dimensão. Para as dimensões “Elenco de profissionais” e “Serviços disponíveis”, a pontuação do padrão de referência corresponde à soma das variáveis como compõem o padrão de referência em sua completude. Para as dimensões “Tipo de

¹ Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/instrumento_coleta_avaliacao_externa.pdf (BRASIL, 2012).

² Microdados disponíveis em: <http://aps.saude.gov.br/ape/PMAQ-AB/ciclo1/>.

equipes” e “Turnos de funcionamento”, a pontuação corresponde apenas à variável selecionada como padrão de referência (GIOVANELLA et al., 2015).

Para a dimensão “Infraestrutura geral”, inicialmente, foi realizado o cálculo dos escores em cada uma de suas subdimensões. As subdimensões “Estrutura física” e “Equipamentos de tecnologia e informática” possuem escores padronizados, em que a pontuação do padrão de referência corresponde à soma das variáveis que compõem o padrão. O escore da subdimensão “Insumos” é obtido de forma direta, a depender de como a UBS se enquadre nessa categoria. Em seguida, calculou-se o escore da dimensão Infraestrutura geral a partir da média dos escores das três subdimensões (GIOVANELLA et al., 2015) (quadro 1).

QUADRO 1. Relação das dimensões e respectivas variáveis do PMAQ-AB selecionadas para a tipologia de UBS

DIMENSÃO	VARIÁVEIS SELECIONADAS	PONTOS	ESCORE PADRONIZADO
Tipos de equipes	Unidade de saúde com pelo menos uma eSF com Saúde Bucal *	2,0	$\text{Escore1 pad} = \frac{\text{Escore1}}{2}$
	Unidade de saúde com pelo menos uma eAB parametrizada com Saúde Bucal (e sem nenhuma eSF com Saúde Bucal)	1,5	
	Unidade de saúde com pelo menos uma eSF sem Saúde Bucal (e sem nenhuma eSF ou eAB parametrizada com Saúde Bucal)	1,0	
	Unidade de saúde com pelo menos uma eAB parametrizada sem Saúde Bucal ou outra configuração (e sem nenhuma eSF ou eAB parametrizada com Saúde Bucal ou eSF sem Saúde Bucal)	0,5	
	Unidade de saúde sem nenhuma equipe	0,0	
Elenco de profissionais	Unidade de saúde com pelo menos um médico	2,0	$\text{Escore2 pad} = \frac{\text{Escore2}}{8}$
	Unidade de saúde com pelo menos um enfermeiro	1,5	
	Unidade de saúde com pelo menos um cirurgião-dentista	1,5	
	Unidade de saúde com pelo menos um técnico ou auxiliar de enfermagem	1,0	
	Unidade de saúde com pelo menos um técnico ou auxiliar de saúde bucal	1,0	
	Unidade de saúde com pelo menos quatro agentes comunitários de saúde	1,0	

DIMENSÃO	VARIÁVEIS SELECIONADAS	PONTOS	ESCORE PADRONIZADO
Turnos de funcionamento	Unidade de saúde com 1, 2 ou 3 turnos de atendimento e que funciona 5 dias ou mais na semana*	2,0	$\text{Escore3 pad} = \frac{\text{Escore3}}{2}$
	Unidade de saúde com 2 ou 3 turnos de atendimento e que funciona 4 dias na semana	1,0	
	Unidade de saúde com 1 turno de atendimento e que funciona 4 dias ou mais na semana	0,5	
	Unidade de saúde com 1, 2 ou 3 turnos de atendimento e que funciona até 3 dias na semana	0,0	
Serviços disponíveis	Unidade de saúde que oferece consultas médicas	2,0	$\text{Escore4 pad} = \frac{\text{Escore4}}{6}$
	Unidade de saúde que oferece consultas de enfermagem	1,0	
	Unidade de saúde que oferece consultas odontológicas	1,0	
	Unidade de saúde que oferece dispensação de medicamentos pela farmácia	1,0	
	Unidade de saúde que oferece serviço de vacinação	1,0	
INFRAESTRUTURA GERAL			
Estrutura física e equipamentos	Unidade de saúde que tem sala de vacina	1,0	$\text{Escore5.1 pad} = \frac{\text{Escore5.1}}{4}$
	Unidade de saúde que tem aparelho de nebulização	1,0	
	Unidade de saúde que tem geladeira exclusiva para vacina	1,0	
	Unidade de saúde que tem glicosímetro	1,0	
Insumos	Unidade de saúde que sempre disponibilizam vacina tetravalente em 2012 ou pentavalente em 2014	1,0	Escore 5.2 = obtido de maneira direta, sendo 0,5 ou 1,0 a depender da unidade.
	Unidade de saúde que às vezes disponibilizam vacina tetravalente em 2012 ou pentavalente em 2014	0,5	
Equipamentos de Tecnologia e Informática	Unidade de saúde que tem computador	1,0	$\text{Escore5.3 pad} = \frac{\text{Escore5.3}}{2}$
	Unidade de saúde que tem acesso à internet	1,0	
Escore final da Infraestrutura geral: $\text{Escore5 pad} = \frac{\text{Escore5.1pad} + \text{Escore5.2} + \text{Escore5.3pad}}{3}$			

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA, ADAPTADO DE GIOVANELLAE COLABORADORES (2015).

ESF: EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA; EAB: EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA; ESCORE PAD: ESCORE PADRONIZADO.

Para determinar o peso de cada dimensão na pontuação final das unidades, fez-se uso da análise fatorial, utilizando-se os escores obtidos para cada uma das dimensões para chegar a apenas um fator, em que os pesos são demonstrados no quadro 2.

QUADRO 2. **Coefficiente dos Escores Fatoriais**

DIMENSÃO	COEFICIENTES	
	ORIGINAL	PADRONIZADO (1)
Tipos de equipes	0,280	20,9%
Elenco de profissionais	0,324	24,3%
Turnos de funcionamento	0,174	13,0%
Serviços disponíveis	0,294	22,0%
Infraestrutura geral	0,265	19,8%

FORTE: GIOVANELLA E COLABORADORES (2015);
 (1) A SOMA DOS PESOS PADRONIZADOS TOTALIZA 100%.

Após a determinação dos pesos de cada dimensão com base nos resultados da análise fatorial, calculou-se o escore final de cada unidade de saúde a partir da equação abaixo. Com base no valor do escore final, as UBS foram classificadas em 5 tipos (quadro 3).

$$\text{Escore Final} = 0,209 * \text{Escore}_{1_{\text{pad}}} + 0,243 * \text{Escore}_{2_{\text{pad}}} + 0,130 * \text{Escore}_{3_{\text{pad}}} + 0,220 * \text{Escore}_{4_{\text{pad}}} + 0,198 * \text{Escore}_{5_{\text{pad}}}$$

FORTE: GIOVANELLA E COLABORADORES (2015).

QUADRO 3. **Classificação das UBS conforme o valor obtido no Escore Final**

TIPOLOGIA	ESCORE FINAL	CLASSIFICAÇÃO
Tipo A	1,000	Referência
Tipo B	0,750 a 0,999	Regular
Tipo C	0,500 a 0,749	Restrita

TIPOLOGIA	ESCORE FINAL	CLASSIFICAÇÃO
Tipo D	0,250 a 0,499	Rudimentar
Tipo E	Inferior a 0,250	Reprovada

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA, ADAPTADO DE GIOVANELLA E COLABORADORES (2015) E BOUSQUAT E COLABORADORES (2017).

Seguindo a metodologia aqui apresentada, e tendo por base os microdados dos Ciclos 1 e 2 da avaliação externa do PMAQ-AB, realizados nos anos de 2012 e 2014, e disponíveis em banco de dados de livre acesso³, a próxima seção deste capítulo apresenta os resultados encontrados para os estados do Maranhão, do Rio Grande do Sul, de Rondônia e de Goiás, e suas respectivas regiões de saúde: Caxias, Verdes Campos, Central, Entorno Sul e ainda o Distrito Federal, que foram selecionadas para participar da pesquisa EfetivaPAS.

ESTADO DO MARANHÃO E REGIÃO DE SAÚDE DE CAXIAS

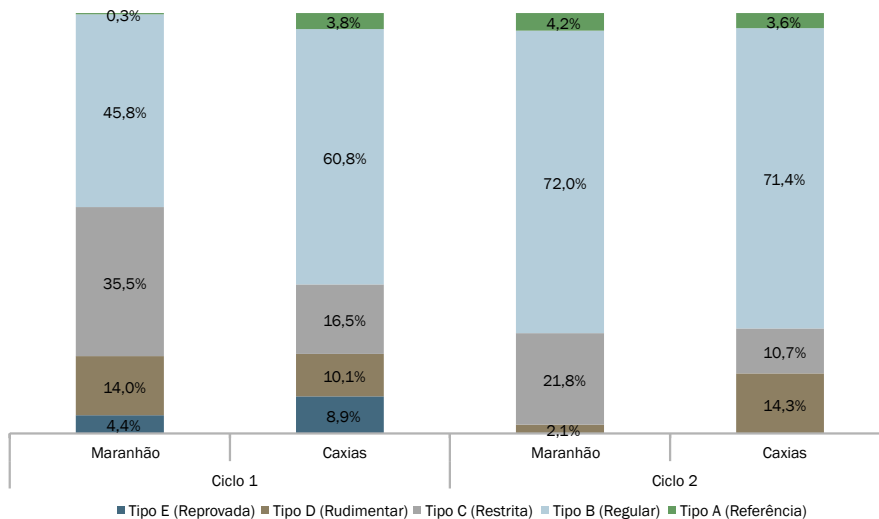
TIPOLOGIA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Em relação à tipologia das UBS verificada no Ciclo 1 do PMAQ-AB, Caxias apresenta uma posição mais favorável em relação ao estado do Maranhão, possuindo mais da metade das suas UBS pertencentes aos tipos A e B (3,8% e 60,8% respectivamente), correspondentes aos grupos de unidades com melhores condições, sendo o tipo A, de unidades de referência; e o tipo B, de unidades regulares. No mesmo ciclo, o Maranhão apresentou apenas 0,3% de unidades tipo A (unidades de referência) e 45,8% das suas unidades pertencentes ao tipo B (unidades regulares). Em 2012, o Maranhão e a região de Caxias apresentaram UBS do tipo E (4,4% e 8,9% respectivamente), o grupo de unidades reprovadas da classificação, sendo esse percentual superior na região de saúde em questão. Observando a evolução entre os ciclos, ambas as localidades apresentaram melhorias na tipologia, com incrementos consideráveis nas unidades tipo B, sendo o maior no Maranhão (+26,2%), alcan-

³ <http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>

quando o percentual de 76,2% das suas UBS enquadradas no grupo de UBS com melhores condições (Tipos A e B). Destaca-se ainda que, no Ciclo 2, em ambas as localidades, nenhuma UBS foi enquadrada no grupo de unidades reprovadas (Tipo E) (gráfico 1).

GRÁFICO 1. Unidades Básicas de Saúde, segundo tipo, nos Ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB, estado do Maranhão e região de saúde de Caxias, 2012 e 2014



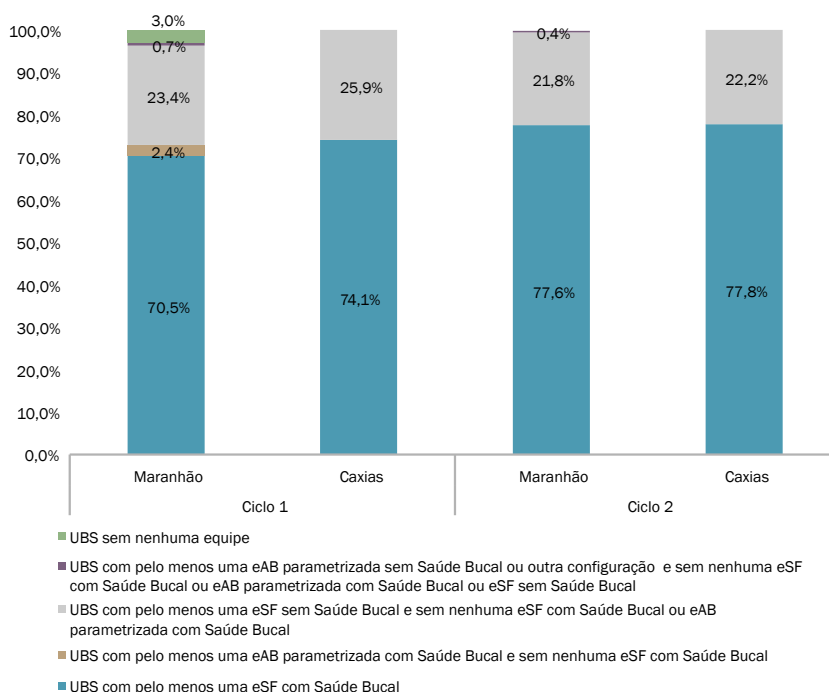
FONTE: PMAQ-AB (BRASIL, 2012, 2014).

TIPO DE EQUIPES

Em ambos os ciclos do PMAQ-AB, o perfil das equipes de saúde da região de Caxias apresentou-se de forma semelhante ao estado do Maranhão. No Ciclo 1 (2012), ambas as localidades apresentavam mais de 70% de suas UBS com pelo menos uma eSF com Saúde Bucal, e 23,4% de suas UBS com eSF, porém, sem o suporte de eSB. Ainda nesse ano, destaca-se que a região de saúde de Caxias não possuía UBS sem nenhuma equipe. Já no ano de 2014, o estado e a região apresentaram aumento na proporção de UBS com equipes completas, alcançando percentuais semelhantes (77,6% para o Maranhão, e 77,8% para Caxias). Ambas as localidades reduziram o percentual de UBS sem eSB (Gráfico 2).

GRÁFICO 2. Tipos de equipes existentes nas unidades de saúde, nos Ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB, estado do Maranhão e região de saúde de Caxias, 2012 e 2014

Características do Ambiente de Implantação da Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde



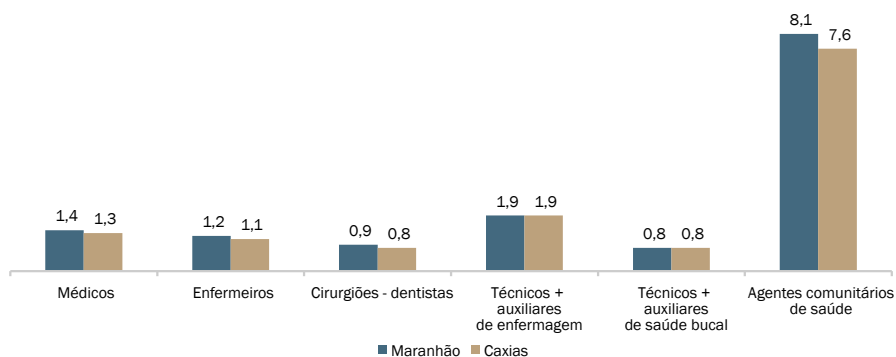
FONTE: PMAQ-AB (BRASIL, 2012, 2014).

EAB: EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA; eSF: EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA; UBS: UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.

ELENCO DE PROFISSIONAIS

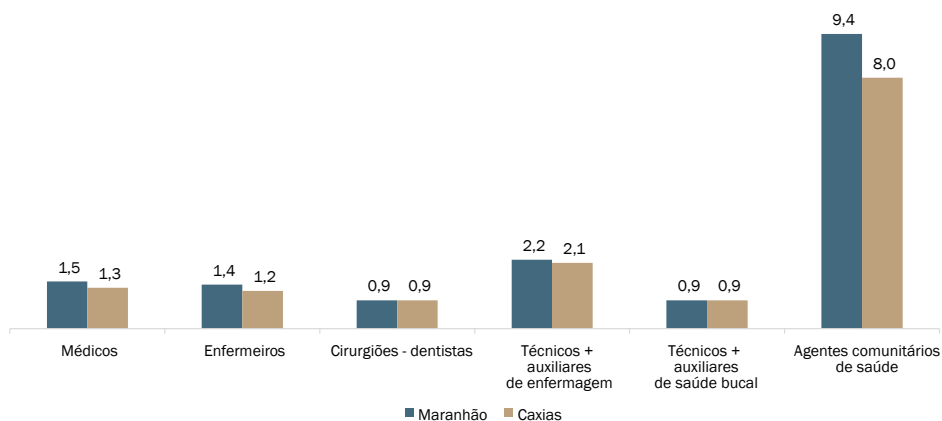
Para a maioria das categorias analisadas, nos dois ciclos, o estado do Maranhão apresentou maiores médias no número de profissionais, com exceção para a média das categorias de técnicos e auxiliares de enfermagem em 2012, cirurgiões-dentistas em 2014, e técnicos e auxiliares de saúde bucal em ambos os anos, em que as médias do Maranhão e da região de Caxias foram equivalentes. As categorias de médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas e técnicos/auxiliares de saúde bucal variaram pouco ao longo dos ciclos para ambas as localidades. A categoria de ACS teve maiores incrementos, principalmente no estado do Maranhão, passando de 8,1 em 2012 para 9,4 em 2014 (+1,3) (gráficos 3 e 4).

GRÁFICO 3. Número médio de profissionais por unidade de saúde, no Ciclo 1 do PMAQ-AB, estado do Maranhão e região de saúde de Caxias, 2012



FORNTE: PMAQ-AB (BRASIL, 2012).

GRÁFICO 4. Número médio de profissionais por unidade de saúde, no Ciclo 2 do PMAQ-AB, estado do Maranhão e região de saúde de Caxias, 2014



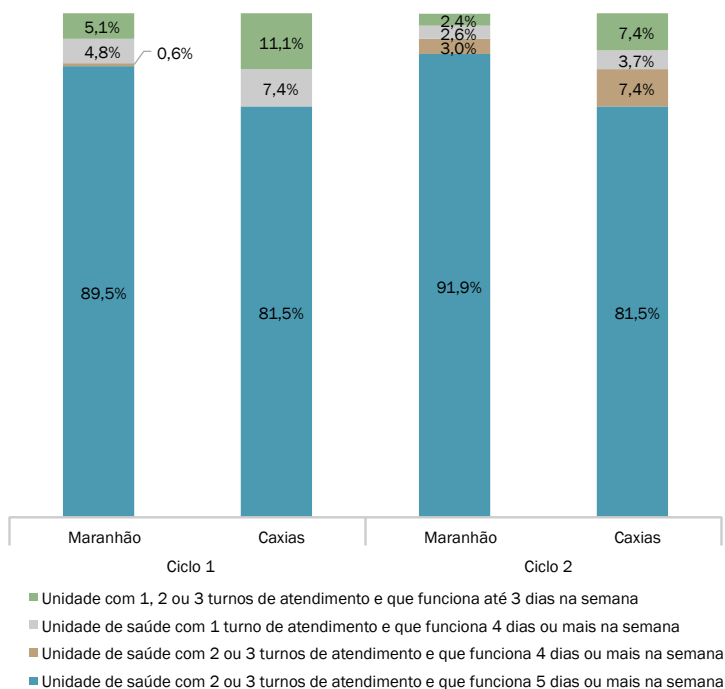
FORNTE: PMAQ-AB (BRASIL, 2014).

TURNOS DE FUNCIONAMENTO

No primeiro ciclo do PMAQ-AB (2012), tanto o estado do Maranhão como a região de saúde de Caxias apresentavam altas proporções de suas UBS funcionando com, no mínimo, dois turnos de atendimento em pelo menos cinco dias

da semana. No Maranhão, essa porcentagem aproximava-se de 90% do total de unidades, apresentando ainda percentuais baixos nas demais classificações de funcionamento. Já em Caxias, a região ainda mostrava 18,5% do total de suas unidades funcionando parcialmente (11,1% funcionando até 3 dias na semana, e 7,4% com apenas 1 turno de funcionamento). No ano de 2014, enquanto o estado do Maranhão apresentou incremento no percentual de unidades que funcionam por cinco dias na semana ou mais (+2,4%), a região de Caxias manteve estabilidade nesse indicador. Na região, para o primeiro ciclo, não foram visualizadas unidades que funcionavam em dois ou três turnos e em quatro dias ou mais na semana, sendo realidade modificada no segundo ciclo, no qual foram visualizadas 7,4% de unidades com esse horário de funcionamento. Ambas as áreas analisadas reduziram os percentuais de unidades com funcionamento parcial (funcionamento em até 3 dias na semana ou com apenas 1 turno) (gráfico 5).

GRÁFICO 5. **Distribuição das unidades de saúde, por turnos de funcionamento, nos Ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB, estado do Maranhão e região de saúde de Caxias, 2012 e 2014**

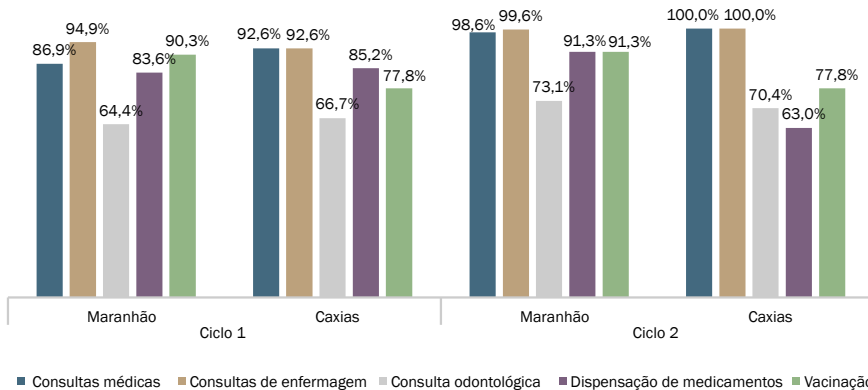


FONTE: PMAQ-AB (BRASIL, 2012, 2014).

SERVIÇOS DISPONÍVEIS

Em relação à região de Caxias, no Ciclo 1, observaram-se altos percentuais para a maioria dos serviços oferecidos, com exceção da vacinação (77,8%), bem inferior ao atingido pelo estado no mesmo ano (90,3%). Em 2014, tal serviço manteve seu percentual estável. No segundo ciclo, também chama atenção o importante decréscimo (-22,2%) na proporção de UBS que realizavam a dispensação de medicamentos pela farmácia; e o alcance da totalidade das UBS ofertando consultas médicas e de enfermagem na região (gráfico 6).

GRÁFICO 6. **Proporção de unidades de saúde, por serviço ofertado, nos Ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB, estado do Maranhão e região de saúde de Caxias, 2012 e 2014**



FONTE: PMAQ-AB (BRASIL, 2012, 2014).

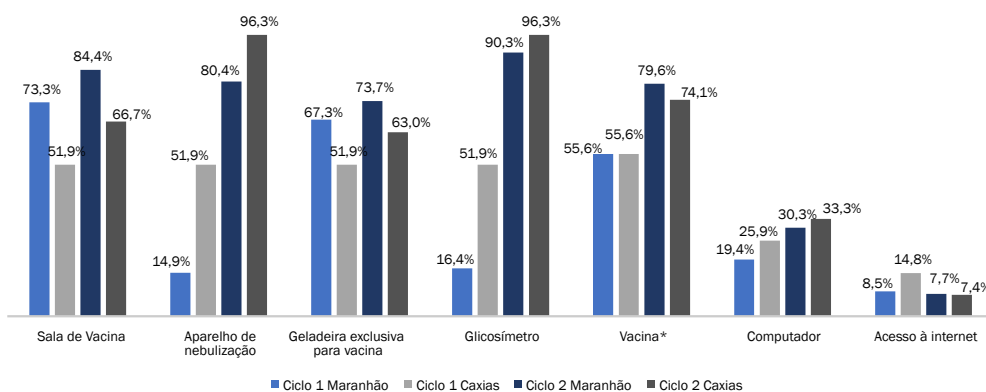
INFRAESTRUTURA GERAL

No estado do Maranhão, destacam-se os baixos percentuais de alguns itens no Ciclo 1: aparelho de nebulização (14,9%), glicosímetro (16,4%), computador (19,4%) e acesso à internet (8,5%). No Ciclo 2, enquanto os dois primeiros itens anteriormente citados obtiveram incrementos (+65,5% para o aparelho de nebulização e +73,9% para o glicosímetro) atingindo altos índices, a presença de computadores foi identificada em apenas 30,3% das unidades de saúde pesquisadas em 2014. Quanto ao acesso à internet, observaram-

-se baixas taxas em ambos os ciclos (8,5%, em 2012, e 7,7%, em 2014). Os percentuais de unidades de saúde com sala de vacina e a presença de geladeira exclusiva para vacina também tiveram aumentos importantes entre os ciclos: sala de vacina (de 73,3% em 2012 para 84,4% em 2014); geladeira exclusiva para vacina (de 67,3% em 2012 para 73,7% em 2014). Verificou-se ainda uma melhoria na oferta de insumos – dimensão representada pelas vacinas tetravalente (2012) e pentavalente (2014) (55,6% em 2012 e 79,6% em 2014) (gráfico 7).

Em relação à região de saúde de Caxias, no primeiro ciclo (2012), suas UBS apresentavam melhores condições para todos os itens de Infraestrutura Geral, quando comparadas ao estado, embora, com baixos percentuais de unidades com presença de computador (25,9%) e acesso à internet (14,8%). Seguindo a mesma lógica do estado a que pertence, no segundo ciclo, a proporção de UBS com presença de glicosímetro e aparelho de nebulização obteve os maiores incrementos (+44,4% cada), a presença de computadores atingiu 33,3% do total de unidades, e o acesso à internet teve um decréscimo de 7,4%. Verificaram-se também melhorias na oferta de vacinas (+18,5%), nos percentuais de unidades com salas próprias para vacina (+14,8%) e com geladeira exclusiva para vacina (11,1%) (gráfico 7).

GRÁFICO 7. **Proporção de unidades de saúde com presença de itens de infraestrutura geral nos Ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB, estado do Maranhão e região de saúde de Caxias, 2012 e 2014**



FONTE: PMAQ-AB(BRASIL, 2012, 2014).

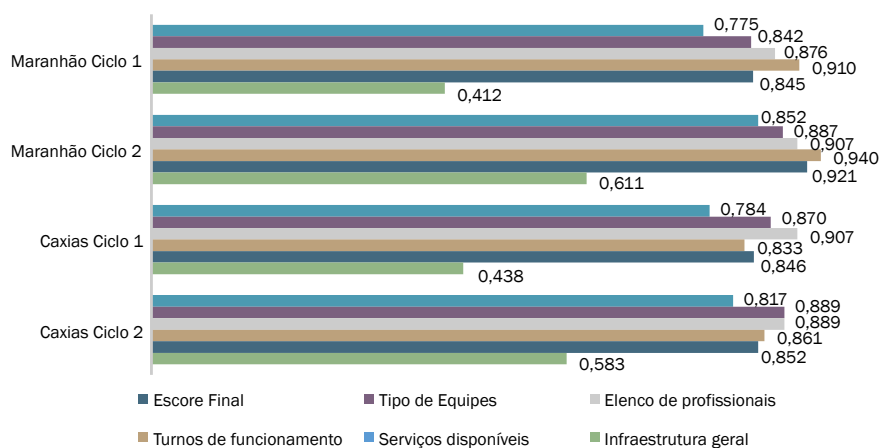
*VACINA TETRAVALENTE EM 2012 E PENTAVALENTE EM 2014.

ESCORE DAS DIMENSÕES E ESCORE FINAL

O gráfico 8 apresenta os escores obtidos pelo estado do Maranhão e pela região de Caxias em cada dimensão analisada (tipo de equipes, elenco de profissionais, turnos de funcionamento, serviços disponíveis e infraestrutura geral). No Maranhão, houve melhoria no escore final e por dimensão ao longo dos ciclos. As dimensões que alcançaram os maiores e menores escores em ambos os ciclos foram, respectivamente, turnos de funcionamento (0,910 em 2012 e 0,940 em 2014) e infraestrutura (0,412 em 2012 e 0,611 em 2014), sendo esta última a dimensão que obteve o maior aumento de pontuação entre os ciclos (+0,199). As outras dimensões conseguiram bons escores em ambos os ciclos, resultando em escores finais regulares (entre 0,750 e 0,999) para o estado (0,775 em 2012 e 0,852 em 2014), com um incremento de 0,077 entre os anos.

No tocante à região de saúde de Caxias, observa-se a melhoria da pontuação das dimensões, com exceção do elenco de profissionais, em que se identificou discreta redução do escore (-0,018) entre os Ciclos 1 e 2. As dimensões que obtiveram os maiores escores em ambos os ciclos foram o elenco de profissionais (0,907 em 2012; 0,889 em 2014) e o tipo de equipe (0,870 em 2012 e 0,889 em 2014). Já a que obteve pior pontuação foi a infraestrutura geral (0,438 em 2012 e 0,583 em 2014). Essa última apresentou o maior incremento no período analisado (+0,145). Sobre os escores finais, a região de Caxias também apresentou classificação regular em ambos os ciclos (0,784 em 2012 e 0,817 em 2014), porém, demonstrando um acréscimo inferior ao verificado no estado (+0,033) (gráfico 8).

GRÁFICO 8. **Escore final e escores por dimensão nos Ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB, estado do Maranhão e região de saúde de Caxias, 2012 e 2014**



FONTE: PMAQ-AB(BRASIL, 2012, 2014).

NOTA: TIPOLOGIA E CLASSIFICAÇÃO DO ESCORE FINAL:

TIPO A: ESCORE FINAL = 1; CLASSIFICAÇÃO = REFERÊNCIA;

TIPO B: ESCORE FINAL ENTRE 0,750 E 0,999; CLASSIFICAÇÃO = REGULAR;

TIPO C: ESCORE FINAL ENTRE 0,500 E 0,749; CLASSIFICAÇÃO = RESTRITA;

TIPO D: ESCORE FINAL ENTRE 0,250 E 0,499; CLASSIFICAÇÃO = RUDIMENTAR;

TIPO E: ESCORE FINAL INFERIOR A 0,250; CLASSIFICAÇÃO = REPROVADA.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL E REGIÃO DE SAÚDE DE VERDES CAMPOS

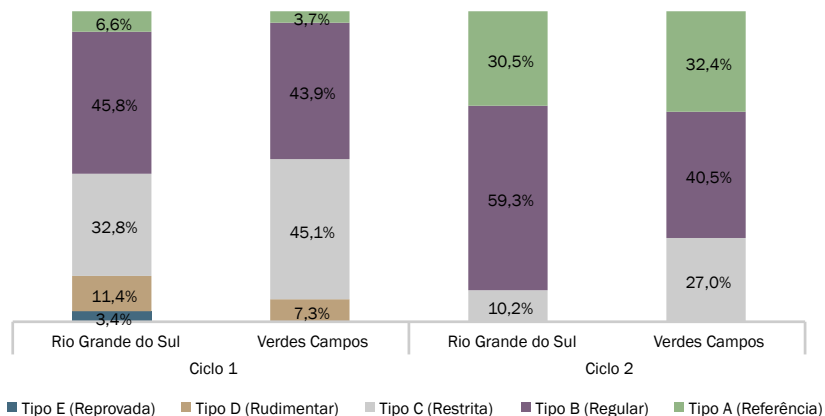
TIPOLOGIA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Em relação ao Ciclo 1 do PMAQ-AB, realizado no ano de 2012, o estado do Rio Grande do Sul destaca-se por apresentar mais da metade (52,4%) das suas UBS pertencentes aos grupos A e B (6,6% e 45,8% respectivamente), que correspondem aos grupos de unidades com melhores condições; enquanto a região de saúde de Verdes Campos apontou apenas 47,6% de suas UBS nessas categorias (3,7% de unidades de referência e 43,9% de unidades regulares). O estado, entretanto, ainda apresentou em seu território UBS reprovadas (3,4% de UBS tipo E). A região de Verdes Campos exibiu cerca de

45% de suas UBS do tipo restrita (tipo C), e as demais (7,3%), na categoria tipo D, inexistindo UBS reprovadas (tipo E) (gráfico 9).

Em relação ao segundo ciclo do PMAQ-AB, houve importantes melhorias no que diz respeito à tipologia das UBS do estado e da região de saúde, com incrementos na proporção de unidades com melhores condições (tipos A e B) e a extinção de unidades rudimentares e reprovadas (tipos D e E) em ambas as localidades. O estado do Rio Grande do Sul obteve aumento de 23,9% e 13,5% nas proporções de UBS tipo A e B, respectivamente, atingindo quase 90% das suas UBS no grupo de unidades com melhores condições de estrutura. De maneira semelhante, a região de Verdes Campos teve aumento de 28,7% no número de unidades de referência (tipo A), alcançando 72,9% de suas UBS nos grupos de unidades com melhores condições de estrutura, sendo: 32,4% do tipo A e 40,5% do tipo B (gráfico 9).

GRÁFICO 9. Unidades Básicas de Saúde, segundo tipo, nos Ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB, estado do Rio Grande do Sul e região de saúde de Verdes Campos, 2012 e 2014



FONTE: PMAQ-AB(BRASIL, 2012, 2014).

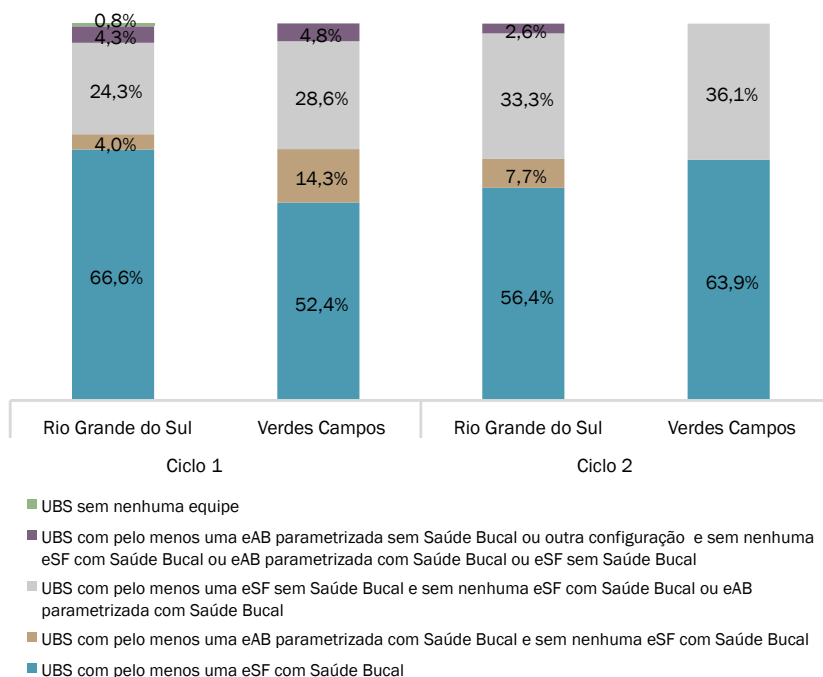
TIPO DE EQUIPES

No Ciclo 1 do PMAQ-AB (2012), tanto estado quanto região de saúde apresentaram mais da metade de suas unidades com pelo menos uma eSF com Saúde Bucal. O estado do Rio Grande do Sul encontrou-se em uma po-

sição mais favorável, obtendo 66,6% de suas UBS com esse tipo de equipe, enquanto a região de saúde de Verdes Campos alcançou 52,4% para esse indicador. Ainda em 2012, ambas as localidades possuíam cerca de um quarto de suas UBS com pelo menos uma eAB parametrizada com eSB (Rio Grande do Sul: 24,3%; e Verdes Campos: 28,6%). Já no primeiro ciclo sob análise, a região de Verdes Campos não apresentou UBS sem nenhuma equipe; e no estado do Rio Grande do Sul, verificou-se percentual muito baixo para esse indicador (0,8%). As UBS com outras configurações de equipes apresentaram percentuais baixos em ambas as localidades (gráfico 10).

Já no ano de 2014, apenas na região de saúde de Verdes Campos houve aumento no percentual de unidades com pelo menos uma eSF com Saúde Bucal (+11,5%), enquanto o Rio Grande do Sul apresentou uma piora de 10,2% na proporção de unidades com esse tipo de equipe. A região de saúde também substituiu todas as UBS que possuíam eAB parametrizada por UBS com eSF, sendo 36,1% sem o apoio de eSB, e 63,9% com eSB. No Rio Grande do Sul, além da redução de unidades com equipe completa já mencionada anteriormente, destaca-se a extinção das UBS que não possuíam nenhum tipo de equipe, e o aumento (+9,0%) de UBS com pelo menos uma eSF sem eSB (gráfico 10).

GRÁFICO 10. **Tipos de equipes existentes nas unidades de saúde, nos Ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB, Estado do Rio Grande do Sul e região de Verdes Campos, 2012 e 2014**



FONTES: PMAQ-AB(BRASIL, 2012, 2014).

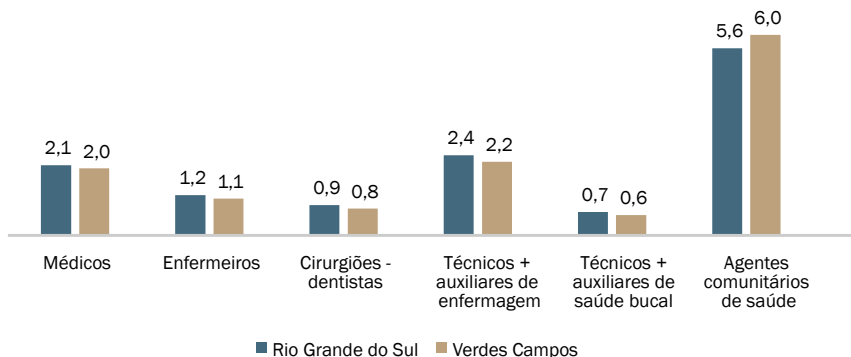
EAB: EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA; ESF: EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA; UBS: UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.

ELENCO DE PROFISSIONAIS

Para a maioria das categorias profissionais analisadas, em ambos os ciclos, o estado do Rio Grande do Sul apresentou maiores médias no número de profissionais, com exceção para o número médio de ACS no Ciclo 1, e o número médio de técnicos e auxiliares de saúde bucal no Ciclo 2, em que a região de Verdes Campos obteve maiores números médios de profissionais. A categoria de profissionais que demonstrou maiores incrementos no período analisado em ambas as localidades foi a de ACS (Rio Grande do Sul: +1,5%; Verdes Campos: +0,5%). Tanto no estado do Rio Grande do Sul como na região de Verdes Campos, em ambos os ciclos, é possível observar que as categorias de cirurgiões-dentistas e técnicos/auxiliares de saúde bucal apresentam os

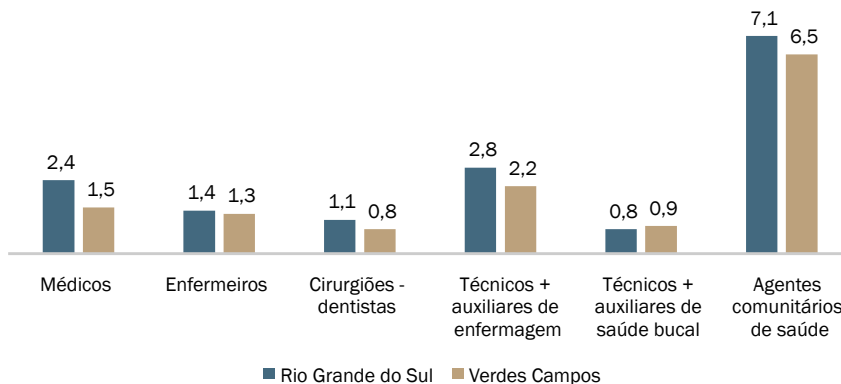
menores números médios em ambos os ciclos. As demais categorias variaram pouco ao longo dos ciclos em ambas as localidades. Destaca-se o decréscimo de 0,5% no número de médicos na região de saúde de Verdes Campos no período analisado (gráficos 11 e 12).

GRÁFICO 11. Número médio de profissionais por unidade de saúde, no Ciclo 1 do PMAQ-AB, estado do Rio Grande do Sul e região de saúde de Verdes Campos, 2012



FONTE: PMAQ-AB(BRASIL, 2012).

GRÁFICO 12. Número médio de profissionais por unidade de saúde, no Ciclo 2 do PMAQ-AB, estado do Rio Grande do Sul e região de saúde de Verdes Campos, 2014

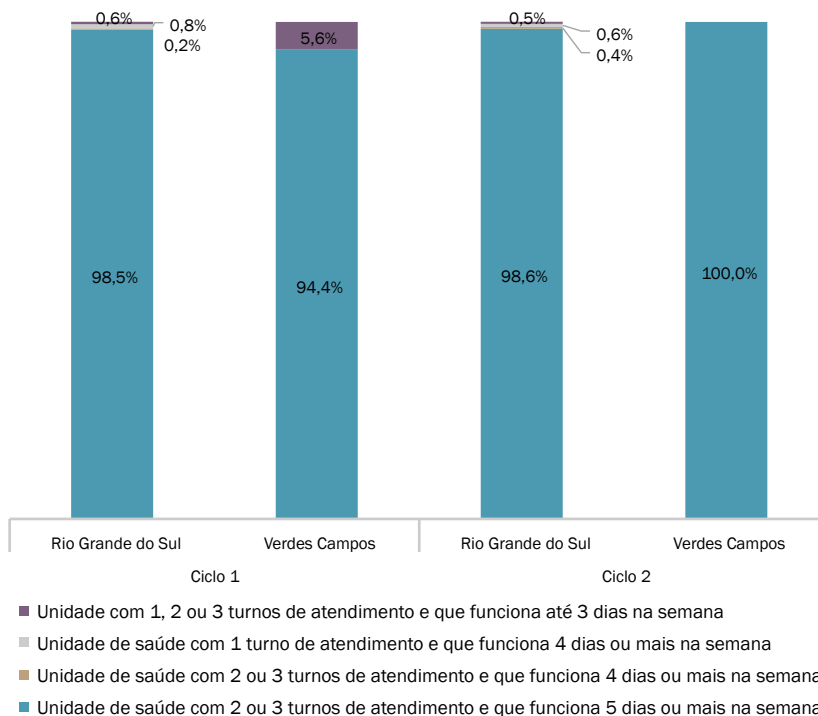


FONTE: PMAQ-AB(BRASIL, 2014).

TURNOS DE FUNCIONAMENTO

No primeiro ciclo em análise (2012), tanto estado como região de saúde apresentavam quase a totalidade de suas UBS funcionando com, no mínimo, dois turnos de atendimento em pelo menos cinco dias da semana. O Rio Grande do Sul exibiu percentuais mais altos, possuindo uma parcela mínima (1,6%) de suas UBS com outros turnos de funcionamento, enquanto a região de Verdes Campos ainda demonstrava 5,6% de suas UBS com funcionamento parcial (UBS funcionando até 3 dias na semana). Entre os ciclos analisados, observou-se pouca variação nos percentuais obtidos pelo estado, enquanto a região de saúde de Verdes Campos atingiu a totalidade das suas UBS com funcionamento em tempo integral (mínimo de 2 turnos de atendimento em pelo menos 5 dias da semana) (gráfico 13).

GRÁFICO 13. **Distribuição das unidades de saúde, por turnos de funcionamento, nos Ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB, estado do Rio Grande do Sul e região de saúde de Verdes Campos, 2012 e 2014**



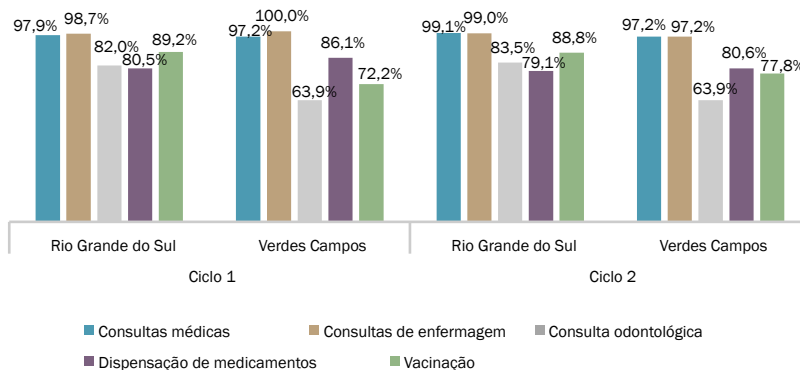
FONTE: PMAQ-AB(BRASIL, 2012, 2014).

SERVIÇOS DISPONÍVEIS

A respeito do rol de serviços disponibilizados pelas UBS do estado do Rio Grande do Sul, observam-se poucas variações na oferta ao longo dos Ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB. No ano de 2012, o estado já alcança patamares superiores a 80% na oferta de todos os serviços, com destaque para a disponibilidade de consultas médicas (97,9%) e de enfermagem (98,7%). Em 2014, nota-se uma tímida melhora na oferta de consultas médicas (+1,2%), consultas de enfermagem (+0,3%) e consultas odontológicas (+1,5%); e uma discreta piora na proporção de unidades que fazem a dispensação de medicação (-1,4%) e ofertam vacinação (-0,4%) (gráfico 14).

Com relação a Verdes Campos, observam-se percentuais menores de ofertas de serviços quando comparados ao estado, em ambos os ciclos, com exceção nas consultas de enfermagem no Ciclo 1 (oferecidas por 100% das UBS) e da dispensação de medicamentos pela farmácia em ambos os ciclos. A respeito do desempenho da região em 2012, destaca-se que a oferta de consultas odontológicas (63,9%) e do serviço de vacinação (72,2%) apresentou percentuais muito aquém do nível estadual no período. Já no ano de 2014, enquanto o serviço de vacinação mostrou uma melhora de 5,6%, os serviços de consultas de enfermagem e dispensação de medicamentos apresentam decréscimos de 2,8% e 5,5% respectivamente (gráfico 14).

GRÁFICO 14. **Proporção de unidades de saúde, por serviço ofertado, nos Ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB, estado do Rio Grande do Sul e região de saúde de Verdes Campos, 2012 e 2014**



FONTE: PMAQ-AB(BRASIL, 2012, 2014).

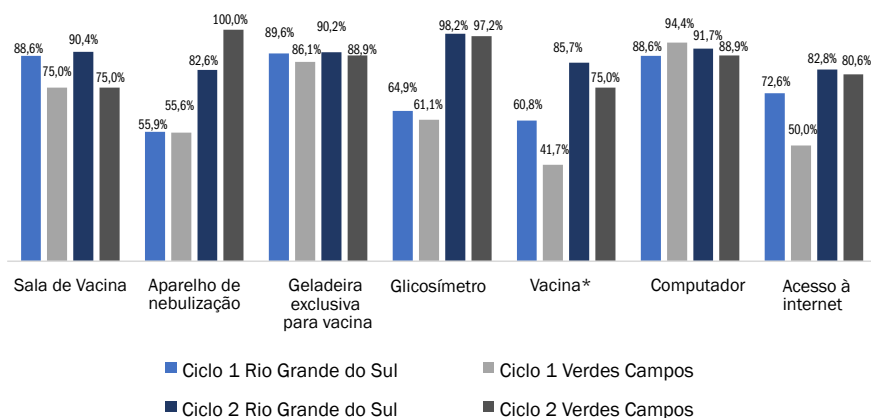
INFRAESTRUTURA GERAL

Sobre os percentuais obtidos pelo estado do Rio Grande do Sul e pela região de saúde de Verdes Campos no primeiro ciclo (2012), destacam-se negativamente em ambas as localidades as proporções de UBS com presença de aparelho de nebulização (Rio Grande do Sul: 55,9%; Verdes Campos: 55,6%), glicosímetro (Rio Grande do Sul: 64,9%; Verdes Campos: 61,1%) e vacina (Rio Grande do Sul: 60,8%; Verdes Campos: 41,7%). A referida região de saúde ainda apresentou metade de suas UBS sem acesso à internet nesse mesmo ciclo. Os demais itens de infraestrutura analisados exibiram percentuais acima de 70% em ambas as localidades no ano de 2012 (gráfico 15).

Analisando a evolução entre os anos de 2012 e 2014, a respeito da estrutura física e os equipamentos no estado do Rio Grande do Sul, verifica-se um aumento discreto nos percentuais de unidades com presença de sala de vacina (+1,8%) e geladeira exclusiva para vacina (+0,6%), e um crescimento mais acentuado na presença de aparelho de nebulização (+26,7%) e de glicosímetro (+33,3%) no período analisado. Para os insumos – dimensão representada pelas vacinas tetravalente (2012) e pentavalente (2014) –, observou-se uma melhoria na oferta desse item passando de 60,8% para 85,7% (+24,9%). No que tange aos equipamentos de tecnologia da informática e computação, pode-se observar aumento na presença de computador nas unidades de saúde (de 88,6% em 2012 para 91,7% em 2014). No caso do acesso à internet, o percentual de unidades com esse item cresceu no estado, ao variar de 72,6% (2012) a 82,8% (2014). No período analisado, a região de Verdes Campos demonstrou melhorias semelhantes ao estado, com incrementos importantes nos itens que apresentaram maior fragilidade no primeiro ciclo: aparelho de nebulização (+44,4%), glicosímetro (+36,1%), vacina pentavalente (+33,3%) e acesso à internet (+30,6%). A região ainda apresentou estabilidade na proporção de UBS com presença de sala de vacina e uma redução de -5,5% no percentual de unidades com presença de computador (gráfico 15).

GRÁFICO 15. **Proporção de unidades de saúde com presença de itens de infraestrutura geral nos Ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB, estado do Rio Grande do Sul e região de saúde de Verdes Campos, 2012 e 2014**

Características do Ambiente de Implantação da Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde



FONTE: PMAQ-AB (BRASIL, 2012, 2014).

*VACINA TETRAVALENTE EM 2012 E PENTAVALENTE EM 2014.

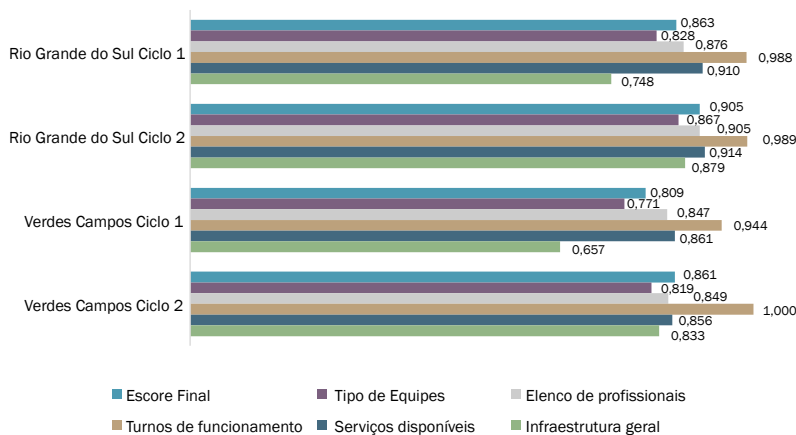
ESCORE DAS DIMENSÕES E ESCORE FINAL

O gráfico 16 apresenta os escores finais e por dimensão para o Rio Grande do Sul e para região de saúde de Verdes Campos. O estado obteve escore final regular (entre 0,750 e 0,999) em ambos os ciclos, sendo possível observar melhorias em todas as dimensões no período. As dimensões que obtiveram os maiores e os menores escores em ambos os ciclos foram, respectivamente, turnos de funcionamento (0,988 em 2012 e 0,989 em 2014) e infraestrutura (0,748 em 2012 e 0,879 em 2014), sendo esta última a dimensão de maior evolução entre os ciclos (+0,131). As dimensões relativas a turnos de funcionamento e serviços disponíveis obtiveram altos escores no Ciclo 1, possuindo os menores incrementos no período (+0,001 e +0,004, respectivamente). A maior parte das dimensões apresentaram bons escores em ambos os ciclos, resultando em escores finais regulares de 0,863 em 2012 e de 0,905 em 2014, com um incremento de 0,042 entre os anos.

No que se refere aos escores obtidos pela região de Verdes Campos, observaram-se incrementos na maioria das dimensões entre os ciclos, com exceção da dimensão de serviços disponíveis, em que houve uma piora (-0,005) no período observado. A dimensão que obteve os maiores escores

em ambos os ciclos foi a de turnos de funcionamento (0,944 em 2012; 1,000 em 2014), atingindo a pontuação máxima em 2014. As dimensões com piores pontuações foram, em 2012, a infraestrutura geral (0,657) e, em 2014, o tipo de equipes (0,819), ressaltando que a dimensão infraestrutura apresentou o maior aumento no período analisado (+0,176). Em termos de escores finais, a região de Verdes Campos apresentou classificação regular, tendo desempenho inferior ao estado em ambos os ciclos (0,809 em 2012 e 0,861 em 2014), porém, com um incremento superior (+0,052) no período (gráfico 16).

GRÁFICO 16. Escore final e escores por dimensão nos Ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB, estado do Rio Grande do Sul e região de saúde de Verdes Campos, 2012 e 2014



FONTE: PMAQ-AB (BRASIL, 2012, 2014).

NOTA: TIPOLOGIA E CLASSIFICAÇÃO DO ESCORE FINAL:

TIPO A: ESCORE FINAL = 1; CLASSIFICAÇÃO = REFERÊNCIA;

TIPO B: ESCORE FINAL ENTRE 0,750 E 0,999; CLASSIFICAÇÃO = REGULAR;

TIPO C: ESCORE FINAL ENTRE 0,500 E 0,749; CLASSIFICAÇÃO = RESTRITA;

TIPO D: ESCORE FINAL ENTRE 0,250 E 0,499; CLASSIFICAÇÃO = RUDIMENTAR;

TIPO E: ESCORE FINAL INFERIOR A 0,250; CLASSIFICAÇÃO = REPROVADA.

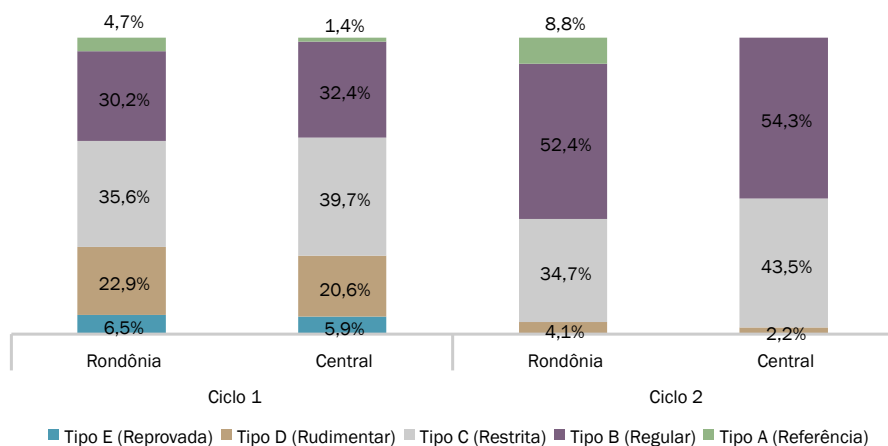
ESTADO DE RONDÔNIA E REGIÃO DE SAÚDE CENTRAL

TIPOLOGIA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Sobre a tipologia das suas UBS, no ano de 2012, o estado de Rondônia possuía cerca de um terço (34,9%) das suas unidades nos grupos de melhores condições estruturais, sendo 4,7% de unidades de referência (tipo A) e 30,2% de unidades regulares (tipo B). Apresentava ainda 35,6% de suas unidades no grupo C (classificação restrita) e 6,5% de unidades reprovadas (tipo E). A região de saúde Central se mostrava de forma semelhante, com 33,9% das UBS no grupo de melhores condições (sendo 1,5% de unidades de referência e 32,4% de unidades regulares), porém, com percentual inferior de unidades de referência (tipo A) quando comparada ao estado. Ao mesmo tempo, apresentava quase 40% de suas unidades do tipo restrita (tipo C), percentual maior que o estado no mesmo ciclo. A região Central também possuía UBS reprovadas (tipo E), contudo, em percentual inferior a Rondônia no período (5,9%) (gráfico 17).

Observando-se os dados do segundo ciclo, é possível apontar uma melhoria da tipologia das UBS tanto no estado como na região de saúde, com destaque para a extinção das UBS reprovadas (tipo E), bem como a redução significativa da proporção de UBS do tipo rudimentar (tipo D). O estado destaca-se quando comparado à região de saúde Central devido ao incremento de 4,1% na proporção de UBS de referência (tipo A) e de 22,2% nas unidades regulares (tipo B), e à diminuição na proporção dos demais tipos de unidades com piores condições de estrutura. A região Central não apresentou unidades de saúde de referência (tipo A) em 2014, aumentando em 3,8% o percentual de unidades do tipo restrita (tipo C) entre 2012 e 2014 (gráfico 17).

GRÁFICO 17. **Unidades Básicas de Saúde, segundo tipo, nos Ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB, estado de Rondônia e região de saúde Central, 2012 e 2014**



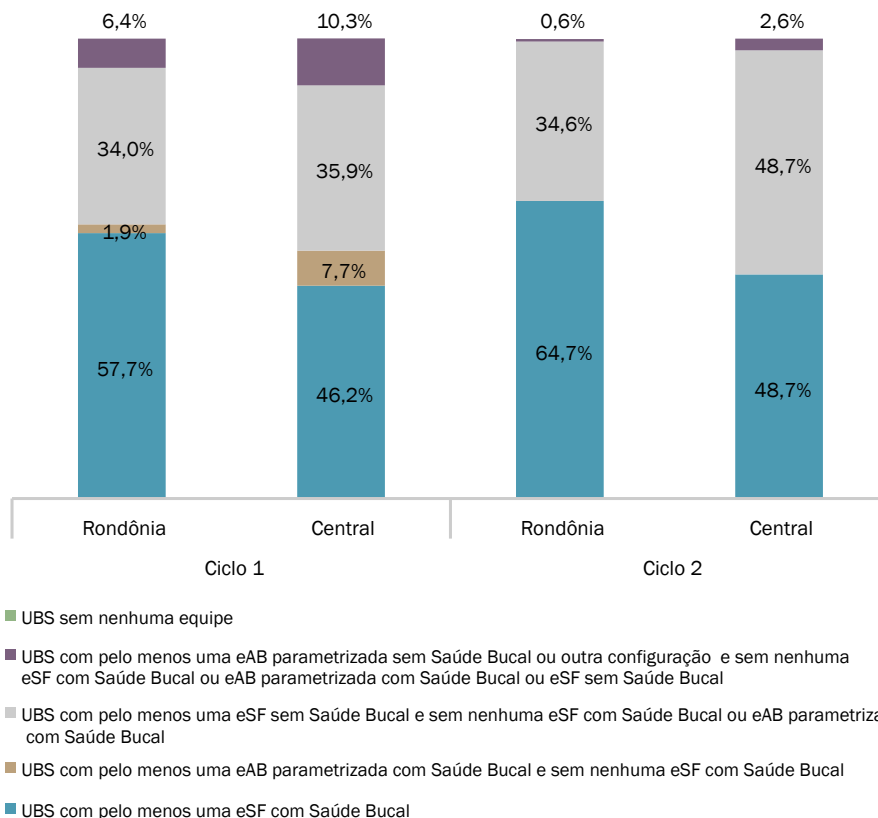
FONTE: PMAQ-AB (BRASIL, 2012, 2014).

TIPO DE EQUIPES

No Ciclo 1 do PMAQ-AB (2012), enquanto o estado de Rondônia apresentava a maior parte de suas UBS com pelo menos uma eSF com Saúde Bucal (57,7%), a região de saúde Central exibia 46,2% do seu total de UBS nessa condição. Em ambas as localidades, o segundo maior percentual observado pertencia à categoria de UBS com pelo menos uma eSF sem o suporte de uma eSB, sendo a proporção estadual menor (Rondônia: 34,0%; região Central: 35,9%). Em ambas as localidades, não foram encontradas UBS sem nenhuma equipe no período analisado. Já no ano de 2014, os dois territórios aumentaram suas proporções de UBS com pelo menos uma eSF com Saúde Bucal, sendo esse incremento maior no estado (+7,0%) e menor na região de saúde (+2,5%). Destaca-se também o aumento na proporção de unidades com pelo menos uma eSF sem eSB, e ainda a redução das UBS com os demais tipos de equipes, em ambas as localidades (gráfico 18).

GRÁFICO 18. **Tipos de equipes existentes nas unidades de saúde, nos Ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB, estado de Rondônia e região de saúde Central, 2012 e 2014**

Características do Ambiente de Implantação da Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde



FONTE: PMAQ-AB(BRASIL, 2012, 2014).

EAB: EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA; ESF: EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA; UBS: UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.

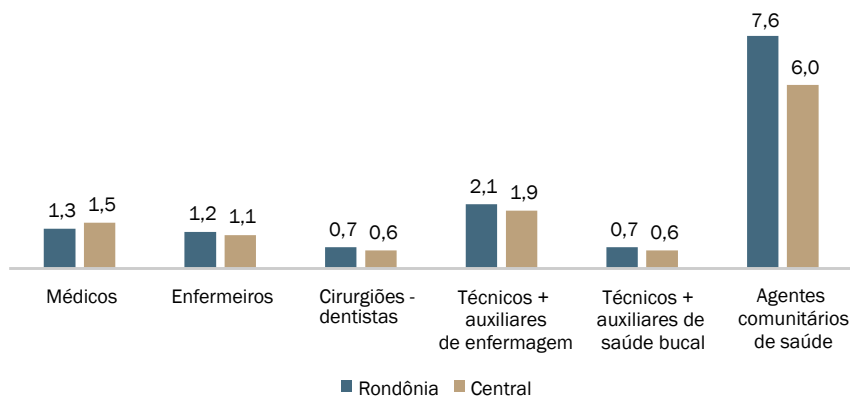
ELENCO DE PROFISSIONAIS

Observando os dados obtidos no primeiro ciclo (2012), percebe-se que o estado de Rondônia apresentou maiores números médios de profissionais por unidade de saúde que a região Central, com exceção para os profissionais médicos (gráfico 19). Quanto às informações referentes ao Ciclo 2 do PMAQ-AB, Rondônia exibiu incrementos positivos na maioria

das categorias profissionais, com destaque para o incremento no número médio de médicos (+0,4), técnicos/auxiliares de enfermagem (+0,8) e ACS (+3,5). Já a região Central continuou apresentando números médios menores ao estado, variando pouco a disponibilidade de profissionais em suas UBS no período (gráfico 20).

Em ambos os ciclos, tanto no estado como na região de saúde, as categorias que obtiveram os menores números médios de profissionais foram os cirurgiões-dentistas e os técnicos/auxiliares de saúde bucal. Em Rondônia, ambas as categorias apresentaram estabilidade entre os ciclos, enquanto na região Central, elas sofreram pequenos decréscimos (cirurgiões-dentistas: -0,1; técnicos/auxiliares de saúde bucal: -0,3). Nos dois ciclos e nas localidades estudadas, a categoria de ACS apresentou os maiores números médios de profissionais, bem como os maiores incrementos entre os anos (Rondônia: +3,5; região Central: +2,6) (gráficos 19 e 20).

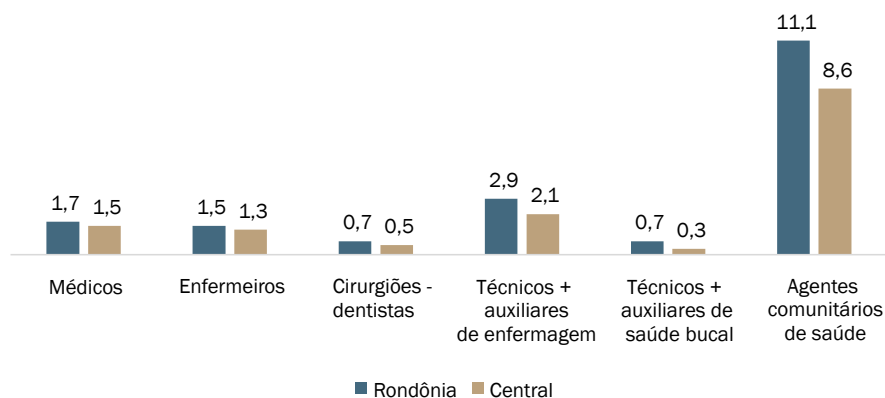
GRÁFICO 19. NÚMERO MÉDIO DE PROFISSIONAIS POR UNIDADE DE SAÚDE, NO CICLO 1 DO PMAQ-AB, ESTADO DE RONDÔNIA E REGIÃO DE SAÚDE CENTRAL, 2012



FONTE: PMAQ-AB (BRASIL, 2012).

GRÁFICO 20. **Número médio de profissionais por unidade de saúde, no Ciclo 2 do PMAQ-AB, estado de Rondônia e região de saúde Central, 2014**

Características do Ambiente de Implantação da Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde



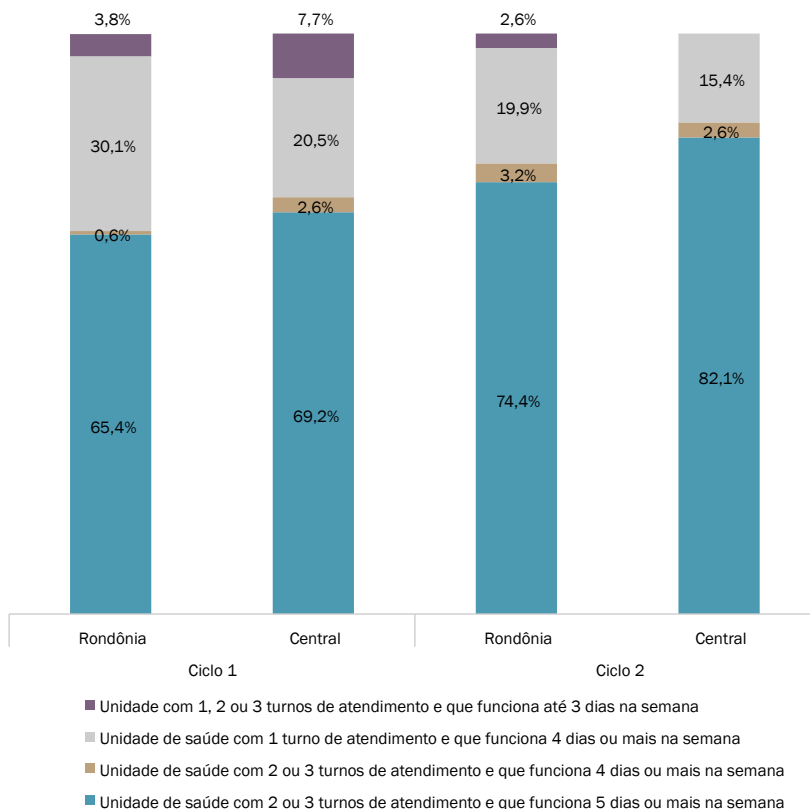
FONTE: PMAQ-AB (BRASIL, 2014).

TURNOS DE FUNCIONAMENTO

Em 2012, o estado de Rondônia e a região de saúde Central apresentavam mais de 65% das suas UBS funcionando com, no mínimo, dois turnos de atendimento em pelo menos cinco dias da semana. A região Central demonstrava percentuais mais altos para esse tipo de funcionamento (69,2%), possuindo ainda 28,2% de suas UBS com funcionamento parcial (sendo 20,5% funcionando com apenas 1 turno, e 7,7% com até 3 dias na semana), contra 33,9% do estado (sendo 30,1% funcionando com apenas 1 turno, e 3,8% com até 3 dias na semana) (gráfico 21).

No ano de 2014, observa-se a ampliação do funcionamento das UBS em ambas as localidades devido aos incrementos na proporção de unidades funcionando com, no mínimo, dois turnos de atendimento em pelo menos cinco dias da semana (Rondônia: +9,0%; região Central: +12,9%), e à redução de unidades com turnos de funcionamento parciais. Ainda nesse ano, a região Central não possuía mais UBS com funcionamento de até três dias na semana (gráfico 21).

GRÁFICO 21. **Distribuição das unidades de saúde, por turnos de funcionamento, nos Ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB, estado de Rondônia e região de saúde Central, 2012 e 2014**



FONTE: PMAQ-AB (BRASIL, 2012, 2014).

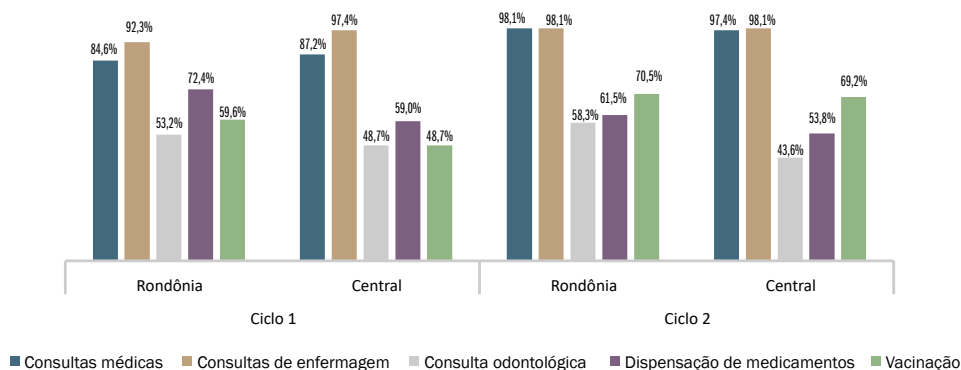
SERVIÇOS DISPONÍVEIS

Em se tratando dos serviços disponíveis nas UBS de Rondônia no Ciclo 1, chama atenção os baixos percentuais obtidos para consultas odontológicas (53,2%) e vacinação (59,6%). A respeito desses serviços, apesar do incremento entre os ciclos, ambos se mantiveram reduzidos no ano de 2014 (58,3% e 70,5% respectivamente). Sobre as consultas médicas, percebe-se um aumento entre os anos (+13,5%), alcançando-se, em 2014, aproximadamente o universo das unidades (98,1%). Por outro lado, houve piora na dispensação

de medicamentos pela farmácia no período considerado, passando de 72,4% em 2012 para 61,5% em 2014 (-10,9%) (gráfico 22).

Observando os dados referentes à região de saúde Central, no ano de 2012, destaca-se que as consultas médicas (87,2%) e de enfermagem (97,4%) eram ofertadas pela maioria das UBS da região. Em contraponto, no mesmo ano, era insuficiente a oferta de consultas odontológicas (48,7%), dispensação de medicamentos pela farmácia (59,0%) e vacinação (48,7%), apresentando percentuais bastante inferiores ao do estado no mesmo ciclo. No segundo ciclo, enquanto a vacinação exibiu um incremento considerável (+20,5%), atingindo patamar semelhante ao do estado, os serviços de consultas odontológicas e a dispensação de medicamentos pela farmácia demonstraram piora no período analisado (-5,1% e -5,2% respectivamente) (gráfico 22).

GRÁFICO 22. **Proporção de unidades de saúde, por serviço ofertado, nos Ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB, estado de Rondônia e região de saúde Central, 2012 e 2014**



FONTE: PMAQ-AB (BRASIL, 2012, 2014).

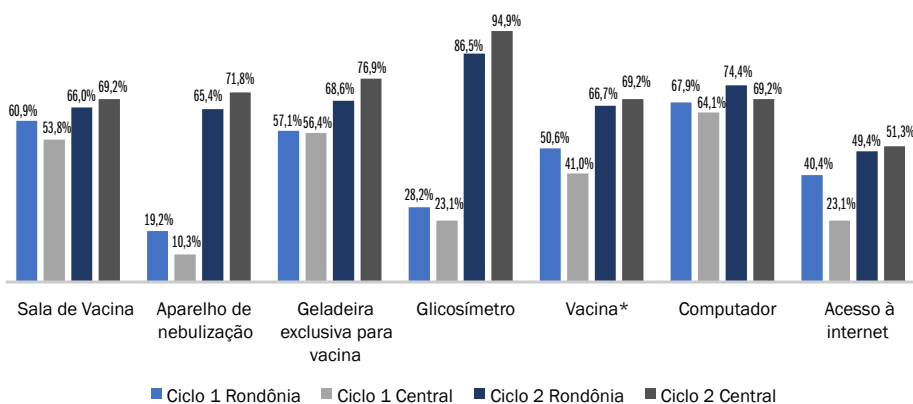
INFRAESTRUTURA GERAL

No estado de Rondônia, ao analisar os valores encontrados nos dois ciclos para a estrutura física e os equipamentos, é possível verificar evoluções na presença de aparelho de nebulização (+46,2%), glicosímetro (+58,3%), sala de vacina (+5,1%) e geladeiras exclusivas para vacina (+11,5%). A respeito da disponibilidade de vacinas – tetravalente no caso de 2012 e pentavalente

no ano de 2014 –, notou-se uma melhoria na oferta desse item no período analisado, passando de 50,6% (2012) para 66,7% (2014). Do mesmo modo, ampliou-se a presença de computador nas unidades de saúde do estado (67,9%, em 2012, e 74,4%, em 2014) e de unidades de saúde com acesso à internet. Este último cresceu de 40,4% em 2012 para 49,4% em 2014 (gráfico 23).

Assim como o estado, a região Central apresentava, em 2012, baixos percentuais em itens básicos de infraestrutura, principalmente com relação a aparelho de nebulização (10,3%), glicosímetro (23,1%), vacina tetravalente (41%) e acesso à internet (23,1%). Dessa forma, a região demonstrou evoluções consideráveis no ano de 2014, sendo os maiores incrementos para o glicosímetro (+71,8%) e para o aparelho de nebulização (+61,5%), além disso, contou com aumentos importantes na presença unidades com sala de vacina (+15,4%) e com geladeiras exclusivas para vacina (+20,5%). A oferta de vacinas também melhorou na região, estando presente em 69,2% das UBS no ano de 2014. Pode-se observar um discreto aumento na presença de computador nas unidades de saúde da região (64,1% em 2012; 69,2%, em 2014), e de unidades de saúde com acesso à internet (23,1% em 2012; 51,3% em 2014), mas o percentual para este último, embora melhor do que obtido pelo estado no mesmo período, ainda é baixo (gráfico 23).

GRÁFICO 23. Proporção de unidades de saúde com presença de itens de infraestrutura geral nos Ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB, estado de Rondônia e região de saúde Central, 2012 e 2014



FONTE: PMAQ-AB(BRASIL, 2012, 2014).

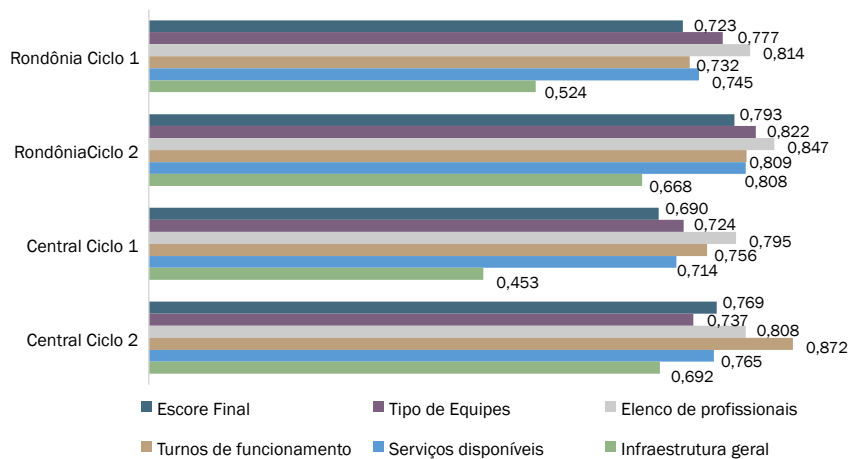
*VACINA TETRAVALENTE EM 2012 E PENTAVALENTE EM 2014.

ESCORE DAS DIMENSÕES E ESCORE FINAL

O gráfico 24 apresenta os escores finais e os escores obtidos pelo estado de Rondônia e pela região de saúde Central em cada dimensão analisada anteriormente. No ano de 2012, Rondônia obteve um escore final de 0,723, classificado como restrito (escore final entre 0,500 e 0,749). Destacaram-se as dimensões: elenco de profissionais, com o maior escore registrado (0,814), seguida da dimensão tipo de equipes (0,777). O pior escore foi registrado para a dimensão de infraestrutura geral, que obteve 0,524 no período. Analisando os escores do estado para o ano de 2014, é possível observar a melhoria de 0,070 no escore final, apresentando a pontuação de 0,793 e a classificação regular (0,750 e 0,999). Também foram registrados incrementos nos escores de todas as dimensões, sendo o maior deles na dimensão de infraestrutura geral (+0,144), e o menor, para o elenco de profissionais (0,033).

A região de saúde Central apresentou escores inferiores aos encontrados para o estado, exceto na dimensão infraestrutura geral no Ciclo 2 e na dimensão turnos de funcionamento em ambos os ciclos. Tais dimensões também registraram os maiores incrementos no período, sendo de 0,239 para infraestrutura geral e 0,116 para turnos de funcionamento. A região, que havia obtido um escore final restrito de (0,690) no Ciclo 1, alcançou um escore final regular de 0,769 em 2014, registrando um incremento superior ao estado no mesmo período (+0,079) (gráfico 24).

GRÁFICO 24. **Escore final e escores por dimensão nos Ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB, estado de Rondônia e região de saúde Central, 2012 e 2014**



FONTE: PMAQ-AB (BRASIL, 2012, 2014).

NOTA: TIPOLOGIA E CLASSIFICAÇÃO DO ESCORE FINAL:

TIPO A: ESCORE FINAL = 1; CLASSIFICAÇÃO = REFERÊNCIA;

TIPO B: ESCORE FINAL ENTRE 0,750 E 0,999; CLASSIFICAÇÃO = REGULAR;

TIPO C: ESCORE FINAL ENTRE 0,500 E 0,749; CLASSIFICAÇÃO = RESTRITA;

TIPO D: ESCORE FINAL ENTRE 0,250 E 0,499; CLASSIFICAÇÃO = RUDIMENTAR;

TIPO E: ESCORE FINAL INFERIOR A 0,250; CLASSIFICAÇÃO = REPROVADA.

ESTADO DE GOIÁS, REGIÃO DE SAÚDE DO ENTORNO SUL DE GOIÁS E DISTRITO FEDERAL

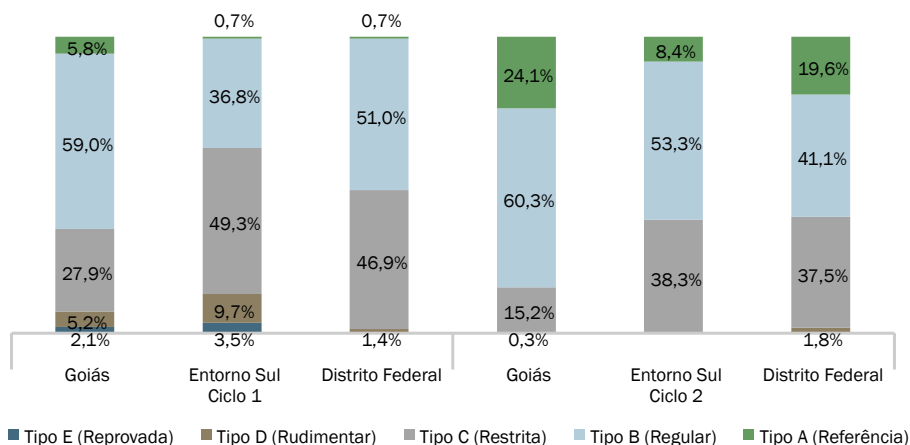
TIPOLOGIA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

No ano de 2012, o estado de Goiás destacava-se por apresentar mais de 60% das suas UBS pertencentes aos grupos de melhores condições (tipo A – unidades de referência: 5,8%; e tipo B – unidades regulares: 59,0%). Em contraponto, o estado ainda possuía um pequeno percentual (2,1%) de unidades tipo E, consideradas reprovadas conforme a tipologia, e de unidades tipo D (5,2%), classificadas como rudimentares. A região de saúde do Entorno Sul apresentava os piores percentuais entre as localidades analisadas, com apenas 37,5% de suas UBS no grupo de melhores condições de estrutura (unidades de referência: 0,7%; e unidades regulares: 36,8%), 49,3% de suas

UBS do tipo C, mostrando condições intermediárias (unidades restritas) e ainda com o maior percentual de UBS rudimentares (tipo D: 9,7%) e reprovadas (tipo E: 3,5%). Por sua vez, no Distrito Federal, a maior parte (51,7%) das UBS encontrava-se no grupo de melhores condições (sendo 51,0% do tipo regular e 0,7% de unidades de referência), não possuindo nenhuma UBS reprovada (tipo E) (gráfico 25).

Analisando a evolução das três localidades no Ciclo 2, é possível observar aumentos importantes na proporção de UBS de referência e regulares (tipos A e B), e redução dos percentuais de UBS tipo restritas e rudimentares (tipos C e D). As unidades do tipo rudimentares chegaram a ser extintas na região de saúde do Entorno Sul, assim como em 2014 não existiam UBS reprovadas (tipo E) em todas as localidades. O estado de Goiás destaca-se com os maiores percentuais de UBS de referência (24,1%) e regulares (60,3%) (gráfico 25).

GRÁFICO 25. Unidades Básicas de Saúde, segundo tipo, nos Ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB, estado de Goiás, região de saúde do Entorno Sul e Distrito Federal, 2012 e 2014



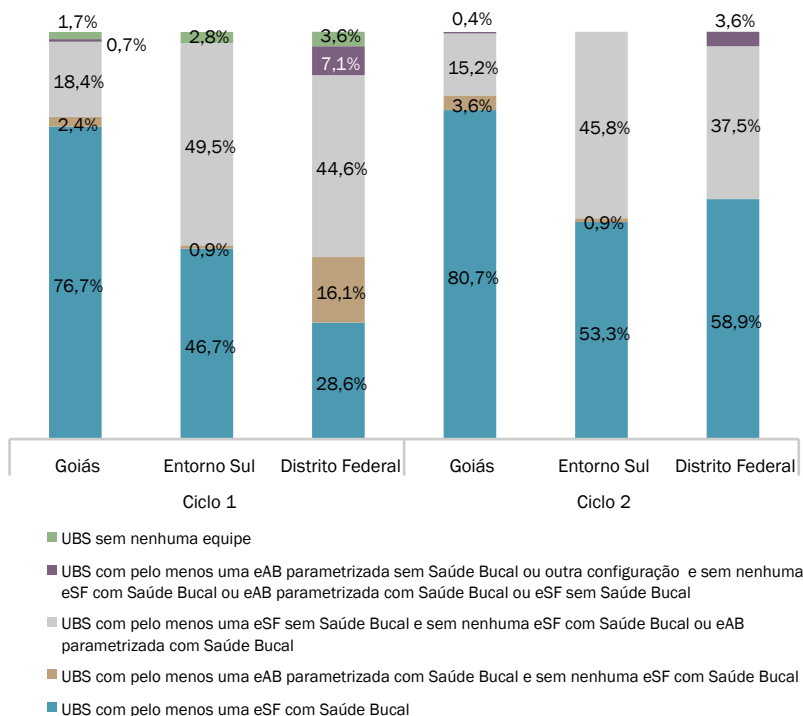
FONTE: PMAQ-AB (BRASIL, 2012, 2014).

TIPO DE EQUIPES

Quanto à dimensão tipos de equipes, no primeiro ciclo do PMAQ-AB (2012), o estado de Goiás apresentou a maior parte das suas unidades com pelo menos

uma eSF com Saúde Bucal (76,7%), enquanto a região de saúde do Entorno Sul e o Distrito Federal exibiram percentuais bem inferiores (46,7% e 28,6% respectivamente) para o período. Na região do Entorno Sul, cerca de metade das UBS (49,5%) possuem pelo menos uma eSF, porém, sem o suporte de uma eSB; e no Distrito Federal, esse percentual é ligeiramente inferior, sendo de 44,6%. Em todas as localidades analisadas, foram encontradas UBS sem nenhuma equipe, ainda que em percentuais pequenos. Já no Ciclo 2 (2014), observa-se o aumento na proporção de UBS com pelo menos uma eSF com Saúde Bucal. Ainda assim, a região de saúde do Entorno Sul e o Distrito Federal permanecem com percentuais bem inferiores (53,3% e 58,9% respectivamente) à proporção alcançada pelo estado de Goiás no mesmo período (80,7%). Destaca-se a extinção das UBS sem nenhum tipo de equipe nas três localidades analisadas (gráfico 26).

GRÁFICO 26. Tipos de equipes existentes nas unidades de saúde, nos Ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB, estado de Goiás, região de saúde do Entorno Sul e Distrito Federal, 2012 e 2014



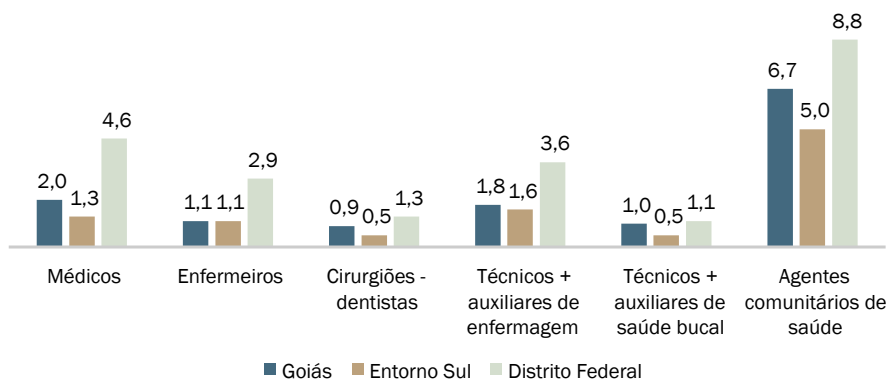
FONTES: PMAQ-AB(BRASIL, 2012, 2014).

EAB: EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA; ESF: EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA; UBS: UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.

ELENCO DE PROFISSIONAIS

Observado os dados obtidos para o elenco de profissionais no primeiro ciclo do PMAQ-AB (2012), é possível perceber que o Distrito Federal apresentou números médios superiores de profissionais por UBS entre as localidades analisadas, com destaque para o número médio de médicos (4,6), enfermeiros (2,9), técnicos e auxiliares de enfermagem (3,6) e ACS (8,8). A região de saúde do Entorno Sul exibiu as menores médias em todas as categorias profissionais analisadas no mesmo período, com exceção para os enfermeiros, em que equivale ao patamar encontrado para o estado de Goiás no mesmo período (gráfico 27).

GRÁFICO 27. Número médio de profissionais por unidade de saúde, no Ciclo 1 do PMAQ-AB, estado de Goiás, região de saúde do Entorno Sul e Distrito Federal, 2012

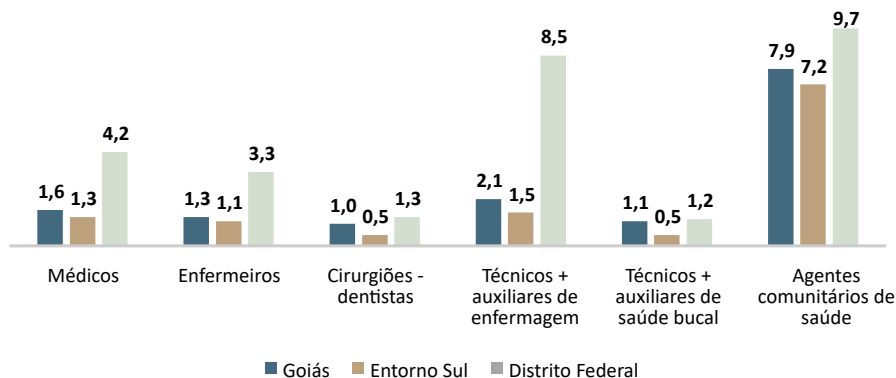


FONTE: PMAQ-AB(BRASIL, 2012).

Em relação ao desempenho dos indicadores no Ciclo 2, destaca-se o expressivo incremento do Distrito Federal no número médio de técnicos e auxiliares de enfermagem (3,6 em 2012; 8,5 em 2014); e em menor medida, os incrementos de todas as regiões analisadas no número médio de ACS (Goiás: +1,2; Entorno Sul: +2,0CONF12; Distrito Federal:+0,9). Os números médios de médicos por UBS em Goiás e no Distrito Federal sofreram pioras de 0,4 no período em tela. As demais categorias tiveram pequenos incrementos ou apresentaram estabilidade no período. As categorias de cirurgiões-dentistas

e técnicos/auxiliares de saúde bucal obtiveram os menores números médios em todas as localidades analisadas em ambos os ciclos. A categoria de ACS exibiu os maiores números médios em todas as localidades em ambos os ciclos (gráfico 28).

GRÁFICO 28. **Número médio de profissionais por unidade de saúde, no Ciclo 2 do PMAQ-AB, estado de Goiás, região de saúde do Entorno Sul e Distrito Federal, 2014**



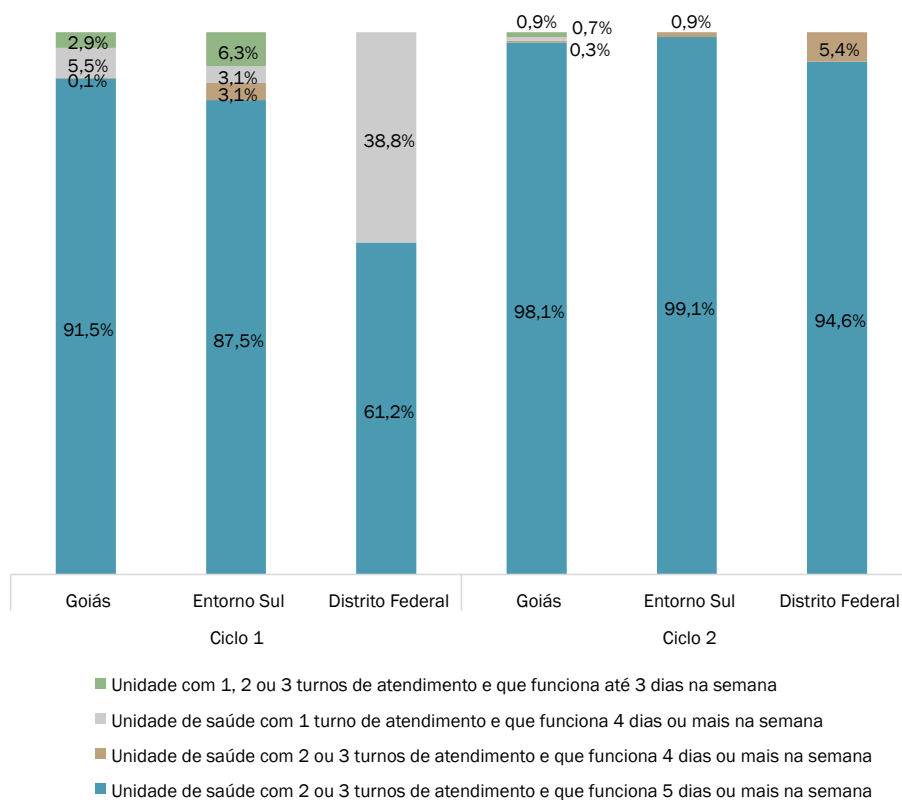
FONTE: PMAQ-AB (BRASIL, 2014).

TURNOS DE FUNCIONAMENTO

No Ciclo 1 do PMAQ-AB (2012), o estado de Goiás e a região de saúde do Entorno Sul apresentavam a maior parte de suas unidades funcionando em pelo menos dois turnos em cinco dias ou mais na semana (Goiás: 91,5%; Entorno Sul: 87,5%), com pequena parte de suas UBS em esquemas de funcionamento parcial (com apenas 1 turno ou funcionando em até 3 dias da semana). Já o Distrito Federal ainda apresentava 38,8% de suas UBS operando com apenas um turno de funcionamento. Em 2014, todas as localidades alcançaram mais de 90% de suas UBS com funcionamento de pelo menos dois turnos em cinco dias ou mais na semana, com destaque para o Distrito Federal, onde houve o maior incremento desse indicador no período (+33,4%). Ademais, na região do Entorno Sul e no Distrito Federal, não mais existiam UBS em esquemas de funcionamento parcial (com apenas 1 turno ou funcionando em até 3 dias da semana) no Ciclo 2 (gráfico 29).

GRÁFICO 29. Distribuição das unidades de saúde, por turnos de funcionamento, nos Ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB, estado de Goiás, região de saúde do Entorno Sul e Distrito Federal, 2012 e 2014

Características do Ambiente de Implantação da Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde



FONTE: PMAQ-AB(BRASIL, 2012, 2014).

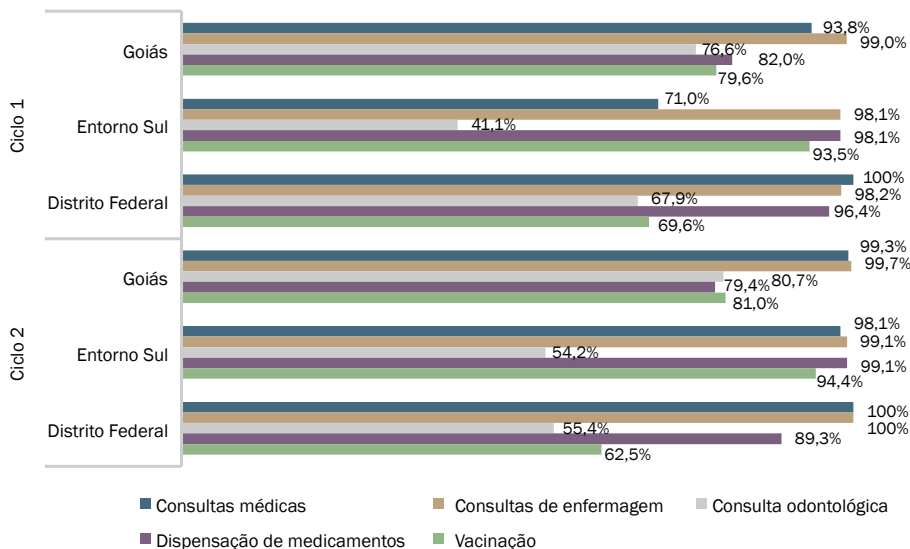
SERVIÇOS DISPONÍVEIS

Observando os dados obtidos para o estado de Goiás, destacam-se os altos percentuais alcançados no Ciclo 1 para a oferta de consultas médicas (93,8%) e de enfermagem (99,0%), e mantidos também no segundo ciclo (99,3 e 99,7% respectivamente). No Ciclo 2, cresceu a proporção de unidades de saúde que ofereciam consultas odontológicas (+4,1%) e vacinação (+1,4%). Nota-se uma piora na dispensação de medicamentos pela farmácia ao longo dos ciclos, variando de 82,0% a 79,4% (-2,6%). No Ciclo 1, a região de saúde do Entorno Sul apresentou percentuais maiores que o estado de Goiás em termos de UBS com serviços de dispensação de medicamentos pela farmácia

(98,1%) e vacinação (93,5%). A respeito da oferta de consultas, apenas a consulta de enfermagem obteve percentuais compatíveis com o parâmetro estadual (98,1%), estando a oferta de consultas médicas (71%) e odontológicas (41,1%) bem aquém do esperado. No ano de 2014, a região demonstrou melhora na porcentagem de UBS com ofertas de consultas médicas (+27,1) e odontológicas (+13,1%), porém, esta última ainda se encontra bem inferior ao parâmetro estadual, sendo ofertada em apenas 54,2% das UBS (gráfico 30).

Sobre o Distrito Federal, entre os dois ciclos, chama atenção a piora na oferta de consultas odontológicas (de 67,9% em 2012 para 55,4% em 2014) e da vacinação (de 69,6% em 2012 para 62,5% em 2014). A dispensação de medicamentos pela farmácia também sofreu decréscimo na proporção de unidades que ofertam o serviço (de 96,4% em 2012 para 89,3% em 2014), contudo, com menor prejuízo que os serviços anteriormente citados. O Distrito Federal também apresentou um aumento na oferta de consultas de enfermagem (+1,8%) no período, alcançando a totalidade das unidades em 2014, e manteve a oferta de consultas médicas em 100% das unidades desde o primeiro ciclo (gráfico 30).

GRÁFICO 30. Proporção de unidades de saúde, por serviço ofertado, nos Ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB, estado de Goiás, região de saúde do Entorno Sul e Distrito Federal, 2012 e 2014



FONTE: PMAQ-AB (BRASIL, 2012, 2014).

INFRAESTRUTURA GERAL

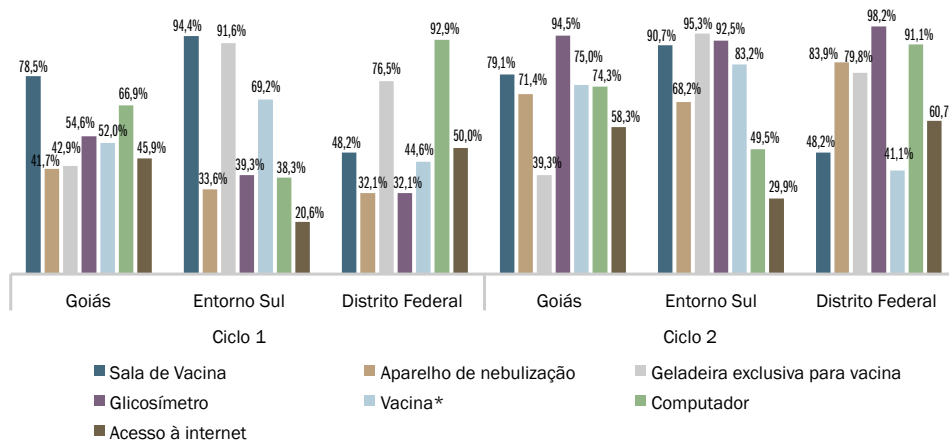
Em termos da estrutura física e equipamentos, o estado de Goiás não apresentou bons percentuais no primeiro ciclo analisado, principalmente quanto à proporção de UBS com presença de aparelho de nebulização (41,7%), geladeira exclusiva para vacina (42,9%), glicosímetro (54,6%), vacina tetravalente (52,0%) e acesso à internet (45,9%). Em relação ao ano de 2014, observa-se uma evolução na proporção de unidades de saúde com presença de glicosímetro (+39,9%) e aparelho de nebulização (+29,7%). O percentual de unidades de saúde com sala de vacina apresentou relativa estabilidade (+0,6%), enquanto o indicador de presença de geladeira exclusiva para vacina piorou ao diminuir 3,6 pontos percentuais, ficando em 39,3% em 2014. Para os insumos – dimensão representada pelas vacinas tetravalente (2012) e pentavalente (2014) –, percebeu-se uma melhoria na oferta desse item no período analisado, aumentando 23,0% (de 52,0% para 75,0%). A respeito dos equipamentos de tecnologia da informática e computação, o estado apresentou aumento na proporção de UBS com presença de computador (de 66,9% para 74,3%) e no acesso à internet (de 45,9% para 58,3%) (gráfico 31).

Quanto à região de saúde do Entorno Sul, no Ciclo 1, notam-se percentuais superiores ao estado no que se refere às UBS com presença de sala de vacina (94,4%), geladeira exclusiva para vacina (91,6%) e vacina tetravalente (69,2%). Os demais indicadores apresentaram percentuais baixos nesse ciclo. Já no Ciclo 2, a região exibiu importantes incrementos no que diz respeito à presença de glicosímetro (+53,2%), de aparelho de nebulização (+34,6%) e de vacina pentavalente (+14,0%). Embora tenha aumentado a proporção de UBS com presença computador e acesso à internet, os percentuais da região para o ano de 2014 ainda são baixos (49,5% e 29,9% respectivamente). A região ainda apresentou uma piora no que se refere à proporção de UBS com presença de sala de vacina no período (gráfico 31).

A respeito dos resultados obtidos pelo Distrito Federal ao longo dos dois ciclos analisados, observaram-se incrementos importantes nos itens de estrutura física e equipamentos, especialmente no percentual de unidades com presença de aparelho de nebulização (+51,8%) e glicosímetro (+66,1%), cujos patamares atingidos em 2012 eram baixos. Houve uma estabilidade no percentual de unidades com salas de vacina (48,2% nos dois ciclos) e um aumento discreto na presença de geladeiras exclusivas para vacina (+3,3%). A respeito das vacinas – tetravalente

no caso de 2012 e pentavalente no ano de 2014 –, o baixo patamar de 2012 (44,6%) sofreu uma piora de 3,5% em 2014 (41,1%). Por fim, em relação aos itens de tecnologia da informática e computação, o Distrito Federal apresentou discreta redução (-1,8%) na presença de computadores, e melhora no número de unidades com acesso à internet (+10,7%) no período em tela (gráfico 31).

GRÁFICO 31. Proporção de unidades de saúde com presença de itens de infraestrutura geral nos Ciclos 1 e 2 do PMAQ-AB, estado de Goiás, região de saúde do Entorno Sul e Distrito Federal, 2012 e 2014



FONTES: PMAQ-AB(BRASIL, 2012, 2014).

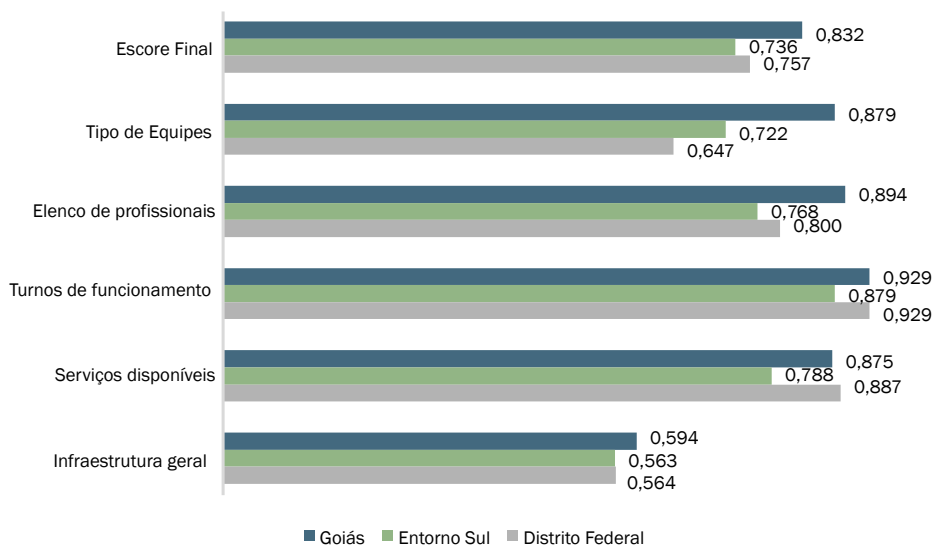
*VACINA TETRAVALENTE EM 2012 E PENTAVALENTE EM 2014.

ESCORE DAS DIMENSÕES E ESCORE FINAL

Os gráficos 32 e 33 apresentam os escores finais e por dimensão obtidos pelo estado de Goiás, pela região de saúde do Entorno Sul e pelo Distrito Federal em cada ciclo de análise. Em relação ao ano de 2012, o estado de Goiás e o Distrito Federal obtiveram escores finais (0,832 e 0,757 respectivamente) classificados como regulares (entre 0,750 e 0,099), enquanto a região de saúde do Entorno Sul alcançou um escore final (0,736) classificado como restrito (entre 0,500 e 0,749). Goiás obteve o melhor escore final (0,832) e os melhores desempenhos na maioria das dimensões analisadas, com exceção da dimensão de serviços disponíveis, em que o melhor escore pertenceu ao Distrito Federal (0,877). Na dimensão turnos de funcionamento, o estado de Goiás e o Distrito Federal apresentaram elevados escores (0,929 para ambos) (gráfico 32).

Já no ano de 2014, todas as localidades obtiveram escores finais classificados como regulares (Goiás: 0,889; Entorno Sul: 0,825; Distrito Federal: 0,804), sendo que o estado de Goiás manteve o maior escore final, e os maiores escores nas categorias tipos de equipes (0,912), elenco de profissionais (0,924) e infraestrutura geral (0,747). O maior escore da dimensão turnos de funcionamento passou a ser da região de saúde do Entorno Sul (0,995). Os maiores incrementos registrados entre os anos foram nas dimensões de infraestrutura em Goiás (+0,153) e na região do Entorno Sul (+0,145), e para a dimensão de tipo de equipes no Distrito Federal (+0,139). Também foi registrado um decréscimo no escore da dimensão de serviços disponíveis no Distrito Federal nesse período, caindo de 0,887 em 2012 para 0,845 em 2014 (-0,042). As dimensões com maiores e menores escores em todas as localidades analisadas, em ambos os ciclos, foram, respectivamente, turnos de funcionamento e infraestrutura geral (gráficos 32 e 33).

GRÁFICO 32. **Escore final e escores por dimensão no Ciclo 1 do PMAQ-AB, estado de Goiás, região de saúde do Entorno Sul e Distrito Federal, 2012**



FONTE: PMAQ-AB(BRASIL, 2012).

NOTA: TIPOLOGIA E CLASSIFICAÇÃO DO ESCORE FINAL:

TIPO A: ESCORE FINAL = 1; CLASSIFICAÇÃO = REFERÊNCIA;

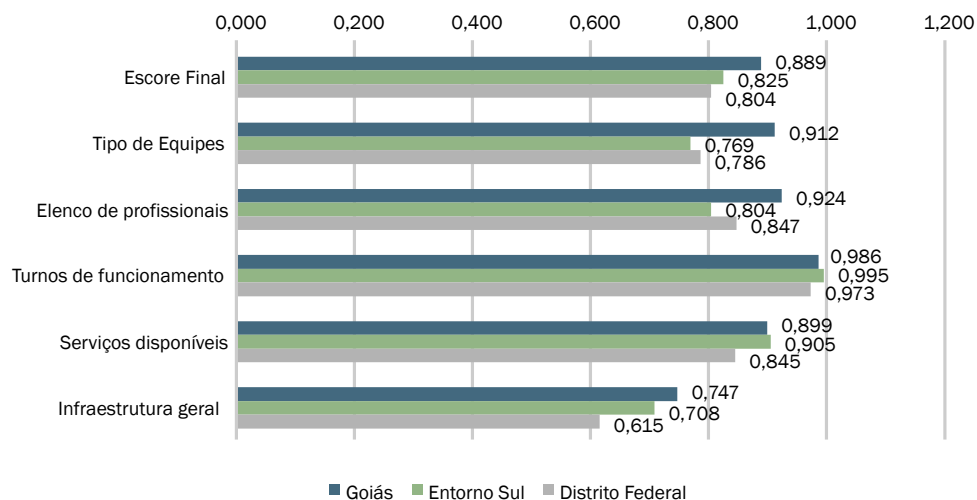
TIPO B: ESCORE FINAL ENTRE 0,750 E 0,999; CLASSIFICAÇÃO = REGULAR;

TIPO C: ESCORE FINAL ENTRE 0,500 E 0,749; CLASSIFICAÇÃO = RESTRITA;

TIPO D: ESCORE FINAL ENTRE 0,250 E 0,499; CLASSIFICAÇÃO = RUDIMENTAR;

TIPO E: ESCORE FINAL INFERIOR A 0,250; CLASSIFICAÇÃO = REPROVADA.

GRÁFICO 33. **Escore final e escores por dimensão no Ciclo 2 do PMAQ-AB, estado de Goiás, região de saúde do Entorno Sul e Distrito Federal, 2014**



FORNTE: PMAQ-AB(BRASIL, 2014).

NOTA: TIPOLOGIA E CLASSIFICAÇÃO DO ESCORE FINAL:

TIPO A: ESCORE FINAL = 1; CLASSIFICAÇÃO = REFERÊNCIA;

TIPO B: ESCORE FINAL ENTRE 0,750 E 0,999; CLASSIFICAÇÃO = REGULAR;

TIPO C: ESCORE FINAL ENTRE 0,500 E 0,749; CLASSIFICAÇÃO = RESTRITA;

TIPO D: ESCORE FINAL ENTRE 0,250 E 0,499; CLASSIFICAÇÃO = RUDIMENTAR;

TIPO E: ESCORE FINAL INFERIOR A 0,250; CLASSIFICAÇÃO = REPROVADA.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na análise dos dados obtidos nos dois primeiros ciclos do PMAQ-AB (2012 e 2014), foi constatada uma melhora geral nos parâmetros estudados. Levando-se em conta que a estratégia de PAS visa à organização dos serviços e a uma melhor integração entre os diferentes níveis de atenção, espera-se que ela surta efeitos positivos nos indicadores de saúde da população e que, conseqüentemente, também impacte positivamente nos indicadores utilizados pelo PMAQ-AB.

No que diz respeito à tipologia das unidades de saúde, foi observado que, entre os dois ciclos do PMAQ-AB, houve um considerável avanço, extinguindo-se as unidades de saúde classificadas como reprovadas pela tipologia (tipo E) em todas as localidades analisadas. Reduziu-se drasti-

camente o quantitativo de unidades de saúde do tipo rudimentar (tipo D), chegando-se a ser extintas em algumas localidades. A queda no número de unidades de saúde do tipo restrita (tipo C) apresentou-se de maneira disforme entre os territórios estudados. Ao mesmo tempo, percebeu-se, de maneira geral, um aumento na proporção de unidades de referência (tipo A) e unidades regulares (tipo B), que apresentam melhores condições de estrutura de acordo com a tipologia adotada. As reduções no quantitativo de unidade de saúde com piores condições de infraestrutura (tipos C, D e E) podem ser consideradas um avanço para a organização da APS, pois essas unidades abrem espaço para o surgimento de unidades de saúde mais qualificadas na maioria das localidades estudadas.

É importante salientar que o perfil das equipes de saúde que compõem essas unidades também apresentou melhora, tanto pela extinção de unidades de saúde sem nenhuma equipe em todas as localidades estudadas como pelo aumento da proporção de UBS com pelo menos uma eSF com Saúde Bucal em praticamente todas as localidades analisadas, com exceção do estado do Rio Grande do Sul. Isso demonstra uma evolução geral na prestação de serviços por parte da APS nas regiões.

A melhoria na tipologia das unidades de saúde pode ser irrelevante se elas não se apresentam disponíveis para o usuário no período em que ele está apto a ser atendido. Dessa forma, foram observados também avanços nos horários de funcionamento dessas unidades, pois houve uma ampliação no expediente em todas as localidades estudadas, excetuando-se a região de Caxias (Maranhão), onde o horário de funcionamento apresentou-se estável. De maneira geral, também foi reduzido o quantitativo de unidades com funcionamento parcial (unidades cujo funcionamento ocorre em apenas um turno ou em apenas três dias da semana), chegando-se à extinção desse tipo de unidade em algumas áreas de estudo.

Quanto ao elenco de profissionais contratados, foi observado aumento no quantitativo de profissionais entre os períodos analisados, mais discreto em algumas localidades, como nas regiões de saúde de Caxias (Maranhão) e Verdes Campos (Rio Grande do Sul), e outras mais acentuadas, como no estado de Rondônia e no Distrito Federal. A categoria de ACS foi a que apresentou o maior incremento em todas as áreas, e a

categoria médica, a que demonstrou maior decréscimo. As categorias de cirurgiões-dentistas e técnicos e auxiliares de saúde bucal não exibiram grandes variações no decorrer dos anos.

A oferta de serviços também foi ampliada na maioria das áreas de estudo, com alguns decréscimos pontuais, a exemplo da oferta de consultas odontológicas e da dispensação de medicamentos no Distrito Federal. Em compensação, a oferta de consultas médicas foi ampliada em todas as áreas estudadas, enquanto a dispensação de medicamentos pela farmácia foi o serviço que apresentou os maiores decréscimos na maioria das localidades.

Também foram obtidas melhorias na infraestrutura e na forma como as unidades estão equipadas. Todas as regiões apresentaram aumentos consideráveis no número de unidades que, no segundo ciclo do PMAQ-AB, possuíam equipamentos de nebulização e glicosímetro. No que concerne à vacinação, foi observado que, na maioria das regiões, houve o aumento na presença de salas exclusivas para o serviço de vacinação das unidades, porém, o Distrito Federal apresentou percentuais baixos de presença de vacinas nas unidades. Já o estado de Goiás exibiu valores baixos relativos à presença de geladeira exclusiva para armazenamento de imunizantes. A informatização das unidades, apesar de ter demonstrado uma discreta melhora, ainda é considerada uma deficiência para a APS, de forma que o aumento no número de unidades com computadores, bem como seu acesso à internet, não acompanhou os outros avanços observados.

Os dois ciclos do PMAQ-AB expuseram fortalezas e deficiências no que tange à APS e à prestação de serviços de baixa complexidade para os usuários. No primeiro ciclo analisado, a maior parte das áreas obteve escores finais classificados como regulares (entre 0,750 e 0,999), com exceção do estado de Rondônia e sua respectiva região de saúde (Região Central) e a região de saúde do Entorno Sul do estado de Goiás, que tiveram escores finais restritos (entre 0,500 e 0,749). Já no segundo ciclo, todas as localidades alcançaram escores finais regulares, sendo o estado do Maranhão o de maior incremento (+0,077), e o Rio Grande do Sul, o de menor (+0,042). A região de saúde com maior aumento em seu escore final foi a do Entorno Sul (Goiás), com acréscimo de 0,089, e a que apresentou o menor foi a região de Caxias (Maranhão), com 0,033 de incremento.

É essencial para a organização do sistema de saúde que a APS se apresente resolutiva e ordenada, pois ela é um pilar fundamental para o acolhimento e o encaminhamento do usuário para os níveis de atenção mais complexos. É importante salientar que algumas áreas deste estudo que foram planejadas apenas passaram por esse processo após a coleta dos dados do segundo ciclo do PMAQ-AB em 2014. Dessa forma, é possível que a PAS não tenha exercido influência nos avanços desses indicadores. No entanto, a PAS tem a intenção de fortalecer a APS por meio da organização dos micros e macroprocessos de atenção, entendendo que um serviço organizado e ordenado tem maiores chances de atingir seus objetivos. A APS tem o potencial de ordenar e dar fluidez ao serviço, sendo fundamental para seu bom funcionamento. É fundamental que suas deficiências sejam corrigidas, e suas fortalezas, exaltadas, para que seja atingida a integralidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

BOUSQUAT, A. *et al.* Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 8, e00037316, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00037316>. Acesso em: 30 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 148, n. 138, p. 79-80, 20 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 154, n. 183, p. 68-76, jul. 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Banco de dados do 1º Ciclo**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo1/>. Acesso em: 16 mar. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Banco de dados do 2º Ciclo**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo2/>. Acesso em: 16 mar. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de avaliação externa do Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade**. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CASTRO, A. L. B. M.; MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 693-705, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000400012>. Acesso em: 30 nov. 2021.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliar a avaliação. In: BROUSSELLE, A. *et al.* (org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011. p. 263-272.

FAUSTO, M. C. R. *et al.* A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, 2014, v. 38, p. 13-33. Número especial. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xyFtnVSD4MgBWxfV8NDYXSS/?lang=pt>. Acesso em: 30 nov. 2021.

GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2009, v. 14, n. 3, p. 783-794. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300014>. Acesso em: 30 nov. 2021.

GIOVANELLA, L. *et al.* **Tipologia das unidades básicas de saúde brasileiras**. Novos Caminhos, [s. l.], n. 5, 2015. 63p.

MENDES, E. V. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015. 193 p.

MOURA, B. L. A. *et al.* Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, p. s69-s81, 2010. Suplemento. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000500007>. Acesso em: 30 nov. 2021.

VIANA, A. L. V. *et al.* Atenção básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. s79-s90, 2008. Suplemento. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300013>. Acesso em: 30 nov. 2021.

RESPOSTA DE
MUNICÍPIOS
E REGIÕES
DE SAÚDE
BRASILEIRAS
NO COMBATE
À PANDEMIA
DE COVID-19:
FOCO EM CINCO
TERRITÓRIOS DA
ESTRATÉGIA DE
PLANIFICAÇÃO DA
ATENÇÃO À SAÚDE

RESPOSTA DE MUNICÍPIOS E REGIÕES DE SAÚDE BRASILEIRAS NO COMBATE À PANDEMIA DE COVID-19: FOCO EM CINCO TERRITÓRIOS DA ESTRATÉGIA DE PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Ana Luiza d'Ávila Viana; Pedro Marques; Indira Oliveira; Eronildo Felisberto; Luciana Santos Dubeux

INTRODUÇÃO

A organização e o escopo de práticas relacionadas com a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil apresentam evidente diversidade e heterogeneidade devido às diferentes capacidades instaladas e a maior ou menor presença de profissionais de saúde (BOUSQUAT *et al.*, 2017; GIOVANELLA *et al.*, 2016). Do mesmo modo, pode-se identificar um conjunto de atividades comuns sendo desenvolvidas para enfrentamento da pandemia de covid-19, além daquelas relativas à oferta de cuidados à saúde da população adscrita, visando garantir promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade. Desse conjunto, destacam-se algumas atividades desenvolvidas em parceria com as equipes de Vigilância em Saúde, tais como o rastreamento dos casos diagnosticados como covid-19 nos ambientes domiciliares e/ou profissionais, seguindo-se a orientação de quarentena e demais cuidados; além da testagem, visando à mitigação e à contenção da pandemia. Vale ressaltar a importância da notificação e da análise permanente de casos no território das Unidades Básicas de Saúde (UBS), como forma de produção de informações que contribuam para tomada de decisão, monitoramento e (re)orientação de ações (LAVRAS, 2021).

No tocante à oferta de cuidados clínico-assistenciais aos suspeitos e portadores de covid-19, no âmbito da APS, há que se ressaltar a importância da testagem dos casos sintomáticos, bem como a oximetria realizada nas

unidades ou nos domicílios para monitoramento de pacientes de risco, o que permite o encaminhamento para serviços mais especializados. Tais cuidados vêm sendo realizados de forma remota em alguns contextos mediante recursos de telessaúde, de modo a evitar a exposição de indivíduos e profissionais, além de reduzir a possibilidade de disseminação da doença. Percebe-se ainda a necessidade de reorganizar a utilização do espaço físico restabelecendo fluxos e ambientes adequados e ventilados para usuários que apresentem sintomas respiratórios. Em algumas unidades com maior dificuldade na implantação de fluxos assistenciais adequados ao atendimento dos casos de covid-19, foram recomendadas e muito utilizadas UBS exclusivas para atendimento de portadores de sintomas respiratórios.

Para além do espaço físico e dos fluxos assistenciais, os processos de trabalho das UBS sofreram adaptações para cumprir sua responsabilidade em relação ao enfrentamento da pandemia e, ao mesmo tempo, manter a oferta de cuidados à população, particularmente, aos portadores de condições crônicas que exigem atenção contínua e permanente. Nesse sentido, dentre outras ações, destacam-se: a vacinação de rotina realizada em grandes espaços públicos, em unidades selecionadas ou mesmo dentro de carros; a entrega de receitas de medicamento de uso contínuo nos domicílios e com prazo estendido; a maior articulação com outras organizações existentes no território e no município na perspectiva de proteção social das famílias em condições de maior vulnerabilidade social; e a ampliação de atendimentos no domicílio (LAVRAS, 2021).

Como resultado da imposição por adaptações no período pandêmico, houve sobrecarga de trabalho das equipes, o que requer um conjunto de medidas de proteção aos trabalhadores da saúde. A implantação de medidas protetivas foi e continua sendo necessária, mediante a disponibilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), bem como o treinamento prévio requerido para esse uso; a testagem periódica respeitando os protocolos da covid-19; o isolamento de trabalhadores de risco e a garantia de transporte adequado. É fundamental que haja a efetiva integração da APS com outros serviços da rede de atenção à saúde, estabelecendo canais de comunicação, especialmente para acesso a leitos hospitalares por meio de Sistema de Regulação e de transporte ágil e adequado dos pacientes. Além disso, é primordial estabelecer ações de capacitação profissional e fortalecer o uso

de protocolos e novas tecnologias de informação e comunicação, tendo em vista que muitas mudanças nos processos de trabalho foram adotadas de forma urgente em alguns municípios.

A conformação de rotinas nas UBS certamente não ocorreu uniformemente no País. Dessa forma, este capítulo apresenta os resultados de um *websurvey* aplicado em regiões e municípios selecionados pela pesquisa “Efetividade da Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde em Cinco Regiões de Saúde no Brasil – Pesquisa EfetivaPAS”. O instrumento buscou conhecer as atividades desenvolvidas nas UBS durante o primeiro ano da pandemia de covid-19 (2020), no intuito de atender aos seguintes objetivos específicos desenhados pela pesquisa EfetivaPAS: i) verificar a assistência prestada pelos serviços de saúde no curso da pandemia; ii) evidenciar o trabalho dos profissionais de saúde; e iii) elencar fragilidades e limitações da atenção à saúde nas regiões que fazem parte da pesquisa. Os resultados poderão subsidiar ações e direcionar a tomada de decisão nos âmbitos municipal e regional.

PERCURSO METODOLÓGICO

Desenvolveu-se um *websurvey* contendo questões sobre a capacidade instalada de saúde no território (município e região) e seu uso na pandemia, além de questões sobre a percepção dos entrevistados sobre seu grau de suficiência. O instrumento foi encaminhado para profissionais e gestores da APS das regiões de saúde localizadas nas Unidades Federativas selecionadas pela pesquisa EfetivaPAS. São elas: Rondônia, Maranhão, Goiás, Rio Grande do Sul e Distrito Federal. Para o *websurvey*, foi incluída uma região do Espírito Santo, estado eleito para o estudo-piloto da referida pesquisa.

A partir de contatos realizados nas regiões, intermediados por consultores do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), foram elaboradas listas de profissionais e gestores que receberiam, por parte da pesquisa, dois formulários. O primeiro deles identificando o respondente, sua área de atuação, além de conter o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O formulário seguinte contemplou questões específicas relacionadas com as ações de enfrentamento da covid-19. Foram enviadas pela equipe da pesquisa, em setembro de 2020, 704 mensagens eletrônicas com os questionários, tomando-se como estratégia o envio de mensagens diretamente ao público-

-alvo. Entretanto, nos estados do Maranhão, de Rondônia e do Rio Grande do Sul, o convite foi encaminhado para pontos focais dessas localidades, que se responsabilizaram por disseminar as mensagens para os demais respondentes da sua região. A tabela 1 apresenta a relação entre as mensagens enviadas e as respostas recebidas por Unidade Federativa integrante da pesquisa.

TABELA 1. **Relação entre mensagens enviadas e respostas obtidas pela equipe da pesquisa conforme as Unidades Federativas**

UNIDADE FEDERATIVA	MENSAGENS ENVIADAS	RESPOSTAS OBTIDAS
Distrito Federal	504	30
Espírito Santo	80	20
Goiás	117	22
Maranhão	01	18
Rondônia	01	46
Rio Grande do Sul	01	01
Não respondeu*	-	48
TOTAL	704	185

FONTE: WEBSURVEY DA PESQUISA EFETIVAPAS.

*48 PROFISSIONAIS RESPONDERAM A MENSAGEM, PORÉM NÃO INFORMARAM A UNIDADE FEDERATIVA DE ORIGEM.

CARACTERIZAÇÃO DOS RESPONDENTES

Responderam ao primeiro questionário 185 profissionais e gestores; destes, 173 (93,5%) aceitaram participar da pesquisa. Chama atenção o elevado contingente de profissionais que não responderam a questionamentos como: a qual Unidade Federativa pertencia, qual o porte do município em que trabalhava ou qual cargo/função ocupava, o que foi uma limitação para a caracterização dos respondentes.

As tabelas 2 e 3 demonstram a distribuição percentual dos participantes por Unidade Federativa e municípios respectivamente. Observa-se que o estado de Rondônia concentrou o maior número de respostas, representando 26,8% do total, sendo todas as respostas referentes ao município de Ji-Paraná.

TABELA 2. Distribuição dos participantes segundo Unidade Federativa da pesquisa EfetivaPAS

UNIDADE FEDERATIVA	N	%
Distrito Federal	30	17,3
Espírito Santo	20	11,5
Goiás	22	12,7
Maranhão	18	10,4
Rondônia	46	26,8
Rio Grande do Sul	01	0,5
Não respondeu*	36	20,8
TOTAL	173	100,0

FONTE: WEBSURVEY DA PESQUISA EFETIVAPAS.

TABELA 3. Distribuição dos participantes segundo municípios das regiões de saúde da pesquisa EfetivaPAS

MUNICÍPIOS	N	%
Brasília	20	11,5
Caxias	18	10,4
Cristalina	21	12,9
Estado	1	0,5
Itapoã	3	1,7
Jaguaré	1	0,5
Ji-Paraná	46	26,5
Nova Venécia	13	7,5
Santa Maria	1	0,5
São Mateus	5	2,8
São Sebastião	5	2,8
Paranoá	1	0,5
Não respondeu	38	21,9
TOTAL	173	100,0

FONTE: WEBSURVEY DA PESQUISA EFETIVAPAS.

A tabela 4 evidencia que as respostas se concentram nos municípios acima de 50 mil habitantes, inferindo uma maior atenção e organização dos profissionais e gestores em função da incidência de casos e sua repercussão na assistência. Chama atenção que 37 (21,4%) dos participantes não responderam a esse questionamento.

TABELA 4. **Porte populacional dos municípios pertencentes às regiões de saúde da pesquisa EfetivaPAS**

PORTE POPULACIONAL DOS MUNICÍPIOS	N	%
Até 5.000	3	1,7
5.001 a 10.000	1	0,5
10.001 a 20.000	3	1,7
20.001 a 50.000	8	4,6
50.001 a 100.000	40	23,1
100.001 a 200.000	66	38,1
200.001 a 500.000	8	4,6
500.001 ou mais	7	4,3
Não respondeu	37	21,4
Total	173	100,0

FONTE: WEBSURVEY DA PESQUISA EFETIVAPAS.

Quanto à formação profissional, o maior percentual de participação foi de agentes comunitários de saúde (26%), enfermeiros (25%), seguido por médicos (9,2%) e técnicos de enfermagem (5,7%) respectivamente (tabela 5).

TABELA 5. **Distribuição dos participantes segundo cargo/função.**

CARGO/FUNÇÃO	N	%
Agente comunitário de saúde	44	26,0
Enfermeiro	43	25,0
Médico	16	9,2
Técnico de enfermagem	10	5,7

CARGO/FUNÇÃO	N	%
Cirurgião-dentista	04	3
Fisioterapeuta	02	1,1
Secretário municipal de saúde	02	1,1
Biólogo	01	0,5
Coordenador regional de Atenção Primária à Saúde	01	0,5
Coordenador de Atenção Primária e Vigilância em Saúde	01	0,5
Coordenador de saúde da criança da APS	01	0,5
Coordenador-geral das ESF	01	0,5
Coordenador de UBS	01	0,5
Diretor de UBS	01	0,5
Fonoaudiólogo	01	0,5
Funcionário público	01	0,5
Nutricionista NASF	01	0,5
Recepcionista	01	0,5
Terapeuta ocupacional	01	0,5
Técnico de higiene dental	01	0,5
Auxiliar de saúde bucal	01	0,5
Não respondeu	38	21,9
Total	173	100,0

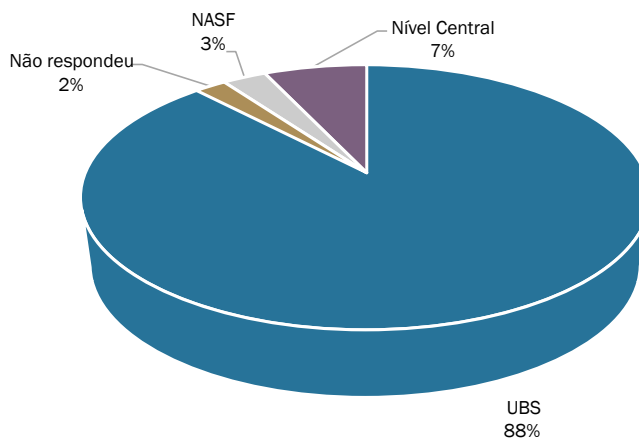
FONTE: WEBSURVEY DA PESQUISA EFETIVAPAS.

APS: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; ESF ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, UBS: UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE; NASF: NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

A maioria dos participantes (76%) atua na assistência à saúde, enquanto 24% desenvolvem atividades de gestão em suas localidades. Os resultados apresentados nos gráficos 1 e 2 especificam os locais de atuação dos respondentes, cabendo destacar que expressiva maioria (88%) atua em UBS. Sobre o tipo de serviço, 83% exercem sua função em unidades que possui Estratégia Saúde da Família (ESF).

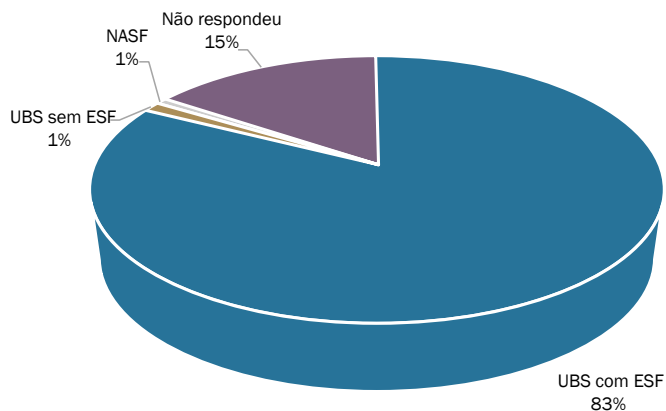
GRÁFICO 1. **Distribuição dos participantes segundo local de atuação**

*Características do
Ambiente de Implantação
da Estratégia de
Planificação da Atenção
à Saúde*



FONTE: WEBSURVEY DA PESQUISA EFETIVAPAS.
NASF: NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA; UBS: UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.

GRÁFICO 2. **Distribuição dos participantes segundo tipo de serviço de saúde em que atua**



FONTE: WEBSURVEY DA PESQUISA EFETIVAPAS.
UBS: UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE; ESF: ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA; NASF: NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

INFRAESTRUTURA DAS UBS

A tabela 6 apresenta o número de consultórios existentes nas UBS, excluindo consultório odontológico. Parte das unidades possui 2 consultórios (25,1%), seguido por unidades com 4 consultórios (18,5%), o que caracteriza

um conjunto de UBS de pequeno porte. Por sua vez, unidades com 5 a 10 consultórios somam 24,6%, e aquelas consideradas de grande porte, com mais de 10 consultórios, apenas 3,7%.

TABELA 6. Número de consultórios existentes nas UBS, excluindo consultórios odontológicos

NÚMERO DE CONSULTÓRIOS POR UBS*	N	%
0	1	0,5
1	5	2,8
2	42	25,1
3	17	9,8
4	32	18,5
5	9	5,2
6	14	8,0
7	8	4,6
8	8	4,6
9	2	1,1
10	2	1,1
11	1	0,5
14	1	0,5
15	1	0,5
20	3	1,7
21	1	0,5
Não respondeu	26	15,0
Total	173	100,0

FONTE: WEBSURVEY DA PESQUISA EFETIVAPAS.

* EXCETO CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO.

Sobre o quantitativo de equipes de Saúde da Família (eSF) existentes por UBS, evidencia-se que 78,4% das unidades são constituídas por até 4 eSF, porém, a maioria (32,9%) possui 2 equipes por UBS (tabela 7).

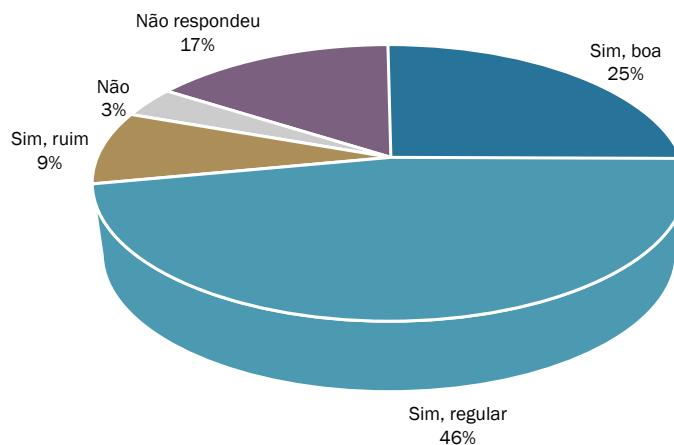
TABELA 7. **Quantidade de Equipes de Saúde da Família existentes nas UBS**

EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (eSF) POR UBS	N	%
0	1	0,5
1	41	23,7
2	57	32,9
3	21	12,7
4	15	8,6
5	1	0,5
6	1	0,5
8	1	0,5
9	2	1,1
10	6	3,4
Não respondeu	27	15,6
Total Geral	173	100,0

FONTE: WEBSURVEY DA PESQUISA EFETIVAPAS.

Os gráficos de 3 a 6 caracterizam a infraestrutura de comunicação das unidades. Em relação à presença de internet, 80% afirmam ter, porém, 55% declaram que são em condições regulares ou ruins.

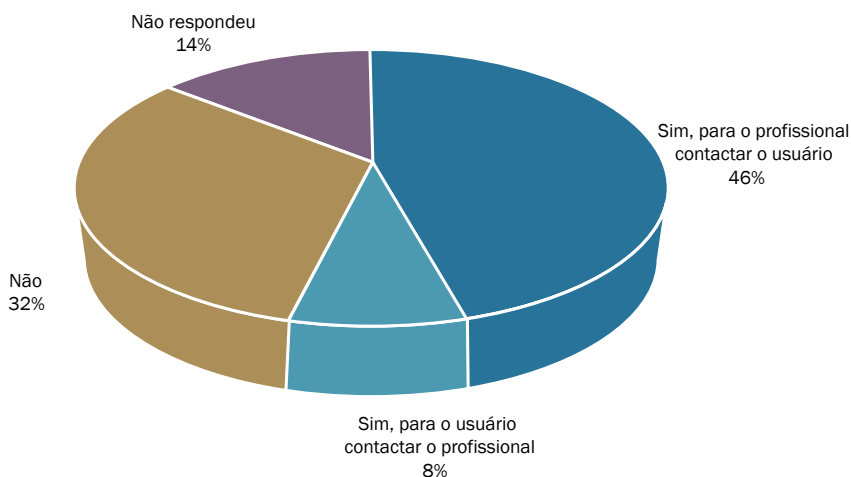
GRÁFICO 3. **Distribuição das UBS conforme a existência de conexão com a internet**



FONTE: WEBSURVEY DA PESQUISA EFETIVAPAS.

O gráfico 4 demonstra que 32% das unidades não possuem telefone fixo; entre as UBS que possuem, 46% o utilizam para o profissional contactar o usuário; e para apenas 8% dos entrevistados, o usuário utiliza o telefone para contatar os profissionais.

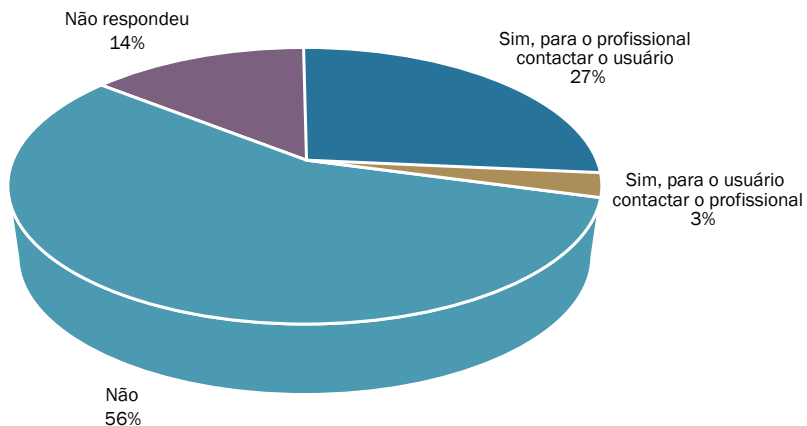
GRÁFICO 4. **Distribuição das UBS conforme a existência e utilização de telefone fixo**



FONTE: WEBSURVEY DA PESQUISA EFETIVAPAS.

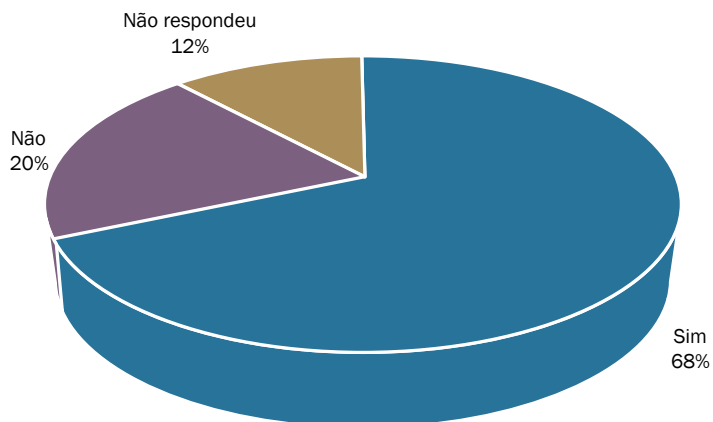
Em relação ao uso de telefones celulares, 56% das unidades não possuem esse recurso, bem como a utilização de celulares particulares dos profissionais é alta (68%). Quando utilizado, o telefone celular, na maioria das vezes, serve para o profissional de saúde contatar o usuário (gráficos 5 e 6).

GRÁFICO 5. **Distribuição das UBS conforme a existência e a utilização de telefone celular**



FONTE: WEBSURVEY DA PESQUISA EFETIVAPAS.

GRÁFICO 6. **Distribuição das UBS conforme a utilização de celular pessoal para contatar usuário**



FONTE: WEBSURVEY DA PESQUISA EFETIVAPAS.

PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS E GESTORES DA APS SOBRE A SITUAÇÃO DA COVID-19 NAS ÁREAS ESTUDADAS

OCORRÊNCIA DE CASOS DE COVID-19 E DIFICULDADES NO SEU ENFRENTAMENTO

A tabela 8 expressa a percepção dos profissionais de saúde participantes da pesquisa sobre a forma como a covid-19 se comportou em suas localidades. A maioria, 156 respondentes (90,1%), relatou que ocorreram casos de covid-19 nos seus territórios, bem como mais de 90% dos entrevistados reconhecem a ocorrência de óbito decorrente dessa doença tanto no seu território como no seu município de atuação.

TABELA 8. **Percepção dos participantes sobre a situação da população ante a pandemia de covid-19 nas áreas estudadas pela pesquisa EfetivaPAS**

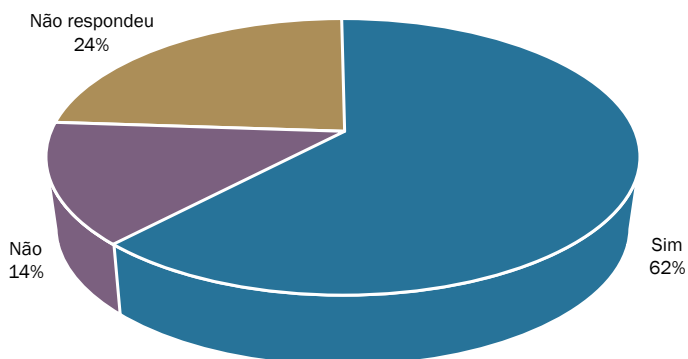
SITUAÇÃO DA POPULAÇÃO ANTE A PANDEMIA DE COVID-19	SIM		NÃO		NÃO RESPONDEU	
	N	%	N	%	N	%
Ocorrência de covid-19 na área de atuação	156	90,1	5	3,0	12	6,9
Ocorrência de óbitos por covid-19 no município	165	95,4	0	0	8	4,6
Ocorrência de óbitos por covid-19 na área de atuação	161	93,0	4	2,4	8	4,6

FORNE: WEBSURVEY DA PESQUISA EFETIVAPAS.

Buscou-se verificar a percepção dos respondentes no que diz respeito a dificuldades no enfrentamento da covid-19 e à existência de definição clara dos serviços de referência assistencial para os casos moderados e graves (gráficos 7 e 8). Quanto à primeira questão, 62% dos participantes relataram que seus municípios tiveram dificuldades, mas cabe observar que 24% não souberam responder, e somente 14% dos respondentes relataram não ter dificuldades. Sobre a definição de serviços de referência, foi constatado que, para 74% dos entrevistados, existiam orientações claras sobre os serviços de referência. No que se refere à distribuição territorial desses serviços, para 43% dos entrevistados, tais unidades estão localizadas no próprio município; e para 31%, elas são sediadas na região de saúde.

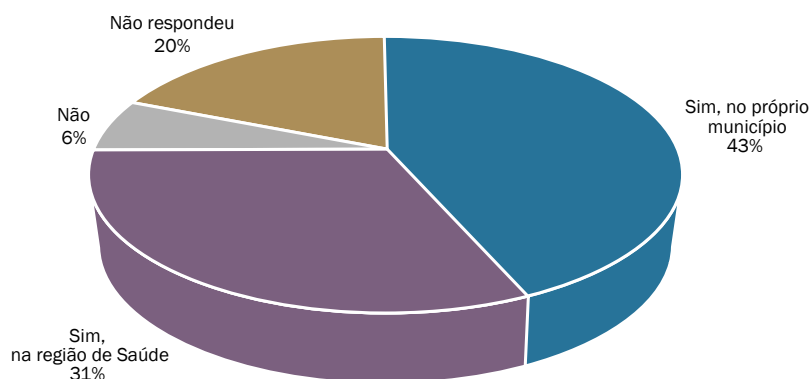
GRÁFICO 7. **Percepção dos respondentes sobre as dificuldades do município no enfrentamento da covid-19.**

Características do Ambiente de Implantação da Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde



FONTE: WEBSURVEY DA PESQUISA EFETIVAPAS.

GRÁFICO 8. **Existência de definição clara do serviço de referência para atendimento dos usuários com quadros clínicos moderados ou graves de covid-19**



FONTE: WEBSURVEY DA PESQUISA EFETIVAPAS.

ESTRATÉGIAS E AÇÕES CONDUZIDAS PELA GESTÃO MUNICIPAL

Entre as ações implementadas pela gestão municipal para o enfrentamento da covid-19, os entrevistados destacam:

- Análise do impacto da epidemia nos serviços de APS no município;
- Elaboração de plano de contingência municipal e, em alguns casos, elaboração de diretrizes específicas para promoção da saúde mental para servidores e usuários;

- Elaboração de guia de enfrentamento da covid-19;
- Definição de UBS específicas para o atendimento da covid-19 no município;
- Planejamento da reorganização de serviços da APS;
- Levantamento de necessidade de EPI para profissionais da APS;
- Levantamento de necessidades de apoio logístico e operacional para APS;
- Levantamento de necessidades de insumos e equipamentos para as UBS;
- Distribuição de equipamentos de EPI para as UBS;
- Organização de atividades de vigilância epidemiológica;
- Monitoramento por telefone dos pacientes suspeitos, apesar da insuficiência dos meios de comunicação;
- Elaboração de protocolo para monitoramento dos pacientes, conforme a gravidade dos casos;
- Capacitação dos profissionais de saúde sobre a covid-19, sobre o uso dos EPI e treinamento para coleta de *swab*;
- Iniciativas de integração ensino-serviço mediante o apoio de estudantes no acompanhamento dos casos suspeitos e confirmados.

Sobre o grupo de questões que versavam sobre as dificuldades encontradas, os respondentes evidenciaram como pontos relevantes os seguintes aspectos:

- Implementação de ações apenas após a diminuição de casos;
- Dificuldade para transferência de pacientes graves;
- Ausência de articulação entre a Atenção Primária e a Vigilância em Saúde;
- Falta de articulação entre o município, a região de saúde e o nível estadual;
- Ausência de coerência do cuidado entre profissionais da linha de frente e especialistas;
- Desconhecimento dos profissionais especialistas sobre os protocolos e suas atualizações, além de recusa ou resistência no recebimento de alguns pacientes;
- Falta de clareza dos profissionais nas orientações para o enfrentamento da covid-19;
- Ausência de ambulatório especializado para assistência aos indivíduos com sequelas decorrentes da covid-19;
- Crescimento de demanda reprimida, sobretudo de doentes crônicos que carecem de atendimento contínuo;

- Carência na definição de protocolo clínico para atendimento medicamentoso dos casos leves;
- Persistência de conduta profissional não guiada por protocolos clínicos;
- Frágil rotina de testagem para os profissionais de saúde;
- Pouco investimento na saúde física e mental dos profissionais;
- Necessidade de fortalecer as estratégias de comunicação com a população a respeito dos cuidados necessários;
- Infraestrutura insuficiente de apoio às UBS seja na logística, na falta de testes, na falta de EPI dos profissionais e de capacitação profissional;
- Desestímulo dos profissionais da APS em algumas localidades, onde apenas os médicos de unidades hospitalares receberam gratificação financeira;
- Condições inadequadas das UBS, que carecem de equipamentos e rede de comunicação;
- Insuficiência de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), respiradores, testes e transporte nas unidades hospitalares.

GRAU DE SUFICIÊNCIA DA INFRAESTRUTURA PARA ENFRENTAMENTO DA COVID-19

Verificou-se a percepção dos entrevistados sobre o grau de suficiência da infraestrutura para o atendimento de casos moderados e graves de covid-19, considerando a capacidade instalada das esferas municipal e regional no que se refere aos seguintes equipamentos de saúde: serviços de urgência e pronto atendimento, leitos de internação e de UTI, tomografia, transporte sanitário, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), além da existência de profissionais capacitados.

PERCEPÇÃO SOBRE O GRAU DE SUFICIÊNCIA DA INFRAESTRUTURA NOS MUNICÍPIOS

Sobre os serviços de urgência e pronto atendimento, aproximadamente 40% dos participantes indicaram haver suficiência desse serviço; bem como a suficiência de leitos de internação e leitos de UTI é reconhecida, respectivamente, apenas por 36,9% e 16,7% dos entrevistados. Quanto à disponibilidade de tomografia no município, as respostas “inexistente” e “insuficiente” somam 37,1%. Quando questionados sobre o transporte sanitário, 23,1% dos participantes consideraram esse critério “suficiente”, sendo que aproximadamente

40% apresentaram relatos negativos (“insuficiente” ou “ausente”). Ainda relacionado com transporte e atendimento às emergências, apenas 25,4% têm a percepção de suficiência do SAMU. Em relação à capacitação profissional para atenção aos pacientes graves, apesar de amplamente citada como estratégia conduzida pela gestão municipal, apenas 21,5% dos participantes têm a percepção de suficiência em seu município (tabela 9).

TABELA 9. Percepção dos participantes sobre suficiência da infraestrutura para enfrentamento da covid-19 nos municípios da pesquisa EfetivaPAS

CRITÉRIOS	SUFICIENTE		INSUFICIENTE		INEXISTENTE		NÃO RESPONDEU	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Serviços de urgência e pronto atendimento	69	39,8	56	32,5	4	2,3	44	25,4
Leitos de internação	64	36,9	58	33,5	4	2,3	47	27,3
Leitos de UTI	29	16,7	59	34,1	38	21,9	47	27,3
Tomografia	49	28,3	27	15,6	37	21,5	60	34,6
Transporte sanitário	40	23,1	50	28,9	18	10,5	65	37,5
SAMU	44	25,4	31	17,9	56	32,3	42	24,4
Profissionais capacitados para atenção aos pacientes graves	37	21,5	68	39,3	8	4,62	60	34,6

FONTE: WEBSURVEY DA PESQUISA EFETIVAPAS.

PERCEPÇÃO SOBRE O GRAU DE SUFICIÊNCIA DA INFRAESTRUTURA NAS REGIÕES DE SAÚDE

A tabela 10 apresenta a percepção dos participantes acerca da suficiência da infraestrutura regional para o enfrentamento da covid-19. No que diz respeito aos serviços de urgência e pronto atendimento, percebeu-se a semelhança dos achados quando comparados ao que se refere aos municípios, pois 32,9% dos respondentes consideram esse serviço como “insuficiente” em nível regional, e 32,5% indicam a mesma classificação para os municípios.

Em relação aos leitos de internação, é possível visualizar uma pequena diferença entre os participantes que julgaram como “suficiente” (32,9%) e “insu-

ficiente” (28,3%), apresentando também um percentual elevado daqueles que não responderam a esse critério (35,2%). No que se refere à suficiência dos leitos de UTI, os participantes que não responderam a esse questionamento representaram 35,8% para a região de saúde e 27,3% para os municípios. Já quanto à opinião sobre os equipamentos de tomografia, a região apresentou grau de suficiência “inexistente” para 16,7% dos entrevistados, representando um percentual 4,8% inferior ao observado na instância municipal (tabela 10).

No item relativo ao transporte sanitário, apenas 18,5% indicaram que esse equipamento é suficiente, e 47,4% não responderam a essa questão. Em relação ao SAMU, chama atenção o percentual elevado de participantes (24,5%) que relataram a inexistência desse serviço na região de saúde. Ainda sobre o SAMU, embora a percepção de inexistência na região de saúde seja 7,8% inferior nessa esfera quando comparada aos municípios, tamanha inexistência na prestação de um serviço essencial é preocupante, sobretudo em uma situação pandêmica. Já no que tange à percepção dos participantes quando à capacitação profissional para assistir aos casos graves de covid-19, observou-se a semelhança entre as percepções referentes às regiões e aos municípios, tendo, em ambos os casos, uma percepção negativa para a maioria dos respondentes (tabela 10).

TABELA 10. **Percepção dos participantes sobre suficiência da infraestrutura para enfrentamento da covid-19 nas regiões da pesquisa EfetivaPAS**

CRITÉRIOS	SUFICIENTE		INSUFICIENTE		INEXISTENTE		NÃO RESPONDEU	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Serviços de urgência e pronto atendimento	58	33,5	57	32,9	5	3,0	53	30,6
Leitos de internação	57	32,9	49	28,3	6	3,6	61	35,2
Leitos de UTI	27	15,6	49	28,3	35	20,3	62	35,8
Tomografia	42	24,2	34	19,6	29	16,7	68	39,5
Transporte sanitário	32	18,5	41	23,7	18	10,4	82	47,4
SAMU	33	19,0	34	19,6	42	24,5	64	36,9
Profissionais capacitados para atenção aos pacientes graves	30	17,3	64	36,9	6	3,4	73	42,4

FONTE: WEBSURVEY DA PESQUISA EFETIVAPAS.

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELAS UBS PARA A MANUTENÇÃO DE OUTROS ATENDIMENTOS

Para além da implementação de ações regionais e municipais direcionadas ao enfrentamento da covid-19, considerou-se relevante caracterizar as atividades desenvolvidas para a manutenção dos atendimentos de rotina nas UBS. Nesse sentido, reconhecendo uma provável diminuição das atividades regulares, sobretudo no primeiro ano de pandemia, buscou-se verificar a adoção de estratégias alternativas para minimizar os impactos negativos sobre a continuidade do cuidado. Para tanto, verificou-se a utilização das seguintes estratégias: acompanhamento dos usuários por consultas *on-line*, por chamadas telefônicas ou via WhatsApp; envio de receitas ao usuário por meio eletrônico; entrega de medicamento no domicílio; ampliação de prazo de dispensação de receitas.

A realização de consultas *on-line*, na maioria dos casos, foi percebida somente por 10,4% dos respondentes, 21,5% relataram ter utilizado essa modalidade de atendimento em algumas ocasiões, e 30,6% relataram não ter utilizado. Com relação à frequência de acompanhamento do usuário por chamadas telefônicas, mais uma alternativa com intuito de garantir o acesso durante uma situação pandêmica, ressalta-se que 32,3% responderam que esse recurso é utilizado somente em alguns casos (tabela 11).

O WhatsApp também pode ser utilizado como ferramenta para aproximar o usuário do sistema de saúde, por ser um aplicativo amplamente utilizado pela população brasileira e proporcionar uma variedade ampla de meios de comunicação (*chat*, chamada de voz e chamada de vídeo). Desse modo, pode ser um agente facilitador em um contexto pandêmico, em que a ida do usuário à unidade de saúde para uma consulta de rotina pode ser um fator determinante para a disseminação do SARS-CoV-2. Apesar do seu potencial de utilização, apenas 19,6% dos participantes da pesquisa perceberam que o emprego do WhatsApp foi utilizado na maior parte das consultas; e para 27,4% a utilização desse aplicativo acontece algumas vezes (tabela 11).

Uma importante razão para os usuários recorrerem à unidade de saúde é a renovação de receitas de medicamentos de uso contínuo. Essa renovação deve ser acompanhada de uma reavaliação para atualização do quadro clínico

do usuário, porém, a pandemia imprimiu um risco à realização dessa prática. Utiliza-se então de estratégias para minimizar os riscos do usuário, mediante o envio de receita por meios eletrônicos. No entanto, observou-se que esse recurso não foi amplamente utilizado pelos participantes da pesquisa, atingindo um percentual de 45% para aqueles que relataram não desenvolver essa prática, e apenas 5,4% utilizaram na maioria das ocasiões (tabela 11).

A entrega de medicamento em domicílio é mais uma estratégia para minimização do risco de contaminação. Entretanto, observou-se a baixa adesão a esse recurso por parte dos respondentes da pesquisa, com um percentual de 8,6% para a maioria das ocasiões e de 23,2% apenas em alguns casos. Também foi possível observar que a ampliação do prazo de dispensação das receitas foi a estratégia mais utilizada, sendo relatado por 42,7% dos profissionais que essa prática foi utilizada na maioria das ocasiões (tabela 11).

TABELA 11. **Percepção dos participantes sobre estratégias alternativas para minimização dos impactos da covid-19 sobre a atenção à saúde do usuário nos municípios da pesquisa EfetivaPAS**

ESTRATÉGIAS	SIM, NA MAIORIA DOS CASOS		SIM, EM ALGUNS CASOS		NÃO		NÃO RESPONDEU	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Acompanhamento por consultas <i>on-line</i>	18	10,4	37	21,5	53	30,6	65	37,5
Acompanhamento do usuário por chamadas telefônicas	44	25,4	56	32,3	21	12,3	52	30,0
Acompanhamento por chamadas via WhatsApp	34	19,6	47	27,4	37	21,3	55	31,7
Envio de receitas ao usuário por meio eletrônico	9	5,4	22	12,7	78	45,0	64	36,9
Entrega de medicamento no domicílio	15	8,6	40	23,2	59	34,1	59	34,1
Ampliação de prazo de dispensação de receitas	74	42,7	35	20,4	15	8,6	49	28,3

FONTE: WEBSURVEY DA PESQUISA EFETIVAPAS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As estratégias de enfrentamento da covid-19 desenvolvidas por profissionais e gestores das áreas de estudo da pesquisa EfetivaPAS apresentam alguns elementos para avaliação da APS em cinco regiões brasileiras. A primeira consideração refere-se à metodologia do estudo e seu grau de resposta aos questionários. Apesar das dificuldades inerentes ao momento atual, o número de respondentes (dos 704 questionários enviados, 185 obtiveram respostas) cobriu todas as regiões do estudo, à exceção do Rio Grande do Sul, onde se obteve apenas uma resposta.

O perfil dos respondentes (categorias profissionais, áreas e locais de atuação) correspondeu por ordem: profissionais ligados às atividades assistenciais diretas (75%) e de gestão (25%); atuando em UBS com eSF (mais de 90%). Os municípios englobados pela pesquisa constituíram-se pelo porte em populações acima de 50 mil habitantes (80%), refletindo maior possibilidade de interação e de conhecimento e articulação com os níveis assistenciais de média e alta complexidade. A infraestrutura e os aspectos relacionados com a comunicação demonstraram um percentual alto de UBS de pequeno porte e uma deficiência na estruturação das redes de comunicação quanto a internet, telefonia fixa e celular e utilização de outros meios. Tendo em vista as características inerentes aos participantes, é possível considerar que este estudo retrata basicamente a visão dos profissionais ligados à assistência e com atuação em UBS com infraestrutura e comunicação de pequeno porte.

Passando para a análise das observações quanto ao enfrentamento da covid-19, foi evidenciado que a maioria (165 respondentes) relatou que ocorreram casos e óbitos por essa doença. No que diz respeito às dificuldades em relação ao enfrentamento da covid-19, a maioria dos respondentes (66%) relatou que tiveram dificuldades, cabendo observar que 19% não souberam responder, e somente 15% não tiveram dificuldades. Outro aspecto referente à definição clara dos serviços de referência assistencial: as repostas demonstraram que 88% tinham orientações claras sobre as referências, sendo que, no próprio município, 45%, e, na região de saúde, 33%.

Quanto à percepção das estratégias e ações conduzidas pela gestão municipal no enfrentamento da covid-19, a leitura das respostas evidenciou que o denominador comum das principais dificuldades apresentadas foi:

- Ausência de articulação entre a Atenção Primária e a Vigilância em Saúde;
- Falta de coordenação entre o município, a região de saúde e o estado;
- Condições inadequadas das UBS, sem equipamentos e rede de comunicação;
- Dificuldade para transferência de pacientes graves;
- Falta de EPI;
- Falta de profissionais experientes e capacitados.

As três primeiras dificuldades acima apontadas referem-se a fatores que devem constar permanentemente no elenco de condições essenciais e estão diretamente ligadas aos objetivos do projeto EfetivaPAS.

Em relação à transferência de pacientes graves e sobre o fluxo e seus condicionantes atendidos pelas UBS, foram feitas as mesmas perguntas aos municípios e à região. A percepção dos respondentes para as duas esferas, em relação aos equipamentos e serviços de saúde (serviços de urgência e pronto atendimento, leitos de internação e UTI, tomografia, transporte sanitário, SAMU e profissionais capacitados) de acordo com a suficiência, insuficiência ou inexistência, demonstrou pouca diferença nas respostas referentes aos municípios e às regiões.

As questões relacionadas com a assistência prestada pelos serviços de saúde no curso da pandemia apontaram que sua continuidade foi afetada, com diminuição das atividades de acompanhamento, distribuição de receitas e medicamentos. A baixa utilização de ferramentas virtuais, como acompanhamento por chamadas *on-line* e utilização de aplicativos como WhatsApp, reflete a deficiência na infraestrutura das unidades, que, por muitas vezes, não possuíam acesso à internet. Outro fator que pode ter influenciado esse quesito é a situação de vulnerabilidade em que se encontra a população usuária, tendo em vista que grande parte dela pode não ter amplo acesso à rede de saúde.

É importante salientar o relato comum dos participantes em relação à falta de apoio institucional para elaboração de um plano de combate à covid-19, que viabilizasse a implementação de fluxos de referência e diretrizes terapêuticas que guiassem o profissional da linha de frente e padronizasse a conduta terapêutica nesses casos. A organização das atividades de rotina é, também, uma grande aliada dos serviços de saúde em situações emergenciais. Um sistema organizado, com fluxos predefinidos e equipe capacitada

está mais apto a enfrentar situações adversas. Para isso, é essencial que a gestão ofereça aos profissionais o amplo apoio mediante o financiamento adequado, garantia de infraestrutura, capacitação profissional e publicação de notas técnicas sólidas e em tempo hábil. Uma boa articulação entre os níveis assistenciais e a gestão dos serviços é um fator preponderante para o sucesso do sistema em uma situação emergencial como a evidenciada pela pandemia de covid-19.

_____ REFERÊNCIAS

BOUSQUAT, A. *et al.* Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 8, e00037316, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00037316>. Acesso em: 29 nov. 2021.

GIOVANELLA, L. *et al.* A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2697-2708, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.16052016>. Acesso em: 29 nov. 2021.

LAVRAS, C. Atuação das equipes de APS durante o enfrentamento da Covid 19. *In*: SANTOS, A. O.; LOPES, L. T. (org.). **Profissionais de Saúde e Cuidados Primários**. Brasília: Conselho Nacional dos Secretários de Saúde, 2021. p. 12-23. Coleção Covid-19, v. 4. Disponível em: <https://ipads.org.br/wp-content/uploads/2021/01/covid19-volume4-pginas-13-24.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2021.

INTERNAÇÕES
POR CONDIÇÕES
SENSÍVEIS À
ATENÇÃO PRIMÁRIA
NO ESTADO DE
GOIÁS E NO
DISTRITO FEDERAL

INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA NO ESTADO DE GOIÁS E NO DISTRITO FEDERAL

4

Tânia Cristina Morais Santa Barbara Rehem

INTRODUÇÃO

As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), conhecidas internacionalmente como Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC), surgiram nos anos 1980, nos Estados Unidos, partindo da observação de hospitalizações por diagnósticos potencialmente evitáveis, possivelmente como resultado indireto de falta de acesso e de efetividade de cuidados primários (BILLINGS *et al.*, 1993. Desde então, estudos passaram a ser realizados, utilizando dados desse tipo de internações de modo a demonstrar a existência de relação com a organização e características dos diversos sistemas de saúde, particularmente tratando-se da Atenção Primária à Saúde (APS).

Existem algumas definições para ICSAP, entretanto, uma das mais utilizadas, concebida por Homar e Matutano (2003), refere tratar-se de um indicador de atividade hospitalar, que pretende servir de medida da efetividade da APS para a atenção de determinados problemas de saúde. Nesse sentido, assume-se que, para algumas condições de saúde, a atenção primária oportuna e de boa qualidade pode evitar a hospitalização por alguns diagnósticos ou, ao menos, reduzir sua frequência.

No Brasil, esse indicador começou a ser discutido em 2005, contando com a participação da academia, de gestores e de técnicos da área de saúde, para, possivelmente, ser adotado pelo Ministério da Saúde (MS). Inicialmente, tomou-se como referência o elenco de diagnósticos presentes nas listas brasileiras com esse fim, já existentes em algumas Secretarias de Saúde. Além disso, foram realizadas revisão bibliográfica e reuniões de consenso entre pesquisadores, gestores e especialistas no tema (ALFRADIQUE *et al.*, 2009). A lista brasileira contemplou um conjunto de diagnósticos, para o qual,

segundo o consenso estabelecido, a APS efetiva reduziria a frequência de internações, por meio das ações de prevenção de doenças, diagnóstico precoce e tratamento oportuno de patologias agudas e controle e acompanhamento de patologias crônicas.

A lista foi encaminhada pelo Ministério da Saúde para avaliação da Sociedade Brasileira de Saúde da Família e Comunidade e colocada em consulta pública em setembro de 2007, pelo Departamento de Atenção Básica (BRASIL, 2007). A partir dos resultados dessa consulta e de outras proposições apresentadas, ficou definida a versão final da Lista Brasileira de ICSAP, contemplando grupos de causas de internações e diagnósticos, de acordo com a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Posteriormente, foi publicada pela Portaria SAS/MS nº 221, de 17 de abril de 2008, na qual no art. 2º a estabelece enquanto um instrumento de avaliação da APS e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nas três esferas de governo (BRASIL, 2008).

Diversos estudos vêm sendo realizados tomando como referência as ICSAP, demonstrando, dentre outros aspectos, que a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem contribuído de forma importante para que essas internações sejam evitadas ou mesmo tenham sua frequência reduzida. Observa-se que existe uma relação entre a qualidade da APS e a obtenção desses resultados positivos; e, ainda, que a qualidade da APS está relacionada com a organização da rede da qual ela faz parte (PINTO JÚNIOR *et al.*, 2018; ALVES *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2018; PREVIATO *et al.*, 2017).

A reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da regionalização, vem adotando o conceito de Redes de Atenção à Saúde (RAS) e a busca da melhoria da qualidade da APS, estabelecendo um conjunto de ações orientadas para a conversão do modelo, em que a ESF é definida como estratégia definitiva de organização (GOIÁS, 2020; DISTRITO FEDERAL, 2017). Com relação a essas medidas, torna-se fundamental a busca da integração entre os diversos níveis assistenciais, quais sejam, APS e atenção especializada (ambulatorial e hospitalar). Tal integração se constitui em um desafio contínuo mesmo em sistemas de saúde consolidados e de alta performance (BATISTA *et al.*, 2019). Parte-se da premissa de que a ampliação do acesso e organização da rede mediante os atributos da APS tem potencial para gerar um impacto positivo nos indicadores de saúde.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) vem contribuindo com esse processo organizativo, por intermédio da implantação da estratégia de Planificação da Atenção à Saúde (PAS), que propicia o desenvolvimento da APS nos territórios em sua relação com a Atenção Ambulatorial Especializada. Essa estratégia teve início em 2013 e já abrange 25 regiões de saúde, em 11 Unidades Federativas (UF). Ainda, ante a necessidade permanente de averiguar os resultados alcançados pelas intervenções e propor medidas de adequação delas, o CONASS demandou a realização da pesquisa “Efetividade da Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde em Cinco Regiões de Saúde no Brasil – Pesquisa EfetivaPAS”, cujos planejamento e estruturação tiveram início em 2020 (PESQUISA EFETIVAPAS, 2020).

Este capítulo apresenta o comportamento das ICSAP no estado de Goiás e no Distrito Federal, no período de 2015 a 2019, observado a partir de dois estudos ecológicos que analisaram as internações nessas regiões, tendo como fonte de dados o Sistema de Informações Hospitalares (SIH). Essas duas UF foram escolhidas em virtude de sua inclusão na pesquisa EfetivaPAS.

Os dados de ICSAP foram coletados com base na Lista Brasileira de ICSAP (quadro 1), composta por 19 grupos de diagnósticos, totalizando 120 categorias da CID-10 e 15 subcategorias; e os resultados encontram-se organizados, classificados e apresentados em forma de tabelas, por meio de taxas e frequências, que permitem descrever resumidamente os fenômenos encontrados.

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

GRUPO	CAUSAS DE INTERNAÇÃO E DIAGNÓSTICO	CID 10
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	A33-A37, A95, B05-B06, B16, B26, G00.0, A17.0, A19, A15-A16, A18, A17.1-A17.9, I00-I02, A51-A53, B50-B54, B77
2	Gastroenterites Infeciosas e complicações	E86, A00-A09
3	Anemia	D50
4	Deficiências nutricionais	E40-E46, E50-E64
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	H66, J00- J03, J06, J31
6	Pneumonias bacterianas	J13-J14, J15.3-J15.4, J15.8-J15.9, J18.1

GRUPO	CAUSAS DE INTERNAÇÃO E DIAGNÓSTICO	CID 10
7	Asma	J45-J46
8	Doenças pulmonares	J20, J21, J40-J44, J47
9	Hipertensão	I10-I11
10	Angina	I20
11	Insuficiência cardíaca	I50, J81
12	Doenças cerebrovasculares	I63-I67, I69, G45-G46
13	Diabetes mellitus	E10-E14
14	Epilepsias	G40-G41
15	Infecção no rim e trato urinário	N10-N12, N30, N34, N39.0
16	Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46, L01-L04, L08
17	Doença inflamatória em órgãos pélvicos femininos	N70-N73, N75-N76
18	Úlcera gastrointestinal	K25-K28, K92.0, K92.1, K92.2
19	Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	O23, A50, P35.0

FONTE: ANEXO DA PORTARIA SAS/MS Nº 221 (BRASIL, 2008).

As variáveis selecionadas para a análise das ICSAP estão descritas no quadro 2.

QUADRO 2. **Indicadores e respectivas fórmulas de cálculo**

INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO
Percentual de ICSAP por local de residência	Número de pacientes residentes internados por condições sensíveis à atenção primária, dividido pelo total de internações sensíveis à atenção primária realizada no local de residência correspondente x 100
Percentual do valor correspondente à internação sensível à atenção primária de paciente residente realizada no local de residência correspondente	Valor das ICSAP de pacientes residentes dividido pelo valor total das internações sensíveis à atenção primária realizadas no local de residência correspondente x 100

INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO
Percentual de óbitos por internação sensível à atenção primária de paciente residente realizada no local de residência correspondente.	Número de óbitos de pacientes residentes internados por condições sensíveis à atenção primária dividido pelo total de óbitos por internações sensíveis à atenção primária realizados na UF de residência x 100
Taxa de ICSAP	Número de ICSAP dividido pela população residente, no mesmo local e período selecionado, x 10.000
Percentual de ICSAP no total de internações	Número de ICSAP dividido pelo total de internações realizadas, no mesmo local e período selecionado, multiplicado x 100
Percentual de ICSAP no total de internações	Número de ICSAP dividido pelo total de internações realizadas, no mesmo local e período selecionado, multiplicado x 100
Percentual de ICSAP por sexo	Número de ICSAP por sexo dividido pelo total de ICSAP, no mesmo local e período selecionado, multiplicado x 100
Percentual de ICSAP por faixa etária selecionada	Número de ICSAP por faixa etária selecionada, dividido pelo total de ICSAP, no mesmo local e período selecionado x 100.
Percentual de ICSAP por grupo de causas	Número de ICSAP por grupo de causas dividido pelo total de ICSAP, no mesmo local e período selecionado x 100
Proporção do Valor das Internações Sensíveis à Atenção Primária por Tipo de Causa	Valor das ICSAP por grupo de causas dividido pelo valor total das ICSAP, no mesmo local e período selecionado x 101
Proporção do Valor das Internações Sensíveis à Atenção Primária por Faixas Etárias selecionadas	Valor das ICSAP por faixa etária selecionada dividido pelo valor total de ICSAP, no mesmo local e período selecionado x 100

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

COMPORTAMENTO DAS ICSAP NO ESTADO DE GOIÁS

No período entre 2015 e 2019, ocorreram 1.715.510 internações hospitalares, por meio do SUS, no estado de Goiás, sendo que, destas, 326.936 (19,06%) foram por ICSAP. Observa-se um comportamento semelhante entre a frequência de internações gerais e de ICSAP no período, pois, à medida que reduz o número de internações gerais (3,9%), reduz também o número de ICSAP (16,3%), ressaltando que essa redução foi maior para ICSAP quando

comparada com a redução das internações gerais. Tal redução é observada ano a ano, com uma pequena elevação na frequência de ambas no ano de 2016, quando comparado a 2017. Ainda, percebe-se que as internações gerais ocorreram com maior frequência nas faixas etárias de 15 a 34 anos, no sexo feminino, possivelmente em função da idade fértil (partos hospitalares), seguidas da faixa de 65 anos e mais. Já nas ICSAP, chama atenção o aumento importante da frequência na faixa etária de 65 anos e mais. Como ocorre nas internações gerais, a maior frequência de ICSAP foi do sexo feminino (tabela 1).

TABELA 1. Número de Internações Hospitalares – Geral e por Condições Sensíveis à Atenção Primária, segundo Sexo e Faixa Etária – registrada no SUS. Goiás, 2015 a 2019

ANO	FAIXA ETÁRIA	TOTAL DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES			TOTAL DE ICSAP			% DE ICSAP NO TOTAL DE INTERNAÇÕES		
		MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL
2015	<1a	7.273	5.967	13.240	1.881	1.547	3.428	25,86	25,93	25,89
	1-4a	7.867	6.300	14.167	2.869	2.608	5.477	36,47	41,40	38,66
	5-14a	10.698	8.157	18.855	2.086	2.119	4.205	19,50	25,98	22,30
	15-24a	16.436	42.266	58.702	1.370	4.364	5.734	8,34	10,33	9,77
	25-34a	19.446	38.078	57.524	1.675	3.641	5.316	8,61	9,56	9,24
	35-44a	20.837	26.040	46.877	2.374	3.402	5.776	11,39	13,06	12,32
	45-54a	21.059	21.819	42.878	3.662	3.971	7.633	17,39	18,20	17,80
	55-64a	20.672	19.253	39.925	5.367	4.915	10.282	25,96	25,53	25,75
	65e+a	35.275	33.469	68.744	12.702	12.573	25.275	36,01	37,57	36,77
	Total	159.563	201.349	360.912	33.986	39.140	73.126	21,30	19,44	20,26
2016	<1a	6.476	5.239	11.715	1.374	1.162	2.536	21,22	22,18	21,65
	1-4a	6.905	5.852	12.757	2.542	2.545	5.087	36,81	43,49	39,88
	5-14a	9.626	7.348	16.974	1.730	1.872	3.602	17,97	25,48	21,22
	15-24a	15.159	39.886	55.045	1.263	3.903	5.166	8,33	9,79	9,39
	25-34a	18.013	35.430	53.443	1.475	3.128	4.603	8,19	8,83	8,61
	35-44a	20.097	24.559	44.656	2.173	3.167	5.340	10,81	12,90	11,96
	45-54a	20.190	20.211	40.401	3.258	3.535	6.793	16,14	17,49	16,81
	55-64a	20.125	18.111	38.236	4.959	4.473	9.432	24,64	24,70	24,67
	65e+a	32.719	31.240	63.959	11.506	11.409	22.915	35,17	36,52	35,83
	Total	149.310	187.876	337.186	30.280	35.194	65.474	20,28	18,73	19,42

ANO	FAIXA ETÁRIA	TOTAL DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES			TOTAL DE ICSAP			% DE ICSAP NO TOTAL DE INTERNAÇÕES		
		MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL
2017	<1a	6.451	5.511	11.962	1.510	1.318	2.828	23,41	23,92	23,64
	1-4a	6.860	5.611	12.471	2.616	2.376	4.992	38,13	42,35	40,03
	5-14a	9.417	7.134	16.551	1.917	1.971	3.888	20,36	27,63	23,49
	15-24a	14.570	38.817	53.387	1.190	3.822	5.012	8,17	9,85	9,39
	25-34a	17.453	35.689	53.142	1.371	2.993	4.364	7,86	8,39	8,21
	35-44a	19.627	24.843	44.470	2.128	3.003	5.131	10,84	12,09	11,54
	45-54a	19.800	20.604	40.404	3.206	3.518	6.724	16,19	17,07	16,64
	55-64a	20.196	18.293	38.489	4.791	4.432	9.223	23,72	24,23	23,96
	65e+a	34.192	32.168	66.360	11.995	11.771	23.766	35,08	36,59	35,81
	Total	148.566	188.670	337.236	30.724	35.204	65.928	20,68	18,66	19,55
2018	<1a	6.122	5.245	11.367	1.378	1.232	2.610	22,51	23,49	22,96
	1-4a	6.023	5.044	11.067	2.124	1.943	4.067	35,26	38,52	36,75
	5-14a	8.894	6.569	15.463	1.506	1.622	3.128	16,93	24,69	20,23
	15-24a	14.037	39.283	53.320	1.180	3.668	4.848	8,41	9,34	9,09
	25-34a	16.924	36.688	53.612	1.278	2.907	4.185	7,55	7,92	7,81
	35-44a	19.811	25.239	45.050	1.969	2.871	4.840	9,94	11,38	10,74
	45-54a	19.822	20.179	40.001	3.010	3.345	6.355	15,19	16,58	15,89
	55-64a	20.149	18.127	38.276	4.634	4.217	8.851	23,00	23,26	23,12
	65e+a	33.372	32.025	65.397	11.256	11.062	22.318	33,73	34,54	34,13
	Total	145.154	188.399	333.553	28.335	32.867	61.202	19,52	17,45	18,35
2019	<1a	6.887	5.945	12.832	1.514	1.267	2.781	21,98	21,31	21,67
	1-4a	6.508	5.254	11.762	2.334	2.131	4.465	35,86	40,56	37,96
	5-14a	9.312	7.153	16.465	1.605	1.625	3.230	17,24	22,72	19,62
	15-24a	14.650	38.361	53.011	1.048	3.213	4.261	7,15	8,38	8,04
	25-34a	17.611	36.900	54.511	1.225	2.770	3.995	6,96	7,51	7,33
	35-44a	20.713	25.539	46.252	1.951	2.753	4.704	9,42	10,78	10,17
	45-54a	21.051	20.634	41.685	3.019	3.223	6.242	14,34	15,62	14,97
	55-64a	21.625	19.547	41.172	4.610	4.302	8.912	21,32	22,01	21,65
	65e+a	35.004	33.929	68.933	11.280	11.336	22.616	32,22	33,41	32,81
	Total	153.361	193.262	346.623	28.586	32.620	61.206	18,64	16,88	17,66

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA A PARTIR DOS DADOS DO SIH/SUS (TABWIN).

MASC.: SEXO MASCULINO; FEM.: SEXO FEMININO; ICSAP: INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA.

O número de ICSAP por 10 mil habitantes/ano apresenta uma redução, ano a ano, conferindo um decréscimo na taxa de ICSAP de 20,25% no período (tabela 2). Entretanto, a desagregação dos dados por município demonstra uma variação nessa taxa, com aumento de até + 1.272,41% (2,9/10.000 habitantes e 39,8/10.000 habitantes) e redução de até - 97,1% (314,7/10.000 habitantes e 9,0/10.000 habitantes).

TABELA 2. **Taxa de internações no SUS por Condições Sensíveis à Atenção Primária por 10 mil habitantes/ano. Goiás, 2015 a 2019.**

	2015	2016	2017	2018	2019
Quantidade ICSAP	73.126	65.474	65.928	61.202	61.206
População (1)	6.610.681	6.695.855	6.778.772	6.860.047	6.939.629
ICSAP/10.000 habitante	110,6	97,8	97,3	89,2	88,2

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA A PARTIR DOS DADOS DO SIH/SUS (TABWIN);

ICSAP: INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA;

(1) FONTE: IBGE/DIRETORIA DE PESQUISAS. COORDENAÇÃO DE POPULAÇÃO E INDICADORES SOCIAIS. GERÊNCIA DE ESTUDOS E ANÁLISES DA DINÂMICA DEMOGRÁFICA. PROJEÇÃO DA POPULAÇÃO DO BRASIL E UNIDADES DA FEDERAÇÃO POR SEXO E IDADE PARA O PERÍODO 2000-2030.

Entre às ICSAP ocorridas no estado de Goiás, observa-se um valor total registrado no SIH/SUS de aproximadamente R\$ 345.550.963,66. Deste total de internações, 0,95% foi de pacientes procedentes de outros estados. Percebe-se que esse percentual mantém uma certa estabilidade nos cinco anos do estudo. Entre as ICSAP, ocorreram 14.526 óbitos no período com uma média anual de 2.905,2 óbitos, e um aumento no ano de 2019 (tabela 3).

TABELA 3. **Número e percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária registradas no SUS segundo local de residência, valor* e óbitos. Goiás, 2015 a 2019**

ANO	UF DE RESIDÊNCIA	FREQUÊNCIA	%	VALOR TOTAL	%	ÓBITOS	%
2015	Goiás	72.624	99,31	70.456.824,97	97,50	2.890	99,18
	Outros estados	502	0,69	1.803.746	2,50	24	0,82
	Total	73.126	100,00	72.260.570,63	100,00	2.914	100,00

ANO	UF DE RESIDÊNCIA	FREQUÊNCIA	%	VALOR TOTAL	%	ÓBITOS	%
2016	Goiás	64.821	99,00	64.561.549,82	96,85	2.786	98,51
	Outros estados	653	1,00	2.097.578	3,15	42	1,49
	Total	65.474	100,00	66.659.128,04	100,00	2.828	100,00
2017	Goiás	65.291	99,03	68.847.898,52	98,03	2.722	98,98
	Outros estados	637	0,97	1.381.673	1,97	28	1,02
	Total	65.928	100,00	70.229.571,96	100,00	2.750	100,00
2018	Goiás	60.574	98,97	65.170.681,03	98,80	2.707	98,90
	Outros estados	628	1,03	794.686	1,20	30	1,10
	Total	61.202	100,00	65.965.367,40	100,00	2.737	100,00
2019	Goiás	60.525	98,89	69.588.897,85	98,80	3.253	98,67
	Outros estados	681	1,11	847.428	1,20	44	1,33
	Total	61.206	100,00	70.436.325,63	100,00	3.297	100,00

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA A PARTIR DOS DADOS DO SIH/SUS (TABWIN).

UF: UNIDADE FEDERATIVA;

*CORRESPONDENTE AO VALOR (R\$) DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) REGISTRADA NO SISTEMA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DO SUS (SIH/SUS), QUE TEM COMO REFERÊNCIA A TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS DO SUS.

Quanto ao valor das internações gerais registrado no SIH/SUS, foram computados R\$ 2.089.436.323,60, tendo um valor médio de R\$ 1.217,97 por internação. Verifica-se uma variação desse valor ao longo dos anos, tendo o valor mais alto no ano de 2019. Para as ICSAP, percebe-se um valor total de R\$ 345.550.963,66, correspondendo a 16,54 do valor total. O valor médio por internação foi de R\$ 1.056,94, tendo variação de crescimento ao longo do período (de R\$ 988,17 em 2015 para R\$ 1.150,81 em 2019 – valores não corrigidos). Constata-se que tanto o valor com internações gerais quanto com ICSAP são maiores para o sexo masculino na faixa etária de 65 anos e mais (tabela 4).

TABELA 4. Valor das internações hospitalares – Geral e por Condições Sensíveis à Atenção Primária – registradas no SUS. Goiás, 2015 a 2019

ANO	FAIXA ETÁRIA	VALOR DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES			VALOR DAS ICSAP			% DO VALOR DAS ICSAP NO TOTAL		
		MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL
2015	<1a	14.992.594,77	13.348.930,10	28.341.524,87	1.151.226,11	904.413,67	2.055.639,78	7,68	6,78	7,25
	1-4a	5.835.902,19	4.402.946,79	10.238.848,98	1.421.863,62	1.118.680,15	2.540.543,77	24,36	25,41	24,81
	5-14a	7.593.953,24	6.212.778,76	13.806.732,00	893.025,09	939.181,15	1.832.206,24	11,76	15,12	13,27
	15-24a	17.943.846,02	26.128.879,25	44.072.725,27	729.709,66	1.456.233,25	2.185.942,91	4,07	5,57	4,96
	25-34a	21.089.342,63	26.502.593,06	47.591.935,69	1.167.276,82	1.370.632,23	2.537.909,05	5,53	5,17	5,33
	35-44a	24.534.251,27	24.254.613,51	48.788.864,78	2.127.589,76	1.923.167,89	4.050.757,65	8,67	7,93	8,30
	45-54a	30.172.109,53	27.218.941,28	57.391.050,81	5.175.378,07	3.522.517,09	8.697.895,16	17,15	12,94	15,16
	55-64a	36.939.202,41	29.122.529,07	66.061.731,48	10.259.379,55	6.311.927,90	16.571.307,45	27,77	21,67	25,08
	65e+a	57.013.382,67	46.869.788,15	103.883.170,82	17.972.016,18	13.816.352,44	31.788.368,62	31,52	29,48	30,60
	Total	216.114.584,73	204.061.999,97	420.176.584,70	40.897.464,86	31.363.105,77	72.260.570,63	18,92	15,37	17,20
2016	<1a	15.730.928,89	12.291.177,86	28.022.106,75	804.801,34	677.427,14	1.482.228,48	5,12	5,51	5,29
	1-4a	5.338.507,30	4.260.599,27	9.599.106,57	1.025.758,67	1.101.469,48	2.127.228,15	19,21	25,85	22,16
	5-14a	6.965.863,47	5.617.807,66	12.583.671,13	790.824,49	775.468,24	1.566.292,73	11,35	13,80	12,45
	15-24a	16.180.910,74	25.242.425,13	41.423.335,87	676.562,45	1.247.360,86	1.923.923,31	4,18	4,94	4,64
	25-34a	19.976.095,34	25.650.969,16	45.627.064,50	1.190.479,89	1.233.442,28	2.423.922,17	5,96	4,81	5,31
	35-44a	24.753.498,18	24.119.390,48	48.872.888,66	2.000.432,36	1.740.932,64	3.741.365,00	8,08	7,22	7,66
	45-54a	30.196.205,56	25.778.191,61	55.974.397,17	4.948.887,39	3.136.876,39	8.085.763,78	16,39	12,17	14,45
	55-64a	36.534.108,10	28.626.407,40	65.160.515,50	9.098.318,80	5.775.663,68	14.873.982,48	24,90	20,18	22,83
	65e+a	55.524.882,28	47.823.013,40	103.347.895,68	16.735.155,79	13.699.266,15	30.434.421,94	30,14	28,65	29,45
	Total	211.200.999,86	199.409.981,97	410.610.981,83	37.271.221,18	29.387.906,86	66.659.128,04	17,65	14,74	16,23
2017	<1a	14.326.633,96	13.296.258,04	27.622.892,00	965.384,07	891.746,81	1.857.130,88	6,74	6,71	6,72
	1-4a	5.580.123,91	4.777.623,99	10.357.747,90	1.203.159,14	1.064.363,55	2.267.522,69	21,56	22,28	21,89
	5-14a	7.147.561,08	5.839.203,84	12.986.764,92	923.287,19	869.756,32	1.793.043,51	12,92	14,90	13,81
	15-24a	16.150.052,42	24.716.349,79	40.866.402,21	810.913,35	1.243.511,67	2.054.425,02	5,02	5,03	5,03
	25-34a	19.088.361,70	25.233.320,21	44.321.681,91	1.033.371,62	1.165.119,84	2.198.491,46	5,41	4,62	4,96
	35-44a	24.099.207,29	23.876.957,14	47.976.164,43	2.237.469,12	1.620.162,96	3.857.632,08	9,28	6,79	8,04
	45-54a	29.231.156,99	27.144.567,00	56.375.723,99	4.728.338,54	3.424.029,71	8.152.368,25	16,18	12,61	14,46
	55-64a	35.984.897,62	29.737.503,33	65.722.400,95	9.219.337,09	5.859.543,75	15.078.880,84	25,62	19,70	22,94
	65e+a	58.897.340,87	49.376.068,84	108.273.409,71	18.196.467,21	14.773.610,02	32.970.077,23	30,90	29,92	30,45
	Total	210.505.335,84	203.997.852,18	414.503.188,02	39.317.727,33	30.911.844,63	70.229.571,96	18,68	15,15	16,94

Características do Ambiente de Implantação da Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde

ANO	FAIXA ETÁRIA	VALOR DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES			VALOR DAS ICSAP			% DO VALOR DAS ICSAP NO TOTAL		
		MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL
2018	<1a	15.096.532,26	13.178.178,15	28.274.710,41	862.983,64	841.604,83	1.704.588,47	5,72	6,39	6,03
	1-4a	5.435.189,46	4.636.905,93	10.072.095,39	1.027.357,64	915.561,01	1.942.918,65	18,90	19,75	19,29
	5-14a	6.863.266,34	5.373.324,59	12.236.590,93	701.978,33	737.432,08	1.439.410,41	10,23	13,72	11,76
	15-24a	14.658.788,71	24.404.077,29	39.062.866,00	760.076,66	1.181.825,51	1.941.902,17	5,19	4,84	4,97
	25-34a	18.061.503,04	25.521.372,21	43.582.875,25	820.394,20	1.169.266,66	1.989.660,86	4,54	4,58	4,57
	35-44a	23.405.375,36	23.482.907,51	46.888.282,87	2.004.122,50	1.786.314,55	3.790.437,05	8,56	7,61	8,08
	45-54a	28.837.802,90	25.389.639,80	54.227.442,70	4.277.426,64	3.439.675,04	7.717.101,68	14,83	13,55	14,23
	55-64a	37.382.232,65	27.955.732,19	65.337.964,84	8.986.782,33	5.953.479,95	14.940.262,28	24,04	21,30	22,87
	65e+a	56.611.390,68	50.926.097,54	107.537.488,22	16.340.552,84	14.158.532,99	30.499.085,83	28,86	27,80	28,36
	Total	206.352.081,40	200.868.235,21	407.220.316,61	35.781.674,78	30.183.692,62	65.965.367,40	17,34	15,03	16,20
2019	<1a	15.108.860,67	12.975.675,82	28.084.536,49	931.732,00	659.253,74	1.590.985,74	6,17	5,08	5,66
	1-4a	5.027.033,70	4.074.198,13	9.101.231,83	1.144.113,12	1.077.975,57	2.222.088,69	22,76	26,46	24,42
	5-14a	7.282.527,59	5.041.536,91	12.324.064,50	803.512,26	757.643,41	1.561.155,67	11,03	15,03	12,67
	15-24a	16.599.114,57	24.849.397,71	41.448.512,28	760.809,53	1.172.344,95	1.933.154,48	4,58	4,72	4,66
	25-34a	20.728.873,92	26.942.804,44	47.671.678,36	974.141,13	1.303.456,02	2.277.597,15	4,70	4,84	4,78
	35-44a	25.854.957,10	24.459.868,22	50.314.825,32	2.112.857,96	1.867.185,70	3.980.043,66	8,17	7,63	7,91
	45-54a	31.277.474,59	28.229.953,25	59.507.427,84	4.630.701,97	3.435.518,73	8.066.220,70	14,81	12,17	13,55
	55-64a	39.431.647,51	31.837.680,72	71.269.328,23	9.148.747,18	6.632.100,94	15.780.848,12	23,20	20,83	22,14
	65e+a	62.291.944,52	54.911.703,07	117.203.647,59	17.245.406,92	15.778.824,50	33.024.231,42	27,68	28,73	28,18
	Total	223.602.434,17	213.322.818,27	436.925.252,44	37.752.022,07	32.684.303,56	70.436.325,63	16,88	15,32	16,12

FONTES: ELABORAÇÃO PRÓPRIA A PARTIR DOS DADOS DO SIH/SUS (TABWIN).

MASC.: SEXO MASCULINO; FEM.: SEXO FEMININO; ICSAP: INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA.

*REGISTRADO NO SIH/SUS.

Ao analisar a proporção de internações, segundo grupos de causas e diagnósticos de ICSAP e faixa etária, durante o período, verifica-se que, em menores de 1 ano, os mais frequentes foram as doenças pulmonares (22,5%), gastroenterites infecciosas e complicações (20,83%), e pneumonias bacterianas (18,80%). Na faixa de 1 a 4 anos, a gastroenterite infecciosa e complicações (35,52%) ocupou o primeiro lugar, seguida de pneumonia bacteriana (19,15%), e infecção de ouvido, nariz e garganta (9,25%). Chama atenção que, na faixa

etária de 15 a 24 anos, a infecção no rim e trato urinário ocupou o primeiro lugar em todo o período (42,40%). Angina (16,2%), insuficiência cardíaca (14,5%) e doenças pulmonares (7,6%) apareceram com maiores frequências na faixa de 55 a 64 anos; e na faixa de 65 anos e mais, insuficiência cardíaca (16,12%), doenças cerebrovasculares (12,87%), doenças pulmonares (12,26%), além da Infecção rim e trato urinário (11,18%), e das pneumonias bacterianas (10,55%) (tabela 5).

Na análise entre os grupos de causas e diagnósticos, ano a ano, independentemente de faixa etária, gastroenterite infecciosa e complicações ocupa o segundo lugar em frequência, perdendo apenas para infecção no rim e trato urinário, que ocupa o primeiro lugar em todo o período. Quanto a hipertensão arterial e diabetes mellitus, verifica-se uma certa estabilidade no período, com maior frequência para a diabetes em todos os anos (tabela 5).

TABELA 5. Proporção das internações hospitalares por Condições Sensíveis à Atenção Primária registradas no SUS nas faixas etárias selecionadas, por tipo de causa. Goiás, 2015 a 2019

ANO	CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA	<1A	1-4A	5-14A	15-24A	25-34A	35-44A	45-54A	55-64A	65E+A	TOTAL
2015	1. Doenças preveníveis p/imuniz./ condições sensíveis	3,0	0,8	0,6	0,6	1,5	1,5	1,1	0,6	0,3	0,8
	2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	22,0	35,4	36,3	17,3	14,3	13,3	9,6	6,5	7,6	13,7
	3. Anemia	0,1	0,1	0,2	0,5	0,7	0,8	0,7	0,4	0,5	0,5
	4. Deficiências nutricionais	1,4	0,7	0,4	0,4	0,5	1,0	1,0	1,1	1,8	1,2
	5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	3,2	6,8	6,5	2,8	1,7	1,5	1,1	0,7	0,7	1,9
	6. Pneumonias bacterianas	19,5	17,9	9,0	3,3	3,9	4,4	4,7	4,7	8,5	7,7
	7. Asma	5,9	9,6	10,5	4,4	4,0	4,3	3,9	3,3	3,4	4,6
	8. Doenças pulmonares	25,4	13,1	9,8	2,1	2,1	3,0	4,8	8,1	13,3	9,5
	9. Hipertensão	0,1	0,0	0,2	1,0	2,3	3,8	5,0	4,9	4,0	3,1
	10. Angina	0,1		0,0	0,7	2,9	7,3	14,0	17,8	9,6	8,1
	11. Insuficiência cardíaca	1,1	0,2	0,5	0,9	2,4	5,7	9,7	15,2	17,4	10,0
	12. Doenças cerebrovasculares	0,0	0,0	0,4	1,2	2,0	4,9	8,4	9,8	11,9	7,0
	13. Diabetes mellitus	0,2	0,6	3,5	2,7	4,4	6,0	8,0	9,7	6,1	5,6

ANO	CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA	<1A	1-4A	5-14A	15-24A	25-34A	35-44A	45-54A	55-64A	65E+A	TOTAL
2015	14. Epilepsias	1,8	3,1	4,0	3,2	3,5	3,8	2,5	1,1	0,5	2,0
(cont.)	15. Infecção no rim e trato urinário	10,2	7,9	12,1	43,0	37,0	25,8	16,4	9,8	9,9	16,4
	16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	1,8	3,7	5,2	4,4	5,5	6,3	5,5	4,3	3,0	4,1
	17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	-	-	0,1	1,9	3,6	2,7	1,0	0,1	0,1	0,8
	18. Úlcera gastrointestinal	0,5	0,1	0,5	1,0	2,3	2,8	2,5	1,8	1,6	1,6
	19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	3,7	0,0	0,3	8,7	5,3	1,1	0,1	0,0	0,0	1,4
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2016	1. Doenças preveníveis p/imuniz./ condições sensíveis	1,4	0,6	0,6	0,8	1,8	2,2	1,5	1,0	0,5	1,0
	2. Gastroenterites Infeciosas e complicações	28,6	43,8	40,1	16,6	15,2	12,5	9,5	7,5	7,5	14,8
	3. Anemia	0,2	0,1	0,2	0,5	0,7	0,8	0,6	0,6	0,6	0,5
	4. Deficiências nutricionais	1,0	0,8	0,4	0,3	0,6	1,2	1,0	0,9	1,6	1,1
	5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	5,0	9,0	7,1	3,7	3,3	2,5	1,5	0,7	0,8	2,6
	6. Pneumonias bacterianas	15,8	15,6	9,1	3,5	4,2	5,5	5,8	6,1	9,7	8,2
	7. Asma	4,7	7,0	8,0	3,2	3,3	3,5	3,0	2,9	2,6	3,6
	8. Doenças pulmonares	17,2	7,6	6,1	1,9	2,1	2,5	5,4	7,5	11,9	7,9
	9. Hipertensão	0,2	-	0,1	1,2	2,4	4,3	5,3	4,7	3,9	3,2
	10. Angina	0,0	0,0	-	0,4	1,8	5,1	12,3	14,7	8,2	6,8
	11. Insuficiência cardíaca	1,1	0,1	0,2	0,8	2,3	5,8	9,9	15,6	18,2	10,4
	12. Doenças cerebrovasculares	0,1	0,0	0,6	1,2	2,9	5,1	8,5	11,4	12,7	7,7
	13. Diabetes mellitus	0,3	0,7	3,7	2,5	3,2	6,3	8,1	8,7	5,5	5,2
	14. Epilepsias	3,0	3,2	3,8	3,5	3,4	3,6	2,6	1,4	0,7	2,1
	15. Infecção no rim e trato urinário	12,5	7,5	13,7	42,5	37,3	26,3	15,8	10,2	10,9	16,9
	16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	2,6	3,7	5,6	4,6	5,1	6,3	5,8	4,1	3,0	4,2
	17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	-	-	0,2	2,5	3,4	3,0	0,8	0,2	0,0	0,8
	18. Úlcera gastrointestinal	0,2	0,2	0,3	1,2	1,5	2,3	2,5	1,9	1,7	1,6
	19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	6,1	0,0	0,2	9,0	5,4	1,0	0,0	-	0,0	1,4
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Características do
Ambiente de Implantação
da Estratégia de
Planificação da Atenção
à Saúde*

ANO	CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA	<1A	1-4A	5-14A	15-24A	25-34A	35-44A	45-54A	55-64A	65E+A	TOTAL
2017	1. Doenças preveníveis p/imuniz./ condições sensíveis	1,5	0,3	0,4	0,9	1,5	1,8	1,4	1,0	0,5	0,9
	2. Gastroenterites Infeciosas e complicações	18,0	32,7	35,6	14,8	13,7	11,6	7,7	5,8	6,4	12,2
	3. Anemia	0,2	0,1	0,3	0,6	0,5	0,7	0,6	0,5	0,5	0,5
	4. Deficiências nutricionais	0,8	0,4	0,2	0,1	0,3	0,5	0,9	0,6	1,3	0,8
	5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	6,6	11,3	8,5	4,6	3,3	2,2	1,6	1,2	1,1	3,1
	6. Pneumonias bacterianas	19,5	19,0	10,1	3,2	4,0	5,1	5,9	7,0	11,5	9,5
	7. Asma	5,8	11,2	11,3	3,8	3,6	3,7	3,4	2,6	3,0	4,4
	8. Doenças pulmonares	22,4	8,8	5,2	1,9	2,2	2,9	4,5	7,9	13,0	8,7
	9. Hipertensão	0,1	0,0	0,2	1,0	1,9	4,2	5,6	4,5	3,9	3,1
	10. Angina	0,1	-	0,0	0,7	2,3	6,5	13,4	16,0	8,6	7,4
	11. Insuficiência cardíaca	1,6	0,5	0,5	0,9	2,6	5,6	9,1	14,2	15,4	9,3
	12. Doenças cerebrovasculares	-	0,0	0,3	1,4	2,7	5,4	8,8	11,6	12,8	7,9
	13. Diabetes mellitus	0,5	0,5	3,3	2,3	2,9	6,5	8,7	8,5	5,9	5,3
	14. Epilepsias	3,0	3,5	4,5	4,1	4,5	3,8	2,9	1,3	0,7	2,3
	15. Infecção no rim e trato urinário	10,3	7,8	13,6	43,7	36,0	26,4	16,5	11,2	11,3	16,9
	16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	1,9	3,7	4,8	4,1	5,8	6,5	5,1	3,7	2,6	3,8
	17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	-	-	0,4	2,6	3,6	2,8	1,1	0,2	0,0	0,8
	18. Úlcera gastrointestinal	0,1	0,2	0,4	1,2	2,2	2,7	2,8	2,2	1,6	1,7
	19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	7,6	-	0,3	8,3	6,4	1,2	-	-	-	1,5
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2018	1. Doenças preveníveis p/imuniz./ condições sensíveis	1,0	0,6	1,0	1,2	1,9	1,7	1,6	1,0	0,4	1,0
	2. Gastroenterites Infeciosas e complicações	16,6	31,4	31,9	14,0	12,7	9,6	7,8	6,1	6,5	11,2
	3. Anemia	0,3	0,0	0,4	0,4	0,5	0,9	0,6	0,3	0,5	0,5
	4. Deficiências nutricionais	2,1	0,4	0,5	0,2	0,4	0,8	1,0	0,6	1,3	0,9
	5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	5,2	9,6	8,9	3,8	3,0	2,1	1,4	1,1	0,7	2,5
	6. Pneumonias bacterianas	19,8	22,7	12,3	4,0	4,9	6,5	6,3	6,7	11,1	9,8

ANO	CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA	<1A	1-4A	5-14A	15-24A	25-34A	35-44A	45-54A	55-64A	65E+A	TOTAL
2018	7. Asma	3,4	8,0	9,6	3,2	3,5	3,1	2,6	2,8	2,9	3,6
(cont.)	8. Doenças pulmonares	21,3	9,0	6,0	1,6	1,7	2,8	4,6	7,3	12,0	8,2
	9. Hipertensão	0,1	0,0	0,1	0,7	1,9	3,2	5,4	4,4	3,8	3,0
	10. Angina	0,0	0,0	0,1	0,7	2,0	6,6	13,5	16,2	8,8	7,7
	11. Insuficiência cardíaca	0,8	0,3	0,4	0,5	2,0	6,0	9,3	13,9	15,3	9,3
	12. Doenças cerebrovasculares	0,0	0,0	0,4	1,0	2,9	5,7	9,4	11,9	13,0	8,2
	13. Diabetes mellitus	0,2	0,8	4,0	2,9	4,1	5,9	7,5	8,1	5,5	5,2
	14. Epilepsias	3,4	4,3	4,1	4,0	3,7	4,0	2,5	1,1	0,6	2,2
	15. Infecção no rim e trato urinário	12,0	9,2	13,9	43,0	36,7	27,1	16,7	11,2	12,4	17,8
	16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	2,1	3,5	5,3	4,0	5,5	6,3	5,4	4,7	2,9	4,1
	17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	-	-	0,2	2,2	3,0	2,8	1,2	0,3	0,1	0,8
	18. Úlcera gastrointestinal	0,2	0,1	0,6	1,3	2,4	3,2	3,1	2,5	2,0	2,0
	19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	11,3	-	0,4	11,2	7,1	1,5	0,0	-	0,0	2,0
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2019	1. Doenças preveníveis p/imuniz./ condições sensíveis	1,1	0,6	1,0	1,1	2,0	1,8	1,4	0,9	0,4	0,9
	2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	16,6	33,0	31,3	14,0	12,1	9,8	7,4	5,3	6,0	11,1
	3. Anemia	0,0	0,1	0,1	0,3	0,4	0,8	0,8	0,3	0,5	0,4
	4. Deficiências nutricionais	1,2	0,3	0,3	0,3	0,4	0,7	0,8	0,6	1,4	0,9
	5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	5,0	9,9	7,5	3,1	2,9	2,0	1,2	0,6	0,5	2,3
	6. Pneumonias bacterianas	19,0	21,7	13,2	4,9	5,9	6,6	7,6	7,7	12,7	11,0
	7. Asma	2,4	6,8	10,1	2,8	3,0	2,8	2,2	2,0	2,4	3,2
	8. Doenças pulmonares	25,1	10,2	7,1	1,5	1,7	2,4	4,4	7,1	11,5	8,4
	9. Hipertensão	-	0,1	0,2	0,6	1,9	3,3	4,0	3,6	3,0	2,5
	10. Angina	-	0,0	-	0,7	2,5	7,5	12,6	16,1	8,7	7,6
	11. Insuficiência cardíaca	1,1	0,3	0,1	0,7	2,3	5,1	8,7	13,5	14,8	9,0
	12. Doenças cerebrovasculares	0,0	0,1	0,2	1,7	3,1	6,6	10,7	13,2	14,6	9,3
	13. Diabetes mellitus	0,3	0,6	4,4	3,8	3,8	6,7	8,6	8,7	5,1	5,3
	14. Epilepsias	3,2	4,6	5,7	4,1	4,6	4,6	2,9	1,4	0,6	2,4

ANO	CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA	<1A	1-4A	5-14A	15-24A	25-34A	35-44A	45-54A	55-64A	65E+A	TOTAL
2019 (cont.)	15. Infecção no rim e trato urinário	9,9	7,2	11,9	39,4	34,0	25,0	15,5	11,6	12,1	16,2
	16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	2,7	4,1	5,7	4,5	6,8	7,3	6,7	4,6	3,5	4,7
	17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	0,0	-	0,3	2,6	3,7	2,9	1,0	0,1	0,1	0,8
	18. Úlcera gastrointestinal	0,3	0,3	0,7	1,7	2,6	3,0	3,5	2,6	2,2	2,2
	19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	12,1	-	0,2	12,2	6,5	0,9	-	-	-	1,9
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA A PARTIR DOS DADOS DO SIH/SUS (TABWIN).

A: ANOS; 65E+A: 65 ANOS E MAIS.

Sobre o valor dispendido por grupos de causas e diagnósticos, observa-se que angina, insuficiência cardíaca e doenças cerebrovasculares registram os maiores valores (tabelas 6 e 7).

TABELA 6. Valor das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária registradas no SUS, segundo grupo de causas e faixa etária. Goiás 2015 a 2019

ANO	CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA	<1A	1-4A	5-14A	15-24A	25-34A	35-44A	45-54A	55-64A	65E+A	TOTAL
2015	1. Doenças preveníveis p/ imuniz./condições sensíveis	170.520,66	23.482,43	20.077,75	42.324,23	74.968,09	78.433,54	107.244,17	72.705,18	141.928,15	731.684,20
	2. Gastroenterites Infeciosas e complicações	256.217,81	592.105,87	435.683,58	279.836,83	205.369,96	223.138,22	218.864,56	197.315,32	587.858,28	2.996.390,43
	3. Anemia	517,13	555,36	1.472,87	6.671,01	9.032,98	13.423,88	16.198,92	11.048,15	35.280,52	94.200,82
	4. Deficiências nutricionais	64.442,60	15.071,84	8.478,05	10.485,95	25.221,86	35.795,06	55.704,20	62.157,90	260.478,08	537.835,54
	5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	30.204,32	82.071,20	61.099,40	36.701,83	22.040,14	17.640,68	19.175,39	27.857,70	49.895,57	346.686,23
	6. Pneumonias bacterianas	659.798,07	923.823,35	379.655,58	232.381,77	206.857,43	292.743,79	352.909,89	588.835,52	2.675.637,82	6.312.643,22
	7. Asma	100.607,02	260.530,64	222.211,06	118.328,96	101.576,97	117.535,04	145.247,48	182.285,23	454.160,08	1.702.482,48
	8. Doenças pulmonares	366.448,71	281.851,55	142.651,80	59.346,76	63.506,39	97.828,34	313.638,05	633.932,03	2.429.778,45	4.388.982,08
	9. Hipertensão	948,35	379,34	1.379,91	12.676,62	26.259,75	59.073,66	89.839,08	125.388,44	221.688,35	537.633,50
	10. Angina	510,82	-	325,08	22.637,90	139.172,05	977.450,35	3.940.547,68	8.524.965,88	10.894.546,58	24.500.156,34

ANO	CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA	<1A	1-4A	5-14A	15-24A	25-34A	35-44A	45-54A	55-64A	65E+A	TOTAL
2015 (cont.)	11. Insuficiência cardíaca	139.680,23	29.846,99	57.993,08	85.115,86	298.092,90	511.315,47	1.207.550,73	3.336.419,33	6.990.731,28	12.656.745,87
	12. Doenças cerebrovasculares	463,21	2.206,72	40.767,33	144.143,88	106.187,71	480.056,05	1.000.801,62	1.469.562,55	4.505.236,13	7.749.425,20
	13. Diabetes mellitus	2.676,87	19.529,23	79.981,63	80.046,95	261.172,15	185.419,81	329.006,01	567.220,88	868.840,89	2.393.894,42
	14. Epilepsias	44.802,99	122.563,61	162.975,02	210.077,88	217.338,64	273.874,89	218.783,87	104.407,73	112.819,50	1.467.644,13
	15. Infecção no rim e trato urinário	93.943,41	115.055,82	123.502,97	612.345,12	474.877,13	376.758,95	322.848,53	297.576,53	852.852,83	3.269.761,29
	16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	23.720,14	69.774,45	78.977,37	101.967,77	115.772,62	172.939,22	199.345,39	248.782,60	357.067,16	1.368.346,72
	17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	-	-	1.415,97	37.241,51	76.533,24	54.825,26	26.822,86	16.898,41	13.354,37	227.091,62
	18. Úlcera gastrointestinal	47.006,61	1.436,60	12.049,54	25.423,69	74.699,71	63.670,63	132.851,61	103.762,61	335.995,90	796.896,90
	19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	53.130,83	258,77	1.508,25	68.188,39	39.229,33	18.834,81	515,12	185,46	218,68	182.069,64
	Total	2.055.639,78	2.540.543,77	1.832.206,24	2.185.942,91	2.537.909,05	4.050.757,65	8.697.895,16	16.571.307,45	31.788.368,62	72.260.570,63
2016	1. Doenças preveníveis p/ imuniz./condições sensíveis	39.351,33	18.415,74	11.759,99	58.635,65	94.758,43	124.874,76	173.951,98	191.297,32	289.901,11	1.002.946,31
	2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	242.344,93	664.142,77	425.394,38	244.650,12	190.999,58	208.217,61	183.005,75	234.294,49	523.934,21	2.916.983,84
	3. Anemia	1.855,99	1.390,24	2.148,83	6.799,39	12.335,72	12.423,41	11.321,38	16.322,26	46.995,25	111.592,47
	4. Deficiências nutricionais	16.665,56	49.009,35	17.062,75	10.187,15	26.209,85	44.850,33	35.948,83	61.862,41	220.372,72	482.168,95
	5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	35.044,90	112.038,89	63.195,64	49.427,31	38.870,42	42.696,56	44.607,71	21.715,15	41.940,49	449.537,07
	6. Pneumonias bacterianas	381.186,69	668.824,78	339.400,02	155.080,89	211.613,48	323.277,41	373.611,70	629.671,21	2.554.195,73	5.636.861,91
	7. Asma	61.783,35	181.631,06	152.594,14	76.339,46	72.853,22	87.524,33	105.632,33	140.215,27	337.887,18	1.216.460,34
	8. Doenças pulmonares	201.346,00	149.131,71	88.545,23	41.016,92	67.806,97	70.937,18	273.050,26	582.745,69	2.093.079,68	3.567.659,64
	9. Hipertensão	948,35	-	798,68	13.996,15	29.579,56	62.056,91	92.937,50	111.151,02	231.587,82	543.055,99
	10. Angina	325,08	372,35	-	20.831,20	158.789,42	735.976,09	3.606.851,17	7.209.836,44	9.279.854,98	21.012.836,73
	11. Insuficiência cardíaca	187.174,39	8.824,80	19.836,93	79.244,31	238.373,38	549.991,33	1.244.915,43	2.957.804,12	7.436.552,33	12.722.717,02
	12. Doenças cerebrovasculares	1.356,73	185,83	62.857,09	57.666,57	263.750,58	358.091,98	832.406,58	1.523.165,20	4.881.379,72	7.980.860,28
	13. Diabetes mellitus	3.024,87	25.816,45	72.251,59	107.350,16	109.865,64	232.727,40	306.519,75	436.687,71	698.814,64	1.993.058,21
	14. Epilepsias	98.712,11	85.080,29	104.913,78	217.735,94	221.301,09	209.036,06	179.873,08	83.605,39	108.552,55	1.308.810,29
	15. Infecção no rim e trato urinário	85.120,33	94.257,63	119.543,56	530.997,90	427.343,58	355.394,68	304.256,11	328.686,32	1.040.543,58	3.286.143,69
	16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	23.144,16	65.056,16	78.247,67	113.266,24	127.151,54	154.507,32	179.864,16	208.821,04	343.597,01	1.293.655,30

ANO	CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA	<1A	1-4A	5-14A	15-24A	25-34A	35-44A	45-54A	55-64A	65E+A	TOTAL
2016 (cont.)	17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	-		2.236,70	39.259,67	61.282,28	52.860,39	25.670,88	6.409,50	2.840,82	190.560,24
	18. Úlcera gastrointestinal	18.218,13	2.719,33	4.634,26	29.734,93	33.605,06	107.881,10	109.782,81	129.691,94	302.040,20	738.307,76
	19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	84.625,58	330,77	871,49	71.703,35	37.432,37	8.040,15	1.556,37	-	351,92	204.912,00
	Total	1.482.228,48	2.127.228,15	1.566.292,73	1.923.923,31	2.423.922,17	3.741.365,00	8.085.763,78	14.873.982,48	30.434.421,94	66.659.128,04
2017	1. Doenças preveníveis p/ imuniz./condições sensíveis	55.068,84	10.886,59	5.998,74	54.735,81	58.526,53	77.208,58	138.358,84	145.394,79	183.597,52	729.776,24
	2. Gastroenterites Infeciosas e complicações	187.669,95	488.685,81	408.802,45	208.310,59	171.147,90	164.401,78	145.535,72	158.428,93	450.986,64	2.383.969,77
	3. Anemia	1.673,68	1.142,35	2.882,45	15.949,00	5.292,77	11.929,03	9.497,98	11.414,77	45.766,86	105.548,89
	4. Deficiências nutricionais	17.095,12	7.652,02	6.585,23	2.421,32	6.923,96	18.745,95	33.013,63	30.157,86	172.182,31	294.777,40
	5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	38.768,22	130.000,18	77.902,27	57.491,34	42.099,69	33.254,42	29.110,77	28.236,21	91.226,94	528.090,04
	6. Pneumonias bacterianas	565.115,80	847.608,26	400.439,26	176.622,69	170.496,99	256.010,64	445.845,30	969.157,46	3.849.713,23	7.681.009,63
	7. Asma	82.686,78	282.640,19	216.351,43	96.330,83	79.860,37	94.260,60	112.374,22	131.865,62	379.981,85	1.476.351,89
	8. Doenças pulmonares	284.671,65	132.680,72	73.373,51	39.535,54	40.318,80	78.934,11	226.601,58	626.770,84	2.571.027,02	4.073.913,77
	9. Hipertensão	773,51	379,34	1.787,40	10.682,98	18.122,40	49.292,27	105.216,20	156.889,60	262.336,54	605.480,24
	10. Angina	913,20		399,02	27.161,17	130.574,23	809.206,56	3.556.417,62	6.848.538,90	9.688.150,09	21.061.360,79
	11. Insuficiência cardíaca	303.351,39	64.638,65	21.898,85	121.452,77	234.477,65	760.576,10	1.246.718,45	2.870.613,39	7.325.128,10	12.948.855,35
	12. Doenças cerebrovasculares	-	763,11	19.650,71	139.477,54	257.218,09	340.860,91	868.119,35	1.723.542,61	5.264.401,70	8.614.034,02
	13. Diabetes mellitus	20.509,63	21.016,78	136.858,41	105.246,13	104.917,64	269.292,03	381.092,32	482.959,74	857.626,53	2.379.519,21
	14. Epilepsias	70.190,42	73.364,64	158.045,47	279.982,76	230.317,40	222.014,58	173.727,90	130.971,27	119.550,21	1.458.164,65
	15. Infecção no rim e trato urinário	74.158,95	130.556,01	173.421,32	502.233,08	371.462,23	337.420,57	311.832,24	354.315,59	996.254,62	3.251.654,61
	16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	20.431,32	72.684,93	74.984,13	87.764,39	128.353,40	183.281,45	195.949,22	215.093,49	334.309,49	1.312.851,82
	17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	-		3.265,79	36.336,23	51.305,84	50.910,33	23.525,02	6.018,63	3.701,18	175.063,02
	18. Úlcera gastrointestinal	25.247,08	2.823,11	5.611,21	33.713,16	60.177,43	89.251,37	149.431,89	188.511,14	374.136,40	928.902,79
	19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	108.805,34		4.785,86	58.977,69	36.898,14	10.780,80				220.247,83
	Total	1.857.130,88	2.267.522,69	1.793.043,51	2.054.425,02	2.198.491,46	3.857.632,08	8.152.368,25	15.078.880,84	32.970.077,23	70.229.571,96

ANO	CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA	<1A	1-4A	5-14A	15-24A	25-34A	35-44A	45-54A	55-64A	65E+A	TOTAL
2018	1. Doenças preveníveis p/ imuniz./condições sensíveis	27.388,64	14.092,21	16.120,48	64.668,69	89.224,85	99.942,05	148.168,16	87.995,89	165.416,95	713.017,92
	2. Gastroenterites Infeciosas e complicações	139.628,85	376.977,08	295.388,69	189.102,28	153.026,69	140.841,89	133.144,81	171.741,94	427.492,64	2.027.344,87
	3. Anemia	2.600,23	273,85	3.266,22	6.838,02	10.385,48	16.768,82	15.983,52	34.619,09	55.638,66	146.373,89
	4. Deficiências nutricionais	102.998,04	17.026,60	9.219,21	4.635,08	7.684,69	20.301,66	30.132,05	32.098,03	153.205,89	377.301,25
	5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	32.190,78	89.343,24	65.229,65	43.463,30	30.421,17	29.854,68	46.310,02	42.787,45	45.168,99	424.769,28
	6. Pneumonias bacterianas	564.658,55	868.157,14	406.998,50	256.792,75	192.934,81	326.821,85	515.897,46	816.761,49	3.523.413,12	7.472.435,67
	7. Asma	44.359,93	186.245,23	154.527,44	73.353,08	68.630,54	70.495,60	78.590,68	117.099,72	374.512,31	1.167.814,53
	8. Doenças pulmonares	276.531,65	145.190,95	83.986,09	49.671,09	37.937,99	101.588,39	235.638,86	529.714,28	2.330.152,24	3.790.411,54
	9. Hipertensão	455,56	189,67	860,85	10.246,32	19.521,81	68.192,94	84.968,34	171.813,90	301.224,58	657.473,97
	10. Angina	325,08	333,08	5.019,45	27.774,01	111.468,61	701.132,08	2.890.151,79	6.329.033,58	8.497.889,17	18.563.126,85
	11. Insuficiência cardíaca	107.684,70	12.616,95	31.075,30	59.352,73	148.686,72	691.244,26	1.282.763,36	3.087.149,58	6.662.584,10	12.083.157,70
	12. Doenças cerebrovasculares	13.260,69	2.127,77	9.998,36	58.793,47	133.770,38	424.757,03	1.057.426,77	2.141.819,93	5.091.908,83	8.933.863,23
	13. Diabetes mellitus	5.276,71	27.320,16	94.027,59	111.777,36	142.013,06	183.773,03	245.389,47	462.353,92	847.310,53	2.119.241,83
	14. Epilepsias	138.440,38	55.101,28	77.006,50	250.157,90	213.036,76	275.474,09	223.484,66	116.656,73	74.576,65	1.423.934,95
	15. Infecção no rim e trato urinário	103.320,10	87.826,39	104.488,75	489.268,19	378.133,97	321.587,65	300.552,01	319.789,25	1.125.880,12	3.230.846,43
	16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	21.904,13	54.998,76	69.606,06	87.492,35	111.855,15	159.580,09	202.837,82	218.409,76	357.886,08	1.284.570,20
	17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	-	-	3.175,23	35.132,85	48.060,14	52.156,89	43.381,18	6.415,90	3.831,73	192.153,92
	18. Úlcera gastrointestinal	4.066,31	5.098,29	7.165,54	28.268,47	43.727,69	96.867,86	182.147,28	254.001,84	460.884,00	1.082.227,28
	19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	119.498,14	-	2.250,50	95.114,23	49.140,35	9.056,19	133,44	-	109,24	275.302,09
	Total	1.704.588,47	1.942.918,65	1.439.410,41	1.941.902,17	1.989.660,86	3.790.437,05	7.717.101,68	14.940.262,28	30.499.085,83	65.965.367,40
2019	1. Doenças preveníveis p/ imuniz./condições sensíveis	22.651,10	26.305,16	30.916,97	47.973,01	92.327,02	68.034,72	121.975,31	179.719,93	190.437,11	780.340,33
	2. Gastroenterites Infeciosas e complicações	178.698,15	460.573,47	298.301,82	178.194,34	153.958,03	162.594,89	168.771,71	161.434,60	412.766,18	2.175.293,19
	3. Anemia	308,32	587,67	1.873,23	3.503,29	4.104,33	14.219,18	14.902,61	8.603,45	70.640,10	118.742,18
	4. Deficiências nutricionais	24.351,29	4.974,19	6.471,84	6.438,39	8.293,72	18.229,02	28.309,59	31.881,87	169.394,81	298.344,72
	5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	28.444,08	97.190,84	58.119,17	32.187,77	27.510,87	27.092,65	25.550,83	33.492,87	37.730,23	367.319,31
	6. Pneumonias bacterianas	579.196,96	957.049,18	480.265,74	280.880,59	307.621,83	554.806,10	865.485,14	1.197.960,05	4.294.267,05	9.517.532,64

ANO	CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA	<1A	1-4A	5-14A	15-24A	25-34A	35-44A	45-54A	55-64A	65E+A	TOTAL
2019	7. Asma	32.381,15	153.921,17	162.599,10	58.761,41	60.369,66	65.023,73	69.959,57	92.319,23	311.525,86	1.006.860,88
(cont.)	8. Doenças pulmonares	265.293,78	220.004,75	80.502,10	22.863,16	27.694,07	54.139,01	236.482,26	638.649,92	2.244.905,12	3.790.534,17
	9. Hipertensão	-	921,80	821,95	4.322,11	17.258,71	36.152,18	63.153,90	66.144,24	160.790,25	349.565,14
	10. Angina	-	177,07	-	30.984,35	122.363,22	675.119,06	2.586.547,53	6.092.254,00	8.305.646,42	17.813.091,65
	11. Insuficiência cardíaca	96.224,75	15.749,21	7.111,90	70.785,55	134.217,02	419.712,59	1.024.542,07	3.101.278,25	7.336.312,41	12.205.933,75
	12. Doenças cerebrovasculares	560,65	807,37	4.195,05	82.681,81	198.348,28	541.810,51	1.366.641,58	2.591.113,28	6.316.317,51	11.102.476,04
	13. Diabetes mellitus	7.949,25	21.700,68	115.020,32	186.234,21	114.638,32	243.521,34	365.697,46	521.651,68	657.137,09	2.233.550,35
	14. Epilepsias	54.660,00	94.937,05	118.753,05	234.021,86	326.575,58	342.743,22	308.153,93	149.143,10	144.552,47	1.773.540,26
	15. Infecção no rim e trato urinário	89.544,68	90.607,19	104.517,49	422.456,34	358.648,06	366.372,32	289.927,81	400.383,89	1.327.477,97	3.449.935,75
	16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	53.525,16	73.045,05	74.351,91	117.483,00	158.079,77	209.593,52	262.600,32	283.933,19	496.805,27	1.729.417,19
	17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	224,68	-	4.711,32	36.908,50	65.677,67	51.544,22	20.610,78	3.267,96	7.292,37	190.237,50
	18. Úlcera gastrointestinal	23.335,10	3.536,84	11.581,72	33.455,87	51.817,50	123.341,75	246.908,30	227.616,61	540.233,20	1.261.826,89
	19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	133.636,64	-	1.040,99	83.018,92	48.093,49	5.993,65	-	-	-	271.783,69
	Total	1.590.985,74	2.222.088,69	1.561.155,67	1.933.154,48	2.277.597,15	3.980.043,66	8.066.220,70	15.780.848,12	33.024.231,42	70.436.325,63

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA A PARTIR DOS DADOS DO SIH/SUS (TABWIN).

A: ANOS; 65E+A: 65 ANOS E MAIS.

TABELA 7. **Proporção do Valor das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária registradas no SUS, nas faixas etárias selecionadas, por Tipo de Condições. Goiás, 2015 a 2019**

ANO	CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA	<1A	1-4A	5-14A	15-24A	25-34A	35-44A	45-54A	55-64A	65E+A	TOTAL
2015	1. Doenças preveníveis p/ imuniz./condições sensíveis	8,3	0,9	1,1	1,9	3,0	1,9	1,2	0,4	0,4	1,0
	2. Gastroenterites Infeciosas e complicações	12,5	23,3	23,8	12,8	8,1	5,5	2,5	1,2	1,8	4,1
	3. Anemia	0,0	0,0	0,1	0,3	0,4	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1
	4. Deficiências nutricionais	3,1	0,6	0,5	0,5	1,0	0,9	0,6	0,4	0,8	0,7
	5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	1,5	3,2	3,3	1,7	0,9	0,4	0,2	0,2	0,2	0,5

ANO	CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA	<1A	1-4A	5-14A	15-24A	25-34A	35-44A	45-54A	55-64A	65E+A	TOTAL
2015 (cont.)	6. Pneumonias bacterianas	32,1	36,4	20,7	10,6	8,2	7,2	4,1	3,6	8,4	8,7
	7. Asma	4,9	10,3	12,1	5,4	4,0	2,9	1,7	1,1	1,4	2,4
	8. Doenças pulmonares	17,8	11,1	7,8	2,7	2,5	2,4	3,6	3,8	7,6	6,1
	9. Hipertensão	0,0	0,0	0,1	0,6	1,0	1,5	1,0	0,8	0,7	0,7
	10. Angina	0,0	-	0,0	1,0	5,5	24,1	45,3	51,4	34,3	33,9
	11. Insuficiência cardíaca	6,8	1,2	3,2	3,9	11,7	12,6	13,9	20,1	22,0	17,5
	12. Doenças cerebrovasculares	0,0	0,1	2,2	6,6	4,2	11,9	11,5	8,9	14,2	10,7
	13. Diabetes mellitus	0,1	0,8	4,4	3,7	10,3	4,6	3,8	3,4	2,7	3,3
	14. Epilepsias	2,2	4,8	8,9	9,6	8,6	6,8	2,5	0,6	0,4	2,0
	15. Infecção no rim e trato urinário	4,6	4,5	6,7	28,0	18,7	9,3	3,7	1,8	2,7	4,5
	16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	1,2	2,7	4,3	4,7	4,6	4,3	2,3	1,5	1,1	1,9
	17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	-	-	0,1	1,7	3,0	1,4	0,3	0,1	0,0	0,3
	18. Úlcera gastrointestinal	2,3	0,1	0,7	1,2	2,9	1,6	1,5	0,6	1,1	1,1
	19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	2,6	0,0	0,1	3,1	1,5	0,5	0,0	0,0	0,0	0,3
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2016	1. Doenças preveníveis p/ imuniz./condições sensíveis	2,7	0,9	0,8	3,0	3,9	3,3	2,2	1,3	1,0	1,5
	2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	16,4	31,2	27,2	12,7	7,9	5,6	2,3	1,6	1,7	4,4
	3. Anemia	0,1	0,1	0,1	0,4	0,5	0,3	0,1	0,1	0,2	0,2
	4. Deficiências nutricionais	1,1	2,3	1,1	0,5	1,1	1,2	0,4	0,4	0,7	0,7
	5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	2,4	5,3	4,0	2,6	1,6	1,1	0,6	0,1	0,1	0,7
	6. Pneumonias bacterianas	25,7	31,4	21,7	8,1	8,7	8,6	4,6	4,2	8,4	8,5
	7. Asma	4,2	8,5	9,7	4,0	3,0	2,3	1,3	0,9	1,1	1,8
	8. Doenças pulmonares	13,6	7,0	5,7	2,1	2,8	1,9	3,4	3,9	6,9	5,4
	9. Hipertensão	0,1	-	0,1	0,7	1,2	1,7	1,1	0,7	0,8	0,8
	10. Angina	0,0	0,0	-	1,1	6,6	19,7	44,6	48,5	30,5	31,5
	11. Insuficiência cardíaca	12,6	0,4	1,3	4,1	9,8	14,7	15,4	19,9	24,4	19,1
	12. Doenças cerebrovasculares	0,1	0,0	4,0	3,0	10,9	9,6	10,3	10,2	16,0	12,0

*Características do
Ambiente de Implantação
da Estratégia de
Planificação da Atenção
à Saúde*

ANO	CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA	<1A	1-4A	5-14A	15-24A	25-34A	35-44A	45-54A	55-64A	65E+A	TOTAL
2016 (cont.)	13. Diabetes mellitus	0,2	1,2	4,6	5,6	4,5	6,2	3,8	2,9	2,3	3,0
	14. Epilepsias	6,7	4,0	6,7	11,3	9,1	5,6	2,2	0,6	0,4	2,0
	15. Infecção no rim e trato urinário	5,7	4,4	7,6	27,6	17,6	9,5	3,8	2,2	3,4	4,9
	16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	1,6	3,1	5,0	5,9	5,2	4,1	2,2	1,4	1,1	1,9
	17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	-	-	0,1	2,0	2,5	1,4	0,3	0,0	0,0	0,3
	18. Úlcera gastrointestinal	1,2	0,1	0,3	1,5	1,4	2,9	1,4	0,9	1,0	1,1
	19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	5,7	0,0	0,1	3,7	1,5	0,2	0,0	-	0,0	0,3
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2017	1. Doenças preveníveis p/ imuniz./condições sensíveis	3,0	0,5	0,3	2,7	2,7	2,0	1,7	1,0	0,6	1,0
	2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	10,1	21,6	22,8	10,1	7,8	4,3	1,8	1,1	1,4	3,4
	3. Anemia	0,1	0,1	0,2	0,8	0,2	0,3	0,1	0,1	0,1	0,2
	4. Deficiências nutricionais	0,9	0,3	0,4	0,1	0,3	0,5	0,4	0,2	0,5	0,4
	5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	2,1	5,7	4,3	2,8	1,9	0,9	0,4	0,2	0,3	0,8
	6. Pneumonias bacterianas	30,4	37,4	22,3	8,6	7,8	6,6	5,5	6,4	11,7	10,9
	7. Asma	4,5	12,5	12,1	4,7	3,6	2,4	1,4	0,9	1,2	2,1
	8. Doenças pulmonares	15,3	5,9	4,1	1,9	1,8	2,0	2,8	4,2	7,8	5,8
	9. Hipertensão	0,0	0,0	0,1	0,5	0,8	1,3	1,3	1,0	0,8	0,9
	10. Angina	0,0	-	0,0	1,3	5,9	21,0	43,6	45,4	29,4	30,0
	11. Insuficiência cardíaca	16,3	2,9	1,2	5,9	10,7	19,7	15,3	19,0	22,2	18,4
	12. Doenças cerebrovasculares	-	0,0	1,1	6,8	11,7	8,8	10,6	11,4	16,0	12,3
	13. Diabetes mellitus	1,1	0,9	7,6	5,1	4,8	7,0	4,7	3,2	2,6	3,4
	14. Epilepsias	3,8	3,2	8,8	13,6	10,5	5,8	2,1	0,9	0,4	2,1
	15. Infecção no rim e trato urinário	4,0	5,8	9,7	24,4	16,9	8,7	3,8	2,3	3,0	4,6
	16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	1,1	3,2	4,2	4,3	5,8	4,8	2,4	1,4	1,0	1,9
	17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	-	-	0,2	1,8	2,3	1,3	0,3	0,0	0,0	0,2

ANO	CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA	<1A	1-4A	5-14A	15-24A	25-34A	35-44A	45-54A	55-64A	65E+A	TOTAL
2017 (cont.)	18. Úlcera gastrointestinal	1,4	0,1	0,3	1,6	2,7	2,3	1,8	1,3	1,1	1,3
	19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	5,9	-	0,3	2,9	1,7	0,3	-	-	-	0,3
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2018	1. Doenças preveníveis p/ imuniz./condições sensíveis	1,6	0,7	1,1	3,3	4,5	2,6	1,9	0,6	0,5	1,1
	2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	8,2	19,4	20,5	9,7	7,7	3,7	1,7	1,1	1,4	3,1
	3. Anemia	0,2	0,0	0,2	0,4	0,5	0,4	0,2	0,2	0,2	0,2
	4. Deficiências nutricionais	6,0	0,9	0,6	0,2	0,4	0,5	0,4	0,2	0,5	0,6
	5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	1,9	4,6	4,5	2,2	1,5	0,8	0,6	0,3	0,1	0,6
	6. Pneumonias bacterianas	33,1	44,7	28,3	13,2	9,7	8,6	6,7	5,5	11,6	11,3
	7. Asma	2,6	9,6	10,7	3,8	3,4	1,9	1,0	0,8	1,2	1,8
	8. Doenças pulmonares	16,2	7,5	5,8	2,6	1,9	2,7	3,1	3,5	7,6	5,7
	9. Hipertensão	0,0	0,0	0,1	0,5	1,0	1,8	1,1	1,2	1,0	1,0
	10. Angina	0,0	0,0	0,3	1,4	5,6	18,5	37,5	42,4	27,9	28,1
	11. Insuficiência cardíaca	6,3	0,6	2,2	3,1	7,5	18,2	16,6	20,7	21,8	18,3
	12. Doenças cerebrovasculares	0,8	0,1	0,7	3,0	6,7	11,2	13,7	14,3	16,7	13,5
	13. Diabetes mellitus	0,3	1,4	6,5	5,8	7,1	4,8	3,2	3,1	2,8	3,2
	14. Epilepsias	8,1	2,8	5,3	12,9	10,7	7,3	2,9	0,8	0,2	2,2
	15. Infecção no rim e trato urinário	6,1	4,5	7,3	25,2	19,0	8,5	3,9	2,1	3,7	4,9
	16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	1,3	2,8	4,8	4,5	5,6	4,2	2,6	1,5	1,2	1,9
	17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	-	-	0,2	1,8	2,4	1,4	0,6	0,0	0,0	0,3
	18. Úlcera gastrointestinal	0,2	0,3	0,5	1,5	2,2	2,6	2,4	1,7	1,5	1,6
	19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	7,0	-	0,2	4,9	2,5	0,2	0,0	-	0,0	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
2019	1. Doenças preveníveis p/ imuniz./condições sensíveis	1,4	1,2	2,0	2,5	4,1	1,7	1,5	1,1	0,6	1,1
	2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	11,2	20,7	19,1	9,2	6,8	4,1	2,1	1,0	1,2	3,1

ANO	CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA	<1A	1-4A	5-14A	15-24A	25-34A	35-44A	45-54A	55-64A	65E+A	TOTAL
2019	3. Anemia	0,0	0,0	0,1	0,2	0,2	0,4	0,2	0,1	0,2	0,2
(cont.)	4. Deficiências nutricionais	1,5	0,2	0,4	0,3	0,4	0,5	0,4	0,2	0,5	0,4
	5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	1,8	4,4	3,7	1,7	1,2	0,7	0,3	0,2	0,1	0,5
	6. Pneumonias bacterianas	36,4	43,1	30,8	14,5	13,5	13,9	10,7	7,6	13,0	13,5
	7. Asma	2,0	6,9	10,4	3,0	2,7	1,6	0,9	0,6	0,9	1,4
	8. Doenças pulmonares	16,7	9,9	5,2	1,2	1,2	1,4	2,9	4,0	6,8	5,4
	9. Hipertensão	-	0,0	0,1	0,2	0,8	0,9	0,8	0,4	0,5	0,5
	10. Angina	-	0,0	-	1,6	5,4	17,0	32,1	38,6	25,2	25,3
	11. Insuficiência cardíaca	6,0	0,7	0,5	3,7	5,9	10,5	12,7	19,7	22,2	17,3
	12. Doenças cerebrovasculares	0,0	0,0	0,3	4,3	8,7	13,6	16,9	16,4	19,1	15,8
	13. Diabetes mellitus	0,5	1,0	7,4	9,6	5,0	6,1	4,5	3,3	2,0	3,2
	14. Epilepsias	3,4	4,3	7,6	12,1	14,3	8,6	3,8	0,9	0,4	2,5
	15. Infecção no rim e trato urinário	5,6	4,1	6,7	21,9	15,7	9,2	3,6	2,5	4,0	4,9
	16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	3,4	3,3	4,8	6,1	6,9	5,3	3,3	1,8	1,5	2,5
	17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	0,0	-	0,3	1,9	2,9	1,3	0,3	0,0	0,0	0,3
	18. Úlcera gastrointestinal	1,5	0,2	0,7	1,7	2,3	3,1	3,1	1,4	1,6	1,8
	19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	8,4	-	0,1	4,3	2,1	0,2	-	-	-	0,4
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA A PARTIR DOS DADOS DO SIH/SUS (TABWIN).
A: ANOS; 65E+A: 65 ANOS E MAIS.

COMPORTAMENTO DAS ICSAP NO DISTRITO FEDERAL

No Distrito Federal, no período entre 2015 e 2019, ocorreram 999.955 internações hospitalares por meio do SUS, sendo que, destas, 155.010 (15,50%) foram por ICSAP. Verifica-se que, à medida que aumenta o número de internações gerais, aumenta também o número de ICSAP. Há, porém, uma certa estabilidade no percentual de ICSAP no período, observando-se uma leve redução nos três primeiros anos e uma elevação nos dois últimos anos.

As internações gerais ocorreram com maior frequência nas faixas etárias de 15 a 34 anos, no sexo feminino, possivelmente em função da idade fértil (partos hospitalares), seguida da faixa de 65 anos e mais. Já as ICSAP ocorreram com maior frequência nas faixas etárias de menores de 1 ano; de 1 a 4 anos, e de 65 anos e mais (tabela 8). O número de ICSAP por 10 mil habitantes/ano apresenta um aumento a partir do ano de 2017 (tabela 9).

TABELA 8. Número de internações hospitalares – Geral e por Condições Sensíveis à Atenção Primária, segundo Sexo e Faixa Etária – registrada no SUS. Distrito Federal, 2015 a 2019

ANO	FAIXA ETÁRIA	TOTAL DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES			TOTAL DE ICSAP			% DE ICSAP NO TOTAL DE INTERNAÇÕES		
		MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL
2015	<1a	7.680	6.438	14.118	2.005	1.617	3.622	26,11	25,12	25,66
	1-4a	4.547	3.956	8.503	1.915	1.809	3.724	42,12	45,73	43,80
	5-14a	6.175	4.871	11.046	1.418	1.274	2.692	22,96	26,15	24,37
	15-24a	6.430	26.979	33.409	432	1.211	1.643	6,72	4,49	4,92
	25-34a	7.468	26.485	33.953	603	1.117	1.720	8,07	4,22	5,07
	35-44a	7.741	13.905	21.646	962	1.055	2.017	12,43	7,59	9,32
	45-54a	7.696	7.745	15.441	1.467	1.239	2.706	19,06	16,00	17,52
	55-64a	7.213	6.531	13.744	1.882	1.486	3.368	26,09	22,75	24,51
	65e+a	10.032	10.244	20.276	3.280	3.207	6.487	32,70	31,31	31,99
	Total	64.982	107.154	172.136	13.964	14.015	27.979	21,49	13,08	16,25
2016	<1a	9.237	7.821	17.058	1.728	1.307	3.035	18,71	16,71	17,79
	1-4a	5.644	4.540	10.184	2.325	2.015	4.340	41,19	44,38	42,62
	5-14a	6.908	5.313	12.221	1.505	1.372	2.877	21,79	25,82	23,54
	15-24a	7.092	27.568	34.660	464	1.289	1.753	6,54	4,68	5,06
	25-34a	8.056	26.540	34.596	662	1.072	1.734	8,22	4,04	5,01
	35-44a	8.355	14.822	23.177	972	1.140	2.112	11,63	7,69	9,11
	45-54a	8.426	8.498	16.924	1.504	1.352	2.856	17,85	15,91	16,88
	55-64a	7.889	7.107	14.996	1.858	1.465	3.323	23,55	20,61	22,16
	65e+a	11.100	11.480	22.580	3.177	3.268	6.445	28,62	28,47	28,54
	Total	72.707	113.689	186.396	14.195	14.280	28.475	19,52	12,56	15,28

*Características do
Ambiente de Implantação
da Estratégia de
Planificação da Atenção
à Saúde*

ANO	FAIXA ETÁRIA	TOTAL DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES			TOTAL DE ICSAP			% DE ICSAP NO TOTAL DE INTERNAÇÕES		
		MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL
2017	<1a	12.556	11.004	23.560	1.801	1.424	3.225	14,34	12,94	13,69
	1-4a	5.495	4.290	9.785	2.252	1.940	4.192	40,98	45,22	42,84
	5-14a	6.767	5.151	11.918	1.501	1.257	2.758	22,18	24,40	23,14
	15-24a	6.891	27.435	34.326	482	1.437	1.919	6,99	5,24	5,59
	25-34a	7.982	27.077	35.059	631	1.209	1.840	7,91	4,47	5,25
	35-44a	8.781	15.853	24.634	1.026	1.172	2.198	11,68	7,39	8,92
	45-54a	8.302	8.635	16.937	1.412	1.364	2.776	17,01	15,80	16,39
	55-64a	8.374	7.622	15.996	1.849	1.542	3.391	22,08	20,23	21,20
	65e+a	12.009	12.480	24.489	3.372	3.556	6.928	28,08	28,49	28,29
	Total	77.157	119.547	196.704	14.326	14.901	29.227	18,57	12,46	14,86
2018	<1a	14.975	13.303	28.278	2.112	1.674	3.786	14,10	12,58	13,39
	1-4a	6.032	5.018	11.050	2.629	2.499	5.128	43,58	49,80	46,41
	5-14a	7.449	5.834	13.283	1.784	1.658	3.442	23,95	28,42	25,91
	15-24a	6.908	28.189	35.097	501	1.510	2.011	7,25	5,36	5,73
	25-34a	8.250	28.385	36.635	647	1.265	1.912	7,84	4,46	5,22
	35-44a	9.107	16.970	26.077	1.033	1.158	2.191	11,34	6,82	8,40
	45-54a	9.103	9.079	18.182	1.517	1.336	2.853	16,66	14,72	15,69
	55-64a	8.995	8.232	17.227	1.975	1.620	3.595	21,96	19,68	20,87
	65e+a	13.162	13.236	26.398	3.749	3.661	7.410	28,48	27,66	28,07
	Total	83.981	128.246	212.227	15.947	16.381	32.328	18,99	12,77	15,23
2019	<1a	15.936	14.106	30.042	2.815	2.228	5.043	17,66	15,79	16,79
	1-4a	7.349	6.265	13.614	3.528	3.128	6.656	48,01	49,93	48,89
	5-14a	8.727	7.038	15.765	2.282	2.008	4.290	26,15	28,53	27,21
	15-24a	7.370	29.022	36.392	518	1.534	2.052	7,03	5,29	5,64
	25-34a	8.390	29.853	38.243	657	1.310	1.967	7,83	4,39	5,14
	35-44a	9.968	18.452	28.420	1.099	1.271	2.370	11,03	6,89	8,34
	45-54a	9.789	9.914	19.703	1.658	1.342	3.000	16,94	13,54	15,23
	55-64a	9.786	9.071	18.857	2.046	1.557	3.603	20,91	17,16	19,11
	65e+a	14.657	14.899	29.556	3.933	4.094	8.027	26,83	27,48	27,16
	Total	91.972	138.620	230.592	18.536	18.472	37.008	20,15	13,33	16,05

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA A PARTIR DOS DADOS DO SIH/SUS (TABWIN).

MASC.: SEXO MASCULINO; FEM.: SEXO FEMININO; ICSAP: INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA.

TABELA 9. Taxa de Internações no SUS por Condições Sensíveis à Atenção Primária por 10 mil habitantes/ano. Distrito Federal, 2015 a 2019

	2015	2016	2017	2018	2019
Quantidade ICSAP	27.979	28.475	29.227	32.328	37.008
População (1)	2.914.830	2.977.216	3.039.444	3.101.220	3.162.452
ICSAP/10.000 habitantes	96,0	95,6	96,2	104,2	117,0

FORNTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA A PARTIR DOS DADOS DO SIH/SUS (TABWIN).

ICSAP: INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA;

(1) FORNTE: IBGE/DIRETORIA DE PESQUISAS. COORDENAÇÃO DE POPULAÇÃO E INDICADORES SOCIAIS. GERÊNCIA DE ESTUDOS E ANÁLISES DA DINÂMICA DEMOGRÁFICA. PROJEÇÃO DA POPULAÇÃO DO BRASIL E UNIDADES DA FEDERAÇÃO POR SEXO E IDADE PARA O PERÍODO 2000-2030.

O total de 155.010 internações por ICSAP correspondeu a um valor total de aproximadamente R\$ 151 milhões. Desse total de internações, 83,1% foram de pacientes procedentes de Brasília; e observa-se que esse percentual mantém uma certa estabilidade nos cinco anos do estudo. Entre as internações por condições sensíveis, ocorreram 5.946 óbitos no período com uma média anual de 1.189 mortes, com uma redução no ano de 2019 (tabela 10).

TABELA 10. Número e percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária registradas no SUS, segundo local de residência, valor* e óbitos. Distrito Federal, 2015 a 2019

ANO	MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	FREQUÊNCIA	%	VALOR TOTAL	%	ÓBITOS	%
2015	530010 Brasília	22.972	82,10	24.240.248,93	81,35	1.038	83,31
	Outros municípios	5.007	17,90	5.556.913	18,65	208	16,69
	Total	27.979	100,00	29.797.161,75	100,00	1.246	100,00
2016	530010 Brasília	23.647	83,04	23.752.378,87	82,39	1.110	83,40
	Outros municípios	4.828	16,96	5.076.001	17,61	221	16,60
	Total	28.475	100,00	28.828.379,77	100,00	1.331	100,00
2017	530010 Brasília	24.306	83,16	22.390.368,76	83,03	1.012	83,16
	Outros municípios	4.921	16,84	4.577.544,28	16,97	205	16,84
	Total	29.227	100,00	26.967.913,04	100,00	1.217	100,00

ANO	MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	FREQUÊNCIA	%	VALOR TOTAL	%	ÓBITOS	%
2018	530010 Brasília	27.030	83,61	26.528.274,03	82,87	1.001	83,84
	Outros municípios	5.298	16,39	5.481.944,68	17,13	193	16,16
	Total	32.328	100,00	32.010.218,71	100,00	1.194	100,00
2019	530010 Brasília	30.865	83,40	27.540.654,21	81,97	823	86,00
	Outros municípios	6.143	16,60	6.057.415,40	18,03	134	14,00
	Total	37.008	100,00	33.598.069,61	100,00	957	100,00

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA A PARTIR DOS DADOS DO SIH/SUS (TABWIN).

* CALCULADO TENDO POR BASE O REGISTRO DA PRODUÇÃO MULTIPLICADO PELO VALOR EM R\$ 1 DA TABELA SIH/SUS.

Quanto ao valor das internações gerais registrado no SIH/SUS, foram computados R\$ 1.056.295.849,79, tendo um valor médio de R\$ 1.056,34 por internação. Verifica-se que esse valor aumenta ao longo dos anos. Para as ICSAP, percebe-se um valor total de R\$ 142.201.742,88, correspondendo a 13,6% do valor total. O valor médio por internação foi de R\$ 917,37, tendo variação de queda ao longo do período, de R\$ 1.064,98 em 2015 para R\$ 907,86 em 2019 (valores não corrigidos). Observa-se que, enquanto o valor com internações gerais é maior para o sexo feminino (possivelmente em função de um maior volume de internações em decorrência dos partos), nas ICSAP, o valor por internações femininas é menor (tabela 11).

TABELA 11. **Valor das Internações Hospitalares – Geral e por Condições Sensíveis à Atenção Primária – registrada no SUS. Distrito Federal, 2015 a 2019**

ANO	FAIXA ETÁRIA	VALOR DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES			VALOR DAS ICSAP			% DO VALOR DAS ICSAP NO TOTAL		
		MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL
2015	<1a	8.554.485,91	7.338.213,82	15.892.699,73	1.180.065,68	980.021,68	2.160.087,36	13,79	13,36	13,59
	1-4a	3.901.701,38	4.174.289,09	8.075.990,47	1.227.577,83	1.208.624,96	2.436.202,79	31,46	28,95	30,17
	5-14a	4.499.614,19	4.087.842,12	8.587.456,31	770.300,75	707.666,73	1.477.967,48	17,12	17,31	17,21
	15-24a	6.405.420,83	16.767.462,96	23.172.883,79	362.828,06	482.581,15	845.409,21	5,66	2,88	3,65
	25-34a	7.368.450,40	17.507.681,43	24.876.131,83	496.766,06	630.981,53	1.127.747,59	6,74	3,60	4,53
	35-44a	8.643.377,05	10.899.352,34	19.542.729,39	1.255.203,73	846.788,66	2.101.992,39	14,52	7,77	10,76

ANO	FAIXA ETÁRIA	VALOR DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES			VALOR DAS ICSAP			% DO VALOR DAS ICSAP NO TOTAL		
		MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL
2015 (cont.)	45-54a	11.175.565,11	9.414.937,97	20.590.503,08	2.407.472,08	1.558.900,94	3.966.373,02	21,54	16,56	19,26
	55-64a	14.173.375,52	9.807.853,87	23.981.229,39	3.807.136,47	2.316.561,86	6.123.698,33	26,86	23,62	25,54
	65e+a	17.516.713,12	15.287.563,28	32.804.276,40	5.240.870,82	4.316.812,76	9.557.683,58	29,92	28,24	29,14
	Total	82.238.703,51	95.285.196,88	177.523.900,39	16.748.221,48	13.048.940,27	29.797.161,75	20,37	13,69	16,78
2016	<1a	11.539.380,14	9.461.648,55	21.001.028,69	1.099.139,58	751.789,32	1.850.928,90	9,53	7,95	8,81
	1-4a	4.261.238,14	3.921.557,46	8.182.795,60	1.331.293,37	1.064.821,27	2.396.114,64	31,24	27,15	29,28
	5-14a	5.177.591,46	4.098.747,95	9.276.339,41	845.810,44	653.936,05	1.499.746,49	16,34	15,95	16,17
	15-24a	8.107.488,91	18.037.052,50	26.144.541,41	413.364,31	559.067,49	972.431,80	5,10	3,10	3,72
	25-34a	8.628.694,60	17.493.393,22	26.122.087,82	612.776,44	508.818,56	1.121.595,00	7,10	2,91	4,29
	35-44a	10.448.751,88	12.701.955,77	23.150.707,65	1.165.271,23	1.078.174,01	2.243.445,24	11,15	8,49	9,69
	45-54a	13.727.278,55	10.815.003,58	24.542.282,13	2.256.434,55	1.636.137,02	3.892.571,57	16,44	15,13	15,86
	55-64a	14.976.853,56	10.835.056,47	25.811.910,03	3.366.537,23	2.169.412,18	5.535.949,41	22,48	20,02	21,45
	65e+a	18.882.356,98	17.524.601,07	36.406.958,05	5.078.112,63	4.237.484,09	9.315.596,72	26,89	24,18	25,59
	Total	95.749.634,22	104.889.016,57	200.638.650,79	16.168.739,78	12.659.639,99	28.828.379,77	16,89	12,07	14,37
2017	<1a	12.544.059,49	10.772.038,51	23.316.098,00	1.124.697,47	816.300,66	1.940.998,13	8,97	7,58	8,32
	1-4a	4.598.476,28	3.629.874,35	8.228.350,63	1.323.135,71	1.021.536,66	2.344.672,37	28,77	28,14	28,50
	5-14a	5.186.667,84	4.582.108,26	9.768.776,10	919.136,15	682.922,30	1.602.058,45	17,72	14,90	16,40
	15-24a	7.332.405,31	17.459.736,21	24.792.141,52	355.849,86	589.247,41	945.097,27	4,85	3,37	3,81
	25-34a	8.372.757,69	18.143.938,70	26.516.696,39	516.469,74	600.542,46	1.117.012,20	6,17	3,31	4,21
	35-44a	10.615.343,88	12.633.621,87	23.248.965,75	1.104.553,46	861.270,45	1.965.823,91	10,41	6,82	8,46
	45-54a	13.133.794,63	10.438.380,49	23.572.175,12	1.778.954,75	1.467.113,26	3.246.068,01	13,54	14,05	13,77
	55-64a	15.578.735,08	12.377.121,52	27.955.856,60	3.094.005,49	2.171.332,88	5.265.338,37	19,86	17,54	18,83
	65e+a	19.512.685,62	18.239.346,42	37.752.032,04	4.461.186,91	4.079.657,42	8.540.844,33	22,86	22,37	22,62
Total	96.874.925,82	108.276.166,33	205.151.092,15	14.677.989,54	12.289.923,50	26.967.913,04	15,15	11,35	13,15	
2018	<1a	15.424.196,96	13.469.561,47	28.893.758,43	1.633.417,73	1.277.710,04	2.911.127,77	10,59	9,49	10,08
	1-4a	4.925.975,96	4.009.684,82	8.935.660,78	1.406.792,10	1.517.713,89	2.924.505,99	28,56	37,85	32,73
	5-14a	6.954.267,50	4.795.771,30	11.750.038,80	1.249.129,73	1.010.475,61	2.259.605,34	17,96	21,07	19,23
	15-24a	8.381.985,57	18.137.817,33	26.519.802,90	561.869,49	644.861,52	1.206.731,01	6,70	3,56	4,55
	25-34a	9.679.062,46	18.744.738,60	28.423.801,06	641.412,74	614.111,19	1.255.523,93	6,63	3,28	4,42
	35-44a	11.698.509,01	13.774.152,72	25.472.661,73	1.294.984,55	939.133,08	2.234.117,63	11,07	6,82	8,77
	45-54a	16.798.235,29	11.363.755,64	28.161.990,93	2.264.593,95	1.424.772,06	3.689.366,01	13,48	12,54	13,10

*Características do
Ambiente de Implantação
da Estratégia de
Planificação da Atenção
à Saúde*

ANO	FAIXA ETÁRIA	VALOR DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES			VALOR DAS ICSAP			% DO VALOR DAS ICSAP NO TOTAL		
		MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL	MASC.	FEM.	TOTAL
2018 (cont.)	55-64a	16.722.376,67	13.768.157,95	30.490.534,62	3.049.840,70	2.135.330,79	5.185.171,49	18,24	15,51	17,01
	65e+a	23.055.261,47	21.411.815,40	44.467.076,87	5.446.968,13	4.897.101,41	10.344.069,54	23,63	22,87	23,26
	Total	113.639.870,89	119.475.455,23	233.115.326,12	17.549.009,12	14.461.209,59	32.010.218,71	15,44	12,10	13,73
2019	<1a	15.311.362,42	12.879.222,38	28.190.584,80	1.757.616,40	1.441.144,91	3.198.761,31	11,48	11,19	11,35
	1-4a	4.940.403,13	4.281.803,51	9.222.206,64	1.837.513,63	1.604.108,63	3.441.622,26	37,19	37,46	37,32
	5-14a	6.252.414,56	4.939.197,15	11.191.611,71	1.253.408,98	1.014.673,41	2.268.082,39	20,05	20,54	20,27
	15-24a	8.586.569,62	17.373.150,87	25.959.720,49	476.159,67	645.075,22	1.121.234,89	5,55	3,71	4,32
	25-34a	9.302.408,03	18.654.212,38	27.956.620,41	720.134,72	706.113,25	1.426.247,97	7,74	3,79	5,10
	35-44a	12.348.773,74	14.441.468,40	26.790.242,14	1.607.133,62	1.028.361,74	2.635.495,36	13,01	7,12	9,84
	45-54a	15.345.144,28	12.545.541,30	27.890.685,58	2.305.667,09	1.539.156,61	3.844.823,70	15,03	12,27	13,79
	55-64a	18.670.573,53	14.330.214,81	33.000.788,34	3.066.632,79	2.207.228,39	5.273.861,18	16,42	15,40	15,98
	65e+a	25.914.766,18	23.749.654,05	49.664.420,23	5.414.877,57	4.973.062,98	10.387.940,55	20,89	20,94	20,92
	Total	116.672.415,49	123.194.464,85	239.866.880,34	18.439.144,47	15.158.925,14	33.598.069,61	15,80	12,30	14,01

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA A PARTIR DOS DADOS DO SIH/SUS (TABWIN).

MASC.: SEXO MASCULINO; FEM.: SEXO FEMININO; ICSAP: INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA.

*REGISTRADO NO SIH/SUS.

Para os grupos de causas e diagnósticos de ICSAP, segundo faixa etária, verifica-se que, em menores de 1 ano, as doenças pulmonares tiveram maior frequência em todo o período, seguidas da pneumonia bacteriana. Na faixa de 1 a 4 anos, pneumonia bacteriana, doenças pulmonares e asma tiveram maior frequência. Já na faixa de 65 anos e mais, foram insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares e pneumonia (tabelas 12 e 13). Quanto a hipertensão e diabetes, verifica-se uma certa estabilidade no período, nas internações por hipertensão, embora com um aumento no último ano. Com relação a diabetes, verifica-se um aumento de internações ano a ano por esse diagnóstico ao longo do período analisado, chegando a 20,7% de aumento quando se compara 2019 com 2015.

TABELA 12. Número de internações hospitalares por Condições Sensíveis à Atenção Primária – registradas no SUS –, segundo grupo de causas e faixa etária. Distrito Federal, 2015 a 2019

ANO	CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA	<1A	1-4A	5-14A	15-24A	25-34A	35-44A	45-54A	55-64A	65E+A	TOTAL
2015	1. Doenças preveníveis p/imuniz./ condições sensíveis	82	10	33	36	59	62	57	20	37	396
	2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	244	445	291	65	44	60	52	42	130	1.373
	3. Anemia	3	4	7	12	14	30	26	17	26	139
	4. Deficiências nutricionais	44	9	7	9	7	11	17	20	49	173
	5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	128	214	110	39	33	27	21	12	17	601
	6. Pneumonias bacterianas	724	934	391	58	83	103	111	174	539	3.117
	7. Asma	324	649	618	27	39	25	38	39	85	1.844
	8. Doenças pulmonares	1.216	590	237	15	18	27	58	128	493	2.782
	9. Hipertensão	3	2	4	11	39	78	161	160	305	763
	10. Angina	7	2	1	10	23	113	372	607	639	1.774
	11. Insuficiência cardíaca	74	98	62	69	108	275	527	761	1.460	3.434
	12. Doenças cerebrovasculares	6	17	9	44	169	276	413	579	1.328	2.841
	13. Diabetes mellitus	8	36	213	106	117	141	239	328	455	1.643
	14. Epilepsias	138	200	244	92	88	102	105	59	62	1.090
	15. Infecção no rim e trato urinário	412	276	157	438	399	338	222	195	499	2.936
	16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	74	232	280	136	136	160	170	142	206	1.536
	17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	-	-	6	65	82	87	40	12	10	302
	18. Úlcera gastrointestinal	5	6	10	31	42	57	75	73	146	445
	19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	130	-	12	380	220	45	2	-	1	790
Total	3.622	3.724	2.692	1.643	1.720	2.017	2.706	3.368	6.487	27.979	
2016	1. Doenças preveníveis p/imuniz./ condições sensíveis	48	13	15	38	57	65	81	27	19	363
	2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	388	885	487	66	74	60	77	92	165	2.294
	3. Anemia	8	6	7	14	19	43	30	10	37	174
	4. Deficiências nutricionais	37	13	12	2	4	28	23	16	74	209

*Características do
Ambiente de Implantação
da Estratégia de
Planificação da Atenção
à Saúde*

ANO	CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA	<1A	1-4A	5-14A	15-24A	25-34A	35-44A	45-54A	55-64A	65E+A	TOTAL	
2016 (cont.)	5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	145	318	196	82	36	39	19	20	18	873	
	6. Pneumonias bacterianas	641	881	363	54	89	127	131	153	564	3.003	
	7. Asma	173	632	539	17	31	41	49	47	72	1.601	
	8. Doenças pulmonares	862	636	244	13	10	28	46	134	409	2.382	
	9. Hipertensão	2	2	4	8	33	60	154	140	309	712	
	10. Angina			2	6	20	101	297	466	602	1.494	
	11. Insuficiência cardíaca	42	50	45	72	91	255	482	698	1.347	3.082	
	12. Doenças cerebrovasculares	3	12	10	55	130	269	487	623	1.334	2.923	
	13. Diabetes mellitus	7	25	183	130	115	144	311	343	527	1.785	
	14. Epilepsias	149	334	309	97	97	127	110	75	93	1.391	
	15. Infecção no rim e trato urinário	385	281	180	478	421	349	245	211	504	3.054	
	16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	66	240	264	112	149	154	175	156	190	1.506	
	17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	1		4	81	84	90	53	8	17	338	
	18. Úlcera gastrointestinal	9	12	4	43	38	75	84	104	163	532	
	19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	69		9	385	236	57	2		1	759	
		Total	3.035	4.340	2.877	1.753	1.734	2.112	2.856	3.323	6.445	28.475
	2017	1. Doenças preveníveis p/imuniz./ condições sensíveis	38	9	19	37	65	73	50	30	19	340
		2. Gastroenterites Infeciosas e complicações	199	471	303	83	77	86	91	108	159	1.577
		3. Anemia	6	7	2	13	19	41	37	13	35	173
4. Deficiências nutricionais		25	9	4	2	4	20	17	24	53	158	
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta		153	321	182	78	60	42	22	21	27	906	
6. Pneumonias bacterianas		535	967	342	93	81	153	169	258	881	3.479	
7. Asma		130	644	652	30	41	47	48	50	86	1.728	
8. Doenças pulmonares		1.396	895	280	12	21	19	66	164	532	3.385	
9. Hipertensão		2	1	4	6	19	72	142	131	223	600	
10. Angina			1	1	8	21	74	241	325	496	1.167	
11. Insuficiência cardíaca		65	75	65	54	94	230	456	744	1.498	3.281	
12. Doenças cerebrovasculares		3	8	25	53	127	262	464	646	1.382	2.970	

ANO	CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA	<1A	1-4A	5-14A	15-24A	25-34A	35-44A	45-54A	55-64A	65E+A	TOTAL
2017	13. Diabetes mellitus	-	25	173	101	99	180	292	365	501	1.736
(cont.)	14. Epilepsias	127	249	258	115	84	111	85	63	72	1.164
	15. Infecção no rim e trato urinário	361	289	186	467	394	314	214	184	542	2.951
	16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	59	214	228	122	157	205	204	139	194	1.522
	17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	-	1	8	94	108	99	67	15	15	407
	18. Úlcera gastrointestinal	8	6	14	44	49	97	108	111	212	649
	19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	118	-	12	507	320	73	3	-	1	1.034
	Total	3.225	4.192	2.758	1.919	1.840	2.198	2.776	3.391	6.928	29.227
2018	1. Doenças preveníveis p/imuniz./ condições sensíveis	42	9	10	49	93	58	40	39	17	357
	2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	357	908	495	85	64	79	96	106	167	2.357
	3. Anemia	12	3	4	6	14	36	32	9	32	148
	4. Deficiências nutricionais	50	18	11	6	4	9	19	23	74	214
	5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	158	369	240	71	57	31	21	15	26	988
	6. Pneumonias bacterianas	604	1.079	500	98	118	160	184	254	980	3.977
	7. Asma	178	820	840	23	35	46	60	49	78	2.129
	8. Doenças pulmonares	1.463	772	210	12	12	30	57	185	496	3.237
	9. Hipertensão	1	1	2	4	29	62	150	170	260	679
	10. Angina	1	-	1	6	22	75	270	417	558	1.350
	11. Insuficiência cardíaca	93	35	19	40	66	238	431	622	1.536	3.080
	12. Doenças cerebrovasculares	1	5	22	64	128	267	447	671	1.430	3.035
	13. Diabetes mellitus	10	35	241	128	97	176	283	392	541	1.903
	14. Epilepsias	187	459	390	135	96	139	108	87	111	1.712
	15. Infecção no rim e trato urinário	376	341	171	479	412	317	262	240	591	3.189
	16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	82	259	247	135	164	167	207	175	262	1.698
	17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	-	1	9	107	128	119	63	13	9	449
	18. Úlcera gastrointestinal	6	13	21	41	55	111	122	127	242	738
	19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	165	1	9	522	318	71	1	1	-	1.088
	Total	3.786	5.128	3.442	2.011	1.912	2.191	2.853	3.595	7.410	32.328

*Características do
Ambiente de Implantação
da Estratégia de
Planificação da Atenção
à Saúde*

ANO	CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA	<1A	1-4A	5-14A	15-24A	25-34A	35-44A	45-54A	55-64A	65E+A	TOTAL
2019	1. Doenças preveníveis p/imuniz./ condições sensíveis	62	18	36	70	79	72	61	40	34	472
	2. Gastroenterites Infeciosas e complicações	467	1.290	812	108	80	87	97	89	183	3.213
	3. Anemia	2	4	4	11	12	41	42	13	42	171
	4. Deficiências nutricionais	42	31	12	6	10	11	22	23	46	203
	5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	211	474	290	73	54	40	31	12	23	1.208
	6. Pneumonias bacterianas	921	1.676	673	101	157	202	217	258	1.170	5.375
	7. Asma	365	1.200	1.094	40	24	47	33	56	76	2.935
	8. Doenças pulmonares	1.942	790	165	10	13	18	66	153	632	3.789
	9. Hipertensão			4	7	27	110	171	174	372	865
	10. Angina	1		2	9	21	97	271	519	674	1.594
	11. Insuficiência cardíaca	56	27	14	27	52	161	341	562	1.404	2.644
	12. Doenças cerebrovasculares	2	5	24	57	110	260	440	594	1.410	2.902
	13. Diabetes mellitus	7	37	222	123	111	212	332	384	555	1.983
	14. Epilepsias	202	439	424	152	131	145	161	94	130	1.878
	15. Infecção no rim e trato urinário	416	341	189	457	431	364	280	260	734	3.472
	16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	86	308	295	158	166	233	256	214	263	1.979
	17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos		3	7	106	115	94	48	10	13	396
	18. Úlcera gastrointestinal	5	12	18	37	58	85	130	148	266	759
	19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	256	1	5	500	316	91	1			1.170
	Total	5.043	6.656	4.290	2.052	1.967	2.370	3.000	3.603	8.027	37.008

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA A PARTIR DOS DADOS DO SIH/SUS (TABWIN).
A: ANOS; 65E+A: 65 ANOS E MAIS.

TABELA 13. Proporção das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária registradas no SUS nas faixas etárias selecionadas, por tipo de causa. Distrito Federal, 2015 a 2019

ANO	CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA	<1A	1-4A	5-14A	15-24A	25-34A	35-44A	45-54A	55-64A	65E+A	TOTAL
2015	1. Doenças preveníveis p/imuniz./ condições sensíveis	2,3	0,3	1,2	2,2	3,4	3,1	2,1	0,6	0,6	1,4
	2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	6,7	11,9	10,8	4,0	2,6	3,0	1,9	1,2	2,0	4,9
	3. Anemia	0,1	0,1	0,3	0,7	0,8	1,5	1,0	0,5	0,4	0,5
	4. Deficiências nutricionais	1,2	0,2	0,3	0,5	0,4	0,5	0,6	0,6	0,8	0,6
	5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	3,5	5,7	4,1	2,4	1,9	1,3	0,8	0,4	0,3	2,1
	6. Pneumonias bacterianas	20,0	25,1	14,5	3,5	4,8	5,1	4,1	5,2	8,3	11,1
	7. Asma	8,9	17,4	23,0	1,6	2,3	1,2	1,4	1,2	1,3	6,6
	8. Doenças pulmonares	33,6	15,8	8,8	0,9	1,0	1,3	2,1	3,8	7,6	9,9
	9. Hipertensão	0,1	0,1	0,1	0,7	2,3	3,9	5,9	4,8	4,7	2,7
	10. Angina	0,2	0,1	0,0	0,6	1,3	5,6	13,7	18,0	9,9	6,3
	11. Insuficiência cardíaca	2,0	2,6	2,3	4,2	6,3	13,6	19,5	22,6	22,5	12,3
	12. Doenças cerebrovasculares	0,2	0,5	0,3	2,7	9,8	13,7	15,3	17,2	20,5	10,2
	13. Diabetes mellitus	0,2	1,0	7,9	6,5	6,8	7,0	8,8	9,7	7,0	5,9
	14. Epilepsias	3,8	5,4	9,1	5,6	5,1	5,1	3,9	1,8	1,0	3,9
	15. Infecção no rim e trato urinário	11,4	7,4	5,8	26,7	23,2	16,8	8,2	5,8	7,7	10,5
	16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	2,0	6,2	10,4	8,3	7,9	7,9	6,3	4,2	3,2	5,5
	17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	-	-	0,2	4,0	4,8	4,3	1,5	0,4	0,2	1,1
	18. Úlcera gastrointestinal	0,1	0,2	0,4	1,9	2,4	2,8	2,8	2,2	2,3	1,6
	19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	3,6	-	0,4	23,1	12,8	2,2	0,1	-	0,0	2,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
2016	1. Doenças preveníveis p/imuniz./ condições sensíveis	1,6	0,3	0,5	2,2	3,3	3,1	2,8	0,8	0,3	1,3
	2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	12,8	20,4	16,9	3,8	4,3	2,8	2,7	2,8	2,6	8,1
	3. Anemia	0,3	0,1	0,2	0,8	1,1	2,0	1,1	0,3	0,6	0,6
	4. Deficiências nutricionais	1,2	0,3	0,4	0,1	0,2	1,3	0,8	0,5	1,1	0,7

*Características do
Ambiente de Implantação
da Estratégia de
Planificação da Atenção
à Saúde*

ANO	CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA	<1A	1-4A	5-14A	15-24A	25-34A	35-44A	45-54A	55-64A	65E+A	TOTAL	
2016 (cont.)	5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	4,8	7,3	6,8	4,7	2,1	1,8	0,7	0,6	0,3	3,1	
	6. Pneumonias bacterianas	21,1	20,3	12,6	3,1	5,1	6,0	4,6	4,6	8,8	10,5	
	7. Asma	5,7	14,6	18,7	1,0	1,8	1,9	1,7	1,4	1,1	5,6	
	8. Doenças pulmonares	28,4	14,7	8,5	0,7	0,6	1,3	1,6	4,0	6,3	8,4	
	9. Hipertensão	0,1	0,0	0,1	0,5	1,9	2,8	5,4	4,2	4,8	2,5	
	10. Angina			0,1	0,3	1,2	4,8	10,4	14,0	9,3	5,2	
	11. Insuficiência cardíaca	1,4	1,2	1,6	4,1	5,2	12,1	16,9	21,0	20,9	10,8	
	12. Doenças cerebrovasculares	0,1	0,3	0,3	3,1	7,5	12,7	17,1	18,7	20,7	10,3	
	13. Diabetes mellitus	0,2	0,6	6,4	7,4	6,6	6,8	10,9	10,3	8,2	6,3	
	14. Epilepsias	4,9	7,7	10,7	5,5	5,6	6,0	3,9	2,3	1,4	4,9	
	15. Infecção no rim e trato urinário	12,7	6,5	6,3	27,3	24,3	16,5	8,6	6,3	7,8	10,7	
	16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	2,2	5,5	9,2	6,4	8,6	7,3	6,1	4,7	2,9	5,3	
	17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	0,0		0,1	4,6	4,8	4,3	1,9	0,2	0,3	1,2	
	18. Úlcera gastrointestinal	0,3	0,3	0,1	2,5	2,2	3,6	2,9	3,1	2,5	1,9	
	19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	2,3		0,3	22,0	13,6	2,7	0,1		0,0	2,7	
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
	2017	1. Doenças preveníveis p/imuniz./ condições sensíveis	1,2	0,2	0,7	1,9	3,5	3,3	1,8	0,9	0,3	1,2
		2. Gastroenterites Infeciosas e complicações	6,2	11,2	11,0	4,3	4,2	3,9	3,3	3,2	2,3	5,4
		3. Anemia	0,2	0,2	0,1	0,7	1,0	1,9	1,3	0,4	0,5	0,6
4. Deficiências nutricionais		0,8	0,2	0,1	0,1	0,2	0,9	0,6	0,7	0,8	0,5	
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta		4,7	7,7	6,6	4,1	3,3	1,9	0,8	0,6	0,4	3,1	
6. Pneumonias bacterianas		16,6	23,1	12,4	4,8	4,4	7,0	6,1	7,6	12,7	11,9	
7. Asma		4,0	15,4	23,6	1,6	2,2	2,1	1,7	1,5	1,2	5,9	
8. Doenças pulmonares		43,3	21,4	10,2	0,6	1,1	0,9	2,4	4,8	7,7	11,6	
9. Hipertensão		0,1	0,0	0,1	0,3	1,0	3,3	5,1	3,9	3,2	2,1	
10. Angina			0,0	0,0	0,4	1,1	3,4	8,7	9,6	7,2	4,0	
11. Insuficiência cardíaca		2,0	1,8	2,4	2,8	5,1	10,5	16,4	21,9	21,6	11,2	
12. Doenças cerebrovasculares		0,1	0,2	0,9	2,8	6,9	11,9	16,7	19,1	19,9	10,2	

ANO	CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA	<1A	1-4A	5-14A	15-24A	25-34A	35-44A	45-54A	55-64A	65E+A	TOTAL
2017	13. Diabetes mellitus	-	0,6	6,3	5,3	5,4	8,2	10,5	10,8	7,2	5,9
(cont.)	14. Epilepsias	3,9	5,9	9,4	6,0	4,6	5,1	3,1	1,9	1,0	4,0
	15. Infecção no rim e trato urinário	11,2	6,9	6,7	24,3	21,4	14,3	7,7	5,4	7,8	10,1
	16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	1,8	5,1	8,3	6,4	8,5	9,3	7,3	4,1	2,8	5,2
	17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	-	0,0	0,3	4,9	5,9	4,5	2,4	0,4	0,2	1,4
	18. Úlcera gastrointestinal	0,2	0,1	0,5	2,3	2,7	4,4	3,9	3,3	3,1	2,2
	19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	3,7	-	0,4	26,4	17,4	3,3	0,1	-	0,0	3,5
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2018	1. Doenças preveníveis p/imuniz./ condições sensíveis	1,1	0,2	0,3	2,4	4,9	2,6	1,4	1,1	0,2	1,1
	2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	9,4	17,7	14,4	4,2	3,3	3,6	3,4	2,9	2,3	7,3
	3. Anemia	0,3	0,1	0,1	0,3	0,7	1,6	1,1	0,3	0,4	0,5
	4. Deficiências nutricionais	1,3	0,4	0,3	0,3	0,2	0,4	0,7	0,6	1,0	0,7
	5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	4,2	7,2	7,0	3,5	3,0	1,4	0,7	0,4	0,4	3,1
	6. Pneumonias bacterianas	16,0	21,0	14,5	4,9	6,2	7,3	6,4	7,1	13,2	12,3
	7. Asma	4,7	16,0	24,4	1,1	1,8	2,1	2,1	1,4	1,1	6,6
	8. Doenças pulmonares	38,6	15,1	6,1	0,6	0,6	1,4	2,0	5,1	6,7	10,0
	9. Hipertensão	0,0	0,0	0,1	0,2	1,5	2,8	5,3	4,7	3,5	2,1
	10. Angina	0,0	-	0,0	0,3	1,2	3,4	9,5	11,6	7,5	4,2
	11. Insuficiência cardíaca	2,5	0,7	0,6	2,0	3,5	10,9	15,1	17,3	20,7	9,5
	12. Doenças cerebrovasculares	0,0	0,1	0,6	3,2	6,7	12,2	15,7	18,7	19,3	9,4
	13. Diabetes mellitus	0,3	0,7	7,0	6,4	5,1	8,0	9,9	10,9	7,3	5,9
	14. Epilepsias	4,9	9,0	11,3	6,7	5,0	6,3	3,8	2,4	1,5	5,3
	15. Infecção no rim e trato urinário	9,9	6,6	5,0	23,8	21,5	14,5	9,2	6,7	8,0	9,9
	16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	2,2	5,1	7,2	6,7	8,6	7,6	7,3	4,9	3,5	5,3
	17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	-	0,0	0,3	5,3	6,7	5,4	2,2	0,4	0,1	1,4
	18. Úlcera gastrointestinal	0,2	0,3	0,6	2,0	2,9	5,1	4,3	3,5	3,3	2,3
	19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	4,4	0,0	0,3	26,0	16,6	3,2	0,0	0,0	-	3,4
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Características do
Ambiente de Implantação
da Estratégia de
Planificação da Atenção
à Saúde*

ANO	CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA	<1A	1-4A	5-14A	15-24A	25-34A	35-44A	45-54A	55-64A	65E+A	TOTAL
2019	1. Doenças preveníveis p/imuniz./ condições sensíveis	1,2	0,3	0,8	3,4	4,0	3,0	2,0	1,1	0,4	1,3
	2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	9,3	19,4	18,9	5,3	4,1	3,7	3,2	2,5	2,3	8,7
	3. Anemia	0,0	0,1	0,1	0,5	0,6	1,7	1,4	0,4	0,5	0,5
	4. Deficiências nutricionais	0,8	0,5	0,3	0,3	0,5	0,5	0,7	0,6	0,6	0,5
	5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	4,2	7,1	6,8	3,6	2,7	1,7	1,0	0,3	0,3	3,3
	6. Pneumonias bacterianas	18,3	25,2	15,7	4,9	8,0	8,5	7,2	7,2	14,6	14,5
	7. Asma	7,2	18,0	25,5	1,9	1,2	2,0	1,1	1,6	0,9	7,9
	8. Doenças pulmonares	38,5	11,9	3,8	0,5	0,7	0,8	2,2	4,2	7,9	10,2
	9. Hipertensão			0,1	0,3	1,4	4,6	5,7	4,8	4,6	2,3
	10. Angina	0,0		0,0	0,4	1,1	4,1	9,0	14,4	8,4	4,3
	11. Insuficiência cardíaca	1,1	0,4	0,3	1,3	2,6	6,8	11,4	15,6	17,5	7,1
	12. Doenças cerebrovasculares	0,0	0,1	0,6	2,8	5,6	11,0	14,7	16,5	17,6	7,8
	13. Diabetes mellitus	0,1	0,6	5,2	6,0	5,6	8,9	11,1	10,7	6,9	5,4
	14. Epilepsias	4,0	6,6	9,9	7,4	6,7	6,1	5,4	2,6	1,6	5,1
	15. Infecção no rim e trato urinário	8,2	5,1	4,4	22,3	21,9	15,4	9,3	7,2	9,1	9,4
	16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	1,7	4,6	6,9	7,7	8,4	9,8	8,5	5,9	3,3	5,3
	17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos		0,0	0,2	5,2	5,8	4,0	1,6	0,3	0,2	1,1
	18. Úlcera gastrointestinal	0,1	0,2	0,4	1,8	2,9	3,6	4,3	4,1	3,3	2,1
	19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	5,1	0,0	0,1	24,4	16,1	3,8	0,0			3,2
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA A PARTIR DOS DADOS DO SIH/SUS (TABWIN).

A: ANOS; 65E+A: 65 ANOS E MAIS.

Em relação ao valor despendido por grupos de condições e faixas etárias, observa-se que pneumonias bacterianas e doenças pulmonares foram os grupos que registraram maiores valores na faixa etária de até 14 anos em todo o período. Já angina, insuficiência cardíaca e doenças cerebrovasculares tiveram os maiores valores registrados para a faixa etária a partir de 35 anos (tabelas 14 e 15).

TABELA 14. Valor das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária – registradas no SUS –, segundo grupo de causas e faixa etária. Distrito Federal, 2015 a 2019

ANO	CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA	<1A	1-4A	5-14A	15-24A	25-34A	35-44A	45-54A	55-64A	65E+A	TOTAL
2015	1. Doenças preveníveis p/ imuniz./condições sensíveis	72.954,11	3.567,10	12.087,39	7.884,42	15.381,69	15.857,82	14.545,84	4.382,38	12.545,87	159.206,62
	2. Gastroenterites Infeciosas e complicações	109.955,21	167.959,14	112.863,47	25.201,56	21.123,71	36.770,33	22.724,58	22.164,17	59.429,26	578.191,43
	3. Anemia	554,97	1.089,87	1.915,13	3.534,19	4.113,46	9.094,17	9.132,35	9.136,52	7.942,85	46.513,51
	4. Deficiências nutricionais	39.413,74	5.198,94	34.138,15	79.122,53	3.316,72	7.683,07	15.664,35	11.482,78	27.420,02	223.440,30
	5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	28.741,62	52.920,04	26.011,43	12.581,30	10.696,54	6.886,95	5.602,83	2.953,89	6.520,86	152.915,46
	6. Pneumonias bacterianas	746.897,44	803.599,00	333.162,99	52.307,05	98.134,27	122.952,28	156.123,09	297.267,45	782.415,53	3.392.859,10
	7. Asma	178.561,25	371.691,60	357.341,83	19.417,21	23.635,86	15.661,30	24.698,06	22.157,49	95.999,64	1.109.164,24
	8. Doenças pulmonares	387.919,41	235.340,83	97.657,64	10.297,76	10.857,85	20.514,55	45.016,22	107.013,45	376.131,69	1.290.749,40
	9. Hipertensão	585,01	505,27	2.767,63	3.760,26	11.277,39	53.527,51	43.347,03	45.793,18	102.187,06	263.750,34
	10. Angina	34.292,83	15.110,63	356,95	5.225,24	65.786,45	422.381,17	1.655.876,03	2.862.332,48	3.088.287,87	8.149.649,65
	11. Insuficiência cardíaca	205.477,04	389.686,56	72.109,60	134.574,10	242.479,40	647.691,00	1.140.691,57	1.639.562,78	2.439.293,09	6.911.565,14
	12. Doenças cerebrovasculares	5.353,06	12.252,59	7.738,81	39.707,74	186.833,82	273.203,43	422.460,82	608.863,16	1.752.759,57	3.309.173,00
	13. Diabetes mellitus	3.444,00	19.147,32	132.064,01	51.750,66	68.284,61	93.101,57	134.063,48	204.633,92	314.415,26	1.020.904,83
	14. Epilepsias	121.286,63	180.266,26	105.919,32	50.456,02	54.238,52	43.338,74	24.262,57	26.593,14	19.837,89	626.199,09
	15. Infecção no rim e trato urinário	128.632,03	88.508,43	52.237,80	179.405,79	144.614,38	127.862,67	102.323,24	92.912,15	232.624,94	1.149.121,43
	16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	30.397,05	86.911,50	121.164,42	66.681,65	80.327,82	142.367,59	91.552,83	85.548,13	148.312,59	853.263,58
	17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	-	-	1.825,38	21.164,12	23.911,02	25.403,17	14.818,07	3.661,02	2.782,05	93.564,83
	18. Úlcera gastrointestinal	1.943,71	2.447,71	4.086,22	19.428,99	27.471,38	30.494,89	43.095,20	77.240,24	88.468,09	294.676,43
	19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	63.678,25	-	2.519,31	62.908,62	35.262,70	7.200,18	374,86	-	309,45	172.253,37
		Total	2.160.087,36	2.436.202,79	1.477.967,48	845.409,21	1.127.747,59	2.101.992,39	3.966.373,02	6.123.698,33	9.557.683,58
2016	1. Doenças preveníveis p/ imuniz./condições sensíveis	41.661,73	3.383,07	16.097,69	7.534,33	20.828,91	20.688,46	30.284,34	9.250,24	5.449,47	155.178,24
	2. Gastroenterites Infeciosas e complicações	149.241,80	323.993,45	184.907,15	31.365,69	65.686,26	31.020,69	39.300,21	92.288,91	83.916,07	1.001.720,23
	3. Anemia	2.648,26	1.748,89	1.916,66	5.123,33	6.810,10	23.388,49	12.752,35	3.335,76	12.301,50	70.025,34

ANO	CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA	<1A	1-4A	5-14A	15-24A	25-34A	35-44A	45-54A	55-64A	65E+A	TOTAL	
2016 (cont.)	4. Deficiências nutricionais	25.162,35	7.116,42	5.004,09	3.859,25	3.733,16	18.776,98	15.210,26	24.818,34	49.086,27	152.767,12	
	5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	34.723,89	74.774,14	53.931,23	25.034,55	10.356,53	11.666,49	5.637,91	8.225,13	5.127,19	229.477,06	
	6. Pneumonias bacterianas	653.246,61	894.666,99	328.989,34	61.363,34	132.134,63	161.108,54	256.213,01	249.341,58	862.753,92	3.599.817,96	
	7. Asma	90.601,53	356.988,51	310.175,59	11.015,19	19.102,29	23.979,24	31.239,31	46.944,29	108.197,16	998.243,11	
	8. Doenças pulmonares	389.952,30	273.297,48	114.721,69	6.878,49	10.839,60	22.128,17	80.155,75	113.679,54	386.681,99	1.398.335,01	
	9. Hipertensão	538,62	432,30	1.111,03	2.651,86	8.299,47	16.821,85	38.682,71	61.921,95	92.002,62	222.462,41	
	10. Angina	-	-	1.874,97	10.205,34	31.468,08	316.495,89	954.428,98	1.666.882,33	2.344.772,88	5.326.128,47	
	11. Insuficiência cardíaca	136.795,72	132.847,63	57.356,33	174.837,00	200.241,80	703.532,96	1.261.272,54	1.953.008,83	2.660.048,17	7.279.940,98	
	12. Doenças cerebrovasculares	4.431,54	9.167,37	12.538,92	149.135,24	200.199,32	375.068,85	663.354,05	807.174,81	1.776.740,61	3.997.810,71	
	13. Diabetes mellitus	12.493,05	11.465,31	90.481,39	90.580,39	66.865,89	83.753,47	207.301,51	208.913,86	388.707,31	1.160.562,18	
	14. Epilepsias	120.488,10	101.598,71	144.905,24	41.516,10	28.135,80	48.028,23	32.729,25	24.661,55	22.426,75	564.489,73	
	15. Infecção no rim e trato urinário	125.431,21	103.127,30	59.809,50	158.774,21	145.257,10	186.139,00	100.296,77	99.394,01	269.637,70	1.247.866,80	
	16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	26.339,72	95.801,10	111.863,33	52.371,72	67.737,67	92.421,25	95.317,00	104.788,98	130.934,83	777.575,60	
	17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	337,44	-	1.264,75	27.108,96	36.798,30	29.918,42	18.242,78	2.819,27	6.613,28	123.103,20	
	18. Úlcera gastrointestinal	2.929,48	5.705,97	1.285,79	18.307,60	20.846,62	64.859,06	49.466,34	58.500,03	110.039,12	331.940,01	
	19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	33.905,55	-	1.511,80	94.769,21	46.253,47	13.649,20	686,50	-	159,88	190.935,61	
	Total	1.850.928,90	2.396.114,64	1.499.746,49	972.431,80	1.121.595,00	2.243.445,24	3.892.571,57	5.535.949,41	9.315.596,72	28.828.379,77	
	2017	1. Doenças preveníveis p/ imuniz./condições sensíveis	21.196,57	4.964,81	11.541,76	11.840,76	34.710,86	27.721,20	24.757,74	14.232,53	7.604,64	158.570,87
		2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	89.848,55	177.404,50	135.105,77	53.584,53	51.985,73	84.268,74	79.537,50	156.746,48	82.505,89	910.987,69
3. Anemia		1.625,83	1.984,00	751,95	3.799,44	6.277,54	13.990,99	11.954,01	5.906,76	14.032,10	60.322,62	
4. Deficiências nutricionais		17.883,50	4.237,31	1.515,61	893,56	1.601,19	13.385,80	13.509,66	24.159,45	38.440,15	115.626,23	
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta		39.042,61	82.321,51	53.259,42	22.734,06	18.179,64	10.762,01	5.534,24	9.069,12	14.804,87	255.707,48	
6. Pneumonias bacterianas		518.866,17	828.909,53	304.429,18	111.907,30	143.204,71	226.559,66	303.357,85	406.275,26	1.210.750,08	4.054.259,74	
7. Asma		74.258,88	353.646,07	355.755,95	16.715,32	23.215,59	27.335,72	34.983,23	41.125,50	65.091,72	992.127,98	
8. Doenças pulmonares		559.263,55	355.199,01	135.846,51	4.672,33	13.360,71	25.063,74	49.208,25	149.021,63	413.617,55	1.705.253,28	
9. Hipertensão		489,48	344,30	1.928,54	1.148,08	4.988,02	19.030,99	40.978,35	44.151,22	72.820,38	185.879,36	
10. Angina		-	224,55	508,84	2.695,12	7.421,08	91.173,67	519.598,42	928.228,86	1.416.247,72	2.966.098,26	

ANO	CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA	<1A	1-4A	5-14A	15-24A	25-34A	35-44A	45-54A	55-64A	65E+A	TOTAL
2017 (cont.)	11. Insuficiência cardíaca	357.182,50	192.771,39	105.881,20	107.437,55	172.703,83	548.868,41	1.136.076,34	2.204.944,80	2.649.695,37	7.475.561,39
	12. Doenças cerebrovasculares	4.364,23	19.393,52	48.178,77	128.518,07	150.566,95	352.154,88	460.941,38	772.780,74	1.569.653,20	3.506.551,74
	13. Diabetes mellitus	-	11.380,49	94.935,04	55.745,30	62.177,56	123.264,82	195.569,39	221.975,40	363.659,64	1.128.707,64
	14. Epilepsias	71.160,31	124.710,45	164.972,60	39.069,33	61.798,91	58.530,89	22.150,09	28.500,09	19.731,88	590.624,55
	15. Infecção no rim e trato urinário	115.031,88	100.697,00	68.888,76	152.362,60	132.316,88	128.406,88	149.906,81	85.034,98	322.321,88	1.254.967,67
	16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	23.111,21	83.749,81	103.428,63	64.641,53	98.244,35	115.695,88	117.075,49	83.841,32	120.510,39	810.298,61
	17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	-	79,27	2.092,62	33.126,45	38.530,09	30.409,00	20.596,54	6.676,38	9.490,54	141.000,89
	18. Úlcera gastrointestinal	4.344,22	2.654,85	7.719,40	20.728,05	33.693,78	51.799,87	59.916,51	82.667,85	149.706,21	413.230,74
	19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	43.328,64	-	5.317,90	113.477,89	62.034,78	17.400,76	416,21	-	160,12	242.136,30
	Total	1.940.998,13	2.344.672,37	1.602.058,45	945.097,27	1.117.012,20	1.965.823,91	3.246.068,01	5.265.338,37	8.540.844,33	26.967.913,04
2018	1. Doenças preveníveis p/ imuniz./condições sensíveis	32.046,90	6.072,82	5.651,75	24.380,84	86.960,86	45.346,81	40.128,66	39.061,77	10.563,01	290.213,42
	2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	154.207,20	335.905,18	229.545,70	81.762,54	34.786,53	57.353,36	138.285,11	93.596,66	104.458,56	1.229.900,84
	3. Anemia	4.184,17	1.423,53	1.188,70	2.061,14	4.933,80	10.913,16	9.417,20	3.182,25	17.450,67	54.754,62
	4. Deficiências nutricionais	48.926,27	12.638,10	8.310,13	7.260,83	2.938,18	9.440,36	15.163,04	19.964,89	52.314,33	176.956,13
	5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	99.662,96	93.102,15	65.603,87	24.393,35	17.579,55	11.093,26	7.995,22	6.373,30	8.184,66	333.988,32
	6. Pneumonias bacterianas	978.676,87	882.528,88	587.609,50	180.512,20	171.310,37	316.871,52	214.035,17	448.890,63	1.572.447,96	5.352.883,10
	7. Asma	113.784,66	469.518,74	495.988,16	21.142,96	20.418,93	31.680,28	44.344,13	36.503,77	62.440,91	1.295.822,54
	8. Doenças pulmonares	734.267,30	330.287,21	120.466,43	15.568,24	7.053,95	33.078,49	113.833,82	171.815,69	569.983,72	2.096.354,85
	9. Hipertensão	719,36	293,75	487,59	1.052,36	15.254,80	20.898,10	39.047,23	52.274,79	113.186,13	243.214,11
	10. Angina	463,15	-	292,43	2.436,25	24.948,44	97.932,32	508.190,19	1.059.628,50	1.512.284,05	3.206.175,33
	11. Insuficiência cardíaca	362.523,88	352.341,09	217.057,72	118.311,99	195.178,49	770.307,64	1.385.422,74	1.617.315,90	2.931.021,85	7.949.481,30
	12. Doenças cerebrovasculares	1.015,96	3.507,39	22.910,86	195.980,09	167.397,73	293.475,02	487.119,94	912.381,14	2.088.185,75	4.171.973,88
	13. Diabetes mellitus	20.522,81	18.410,91	131.253,29	70.842,43	79.593,14	149.766,26	245.978,14	341.538,67	529.535,87	1.587.441,52
	14. Epilepsias	103.940,26	194.213,60	188.595,64	50.377,88	34.255,98	36.094,10	40.106,75	48.733,64	46.892,72	743.210,57
	15. Infecção no rim e trato urinário	126.273,76	117.803,48	57.257,47	168.048,54	158.533,12	117.547,81	132.963,26	123.658,94	312.889,78	1.314.976,16
	16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	54.346,64	99.334,63	107.383,88	68.869,87	89.538,83	91.405,91	148.052,82	114.911,09	219.494,78	993.338,45

ANO	CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA	<1A	1-4A	5-14A	15-24A	25-34A	35-44A	45-54A	55-64A	65E+A	TOTAL
2018 (cont.)	17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	-	198,81	3.814,26	44.587,72	42.665,94	47.032,27	32.426,11	6.277,47	3.581,69	180.584,27
	18. Úlcera gastrointestinal	3.068,80	6.657,95	10.531,84	25.475,31	33.022,57	81.529,10	86.747,24	88.844,67	189.153,10	525.030,58
	19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	72.496,82	267,77	5.656,12	103.666,47	69.152,72	12.351,86	109,24	217,72	-	263.918,72
	Total	2.911.127,77	2.924.505,99	2.259.605,34	1.206.731,01	1.255.523,93	2.234.117,63	3.689.366,01	5.185.171,49	10.344.069,54	32.010.218,71
2019	1. Doenças preveníveis p/ imuniz./condições sensíveis	64.266,92	21.230,75	22.951,82	24.260,93	63.015,04	85.624,06	74.580,10	46.767,29	42.085,13	444.782,04
	2. Gastroenterites Infeciosas e complicações	214.895,63	467.785,06	337.376,95	97.806,08	41.544,37	115.225,04	147.679,21	137.118,93	94.154,04	1.653.585,31
	3. Anemia	792,67	1.535,89	1.130,73	3.088,06	3.208,74	12.719,41	18.603,58	6.118,01	18.039,37	65.236,46
	4. Deficiências nutricionais	40.978,70	29.098,62	7.805,03	7.212,02	6.992,48	12.868,37	58.815,45	20.033,36	43.030,89	226.834,92
	5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	47.656,57	120.576,87	74.477,21	26.623,00	16.894,89	11.849,86	12.964,89	7.188,60	7.084,70	325.316,59
	6. Pneumonias bacterianas	1.077.722,64	1.363.415,90	560.420,94	172.267,75	349.886,60	382.633,52	302.324,64	412.082,80	1.541.841,58	6.162.596,37
	7. Asma	264.738,52	679.868,52	617.617,40	26.632,75	20.134,49	29.597,97	20.146,05	35.971,46	45.036,51	1.739.743,67
	8. Doenças pulmonares	769.917,04	273.066,65	70.323,65	11.316,60	13.452,85	50.499,00	144.216,25	162.568,58	810.552,59	2.305.913,21
	9. Hipertensão	-	-	1.199,44	4.302,89	10.773,92	31.273,80	41.741,73	60.133,19	108.485,17	257.910,14
	10. Angina	5.154,84	-	438,29	6.983,99	13.125,62	155.484,53	563.867,94	1.261.089,65	1.835.569,26	3.841.714,12
	11. Insuficiência cardíaca	177.090,81	46.887,63	80.207,46	76.173,53	174.987,51	675.843,21	992.395,34	1.358.966,05	2.485.993,65	6.068.545,19
	12. Doenças cerebrovasculares	3.633,85	2.636,66	32.133,69	98.495,95	144.941,66	451.189,25	686.801,55	899.261,03	2.007.994,17	4.327.087,81
	13. Diabetes mellitus	31.558,62	20.716,83	122.549,32	79.034,69	76.515,54	152.985,40	274.899,99	381.022,70	481.745,22	1.621.028,31
	14. Epilepsias	240.322,30	179.245,65	145.606,98	64.104,38	56.800,08	48.554,91	58.284,48	51.769,82	74.728,35	919.416,95
	15. Infecção no rim e trato urinário	134.164,83	108.840,33	62.541,27	152.559,72	160.784,90	161.449,21	122.995,81	118.388,87	380.918,93	1.402.643,87
	16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	33.105,14	120.605,38	119.300,47	98.364,15	132.312,65	139.380,92	168.200,48	170.676,92	213.281,78	1.195.227,89
	17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	-	638,03	2.124,18	35.765,55	43.865,16	37.239,51	15.756,70	3.716,19	4.445,71	143.551,03
	18. Úlcera gastrointestinal	2.076,24	5.404,92	9.014,13	17.237,17	31.967,37	57.599,69	140.418,43	140.987,73	192.953,50	597.659,18
	19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	90.685,99	68,57	863,43	119.005,68	65.044,10	23.477,70	131,08	-	-	299.276,55
	Total	3.198.761,31	3.441.622,26	2.268.082,39	1.121.234,89	1.426.247,97	2.635.495,36	3.844.823,70	5.273.861,18	10.387.940,55	33.598.069,61

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA A PARTIR DOS DADOS DO SIH/SUS (TABWIN).
A: ANOS; 65E+A: 65 ANOS E MAIS.

TABELA 15. **Proporção do Valor das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária registradas no SUS nas Faixas Etárias selecionadas, por Tipo de Condições. Distrito Federal, 2015 a 2019**

ANO	CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA	<1A	1-4A	5-14A	15-24A	25-34A	35-44A	45-54A	55-64A	65E+A	TOTAL
2015	1. Doenças preveníveis p/ imuniz./condições sensíveis	3,4	0,1	0,8	0,9	1,4	0,8	0,4	0,1	0,1	0,5
	2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	5,1	6,9	7,6	3,0	1,9	1,7	0,6	0,4	0,6	1,9
	3. Anemia	0,0	0,0	0,1	0,4	0,4	0,4	0,2	0,1	0,1	0,2
	4. Deficiências nutricionais	1,8	0,2	2,3	9,4	0,3	0,4	0,4	0,2	0,3	0,7
	5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	1,3	2,2	1,8	1,5	0,9	0,3	0,1	0,0	0,1	0,5
	6. Pneumonias bacterianas	34,6	33,0	22,5	6,2	8,7	5,8	3,9	4,9	8,2	11,4
	7. Asma	8,3	15,3	24,2	2,3	2,1	0,7	0,6	0,4	1,0	3,7
	8. Doenças pulmonares	18,0	9,7	6,6	1,2	1,0	1,0	1,1	1,7	3,9	4,3
	9. Hipertensão	0,0	0,0	0,2	0,4	1,0	2,5	1,1	0,7	1,1	0,9
	10. Angina	1,6	0,6	0,0	0,6	5,8	20,1	41,7	46,7	32,3	27,4
	11. Insuficiência cardíaca	9,5	16,0	4,9	15,9	21,5	30,8	28,8	26,8	25,5	23,2
	12. Doenças cerebrovasculares	0,2	0,5	0,5	4,7	16,6	13,0	10,7	9,9	18,3	11,1
	13. Diabetes mellitus	0,2	0,8	8,9	6,1	6,1	4,4	3,4	3,3	3,3	3,4
	14. Epilepsias	5,6	7,4	7,2	6,0	4,8	2,1	0,6	0,4	0,2	2,1
	15. Infecção no rim e trato urinário	6,0	3,6	3,5	21,2	12,8	6,1	2,6	1,5	2,4	3,9
	16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	1,4	3,6	8,2	7,9	7,1	6,8	2,3	1,4	1,6	2,9
	17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	-	-	0,1	2,5	2,1	1,2	0,4	0,1	0,0	0,3
	18. Úlcera gastrointestinal	0,1	0,1	0,3	2,3	2,4	1,5	1,1	1,3	0,9	1,0
	19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	2,9	-	0,2	7,4	3,1	0,3	0,0	-	0,0	0,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
2016	1. Doenças preveníveis p/ imuniz./condições sensíveis	2,3	0,1	1,1	0,8	1,9	0,9	0,8	0,2	0,1	0,5
	2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	8,1	13,5	12,3	3,2	5,9	1,4	1,0	1,7	0,9	3,5
	3. Anemia	0,1	0,1	0,1	0,5	0,6	1,0	0,3	0,1	0,1	0,2

*Características do
Ambiente de Implantação
da Estratégia de
Planificação da Atenção
à Saúde*

ANO	CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA	<1A	1-4A	5-14A	15-24A	25-34A	35-44A	45-54A	55-64A	65E+A	TOTAL
2016	4. Deficiências nutricionais	1,4	0,3	0,3	0,4	0,3	0,8	0,4	0,4	0,5	0,5
(cont.)	5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	1,9	3,1	3,6	2,6	0,9	0,5	0,1	0,1	0,1	0,8
	6. Pneumonias bacterianas	35,3	37,3	21,9	6,3	11,8	7,2	6,6	4,5	9,3	12,5
	7. Asma	4,9	14,9	20,7	1,1	1,7	1,1	0,8	0,8	1,2	3,5
	8. Doenças pulmonares	21,1	11,4	7,6	0,7	1,0	1,0	2,1	2,1	4,2	4,9
	9. Hipertensão	0,0	0,0	0,1	0,3	0,7	0,7	1,0	1,1	1,0	0,8
	10. Angina	-	-	0,1	1,0	2,8	14,1	24,5	30,1	25,2	18,5
	11. Insuficiência cardíaca	7,4	5,5	3,8	18,0	17,9	31,4	32,4	35,3	28,6	25,3
	12. Doenças cerebrovasculares	0,2	0,4	0,8	15,3	17,8	16,7	17,0	14,6	19,1	13,9
	13. Diabetes mellitus	0,7	0,5	6,0	9,3	6,0	3,7	5,3	3,8	4,2	4,0
	14. Epilepsias	6,5	4,2	9,7	4,3	2,5	2,1	0,8	0,4	0,2	2,0
	15. Infecção no rim e trato urinário	6,8	4,3	4,0	16,3	13,0	8,3	2,6	1,8	2,9	4,3
	16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	1,4	4,0	7,5	5,4	6,0	4,1	2,4	1,9	1,4	2,7
	17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	0,0	-	0,1	2,8	3,3	1,3	0,5	0,1	0,1	0,4
	18. Úlcera gastrointestinal	0,2	0,2	0,1	1,9	1,9	2,9	1,3	1,1	1,2	1,2
	19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	1,8	-	0,1	9,7	4,1	0,6	0,0	-	0,0	0,7
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2017	1. Doenças preveníveis p/ imuniz./condições sensíveis	1,1	0,2	0,7	1,3	3,1	1,4	0,8	0,3	0,1	0,6
	2. Gastroenterites infecciosas e complicações	4,6	7,6	8,4	5,7	4,7	4,3	2,5	3,0	1,0	3,4
	3. Anemia	0,1	0,1	0,0	0,4	0,6	0,7	0,4	0,1	0,2	0,2
	4. Deficiências nutricionais	0,9	0,2	0,1	0,1	0,1	0,7	0,4	0,5	0,5	0,4
	5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	2,0	3,5	3,3	2,4	1,6	0,5	0,2	0,2	0,2	0,9
	6. Pneumonias bacterianas	26,7	35,4	19,0	11,8	12,8	11,5	9,3	7,7	14,2	15,0
	7. Asma	3,8	15,1	22,2	1,8	2,1	1,4	1,1	0,8	0,8	3,7
	8. Doenças pulmonares	28,8	15,1	8,5	0,5	1,2	1,3	1,5	2,8	4,8	6,3
	9. Hipertensão	0,0	0,0	0,1	0,1	0,4	1,0	1,3	0,8	0,9	0,7
	10. Angina	-	0,0	0,0	0,3	0,7	4,6	16,0	17,6	16,6	11,0
	11. Insuficiência cardíaca	18,4	8,2	6,6	11,4	15,5	27,9	35,0	41,9	31,0	27,7

ANO	CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA	<1A	1-4A	5-14A	15-24A	25-34A	35-44A	45-54A	55-64A	65E+A	TOTAL
2017 (cont.)	12. Doenças cerebrovasculares	0,2	0,8	3,0	13,6	13,5	17,9	14,2	14,7	18,4	13,0
	13. Diabetes mellitus		0,5	5,9	5,9	5,6	6,3	6,0	4,2	4,3	4,2
	14. Epilepsias	3,7	5,3	10,3	4,1	5,5	3,0	0,7	0,5	0,2	2,2
	15. Infecção no rim e trato urinário	5,9	4,3	4,3	16,1	11,8	6,5	4,6	1,6	3,8	4,7
	16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	1,2	3,6	6,5	6,8	8,8	5,9	3,6	1,6	1,4	3,0
	17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos		0,0	0,1	3,5	3,4	1,5	0,6	0,1	0,1	0,5
	18. Úlcera gastrointestinal	0,2	0,1	0,5	2,2	3,0	2,6	1,8	1,6	1,8	1,5
	19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	2,2	-	0,3	12,0	5,6	0,9	0,0	-	0,0	0,9
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2018	1. Doenças preveníveis p/ imuniz./condições sensíveis	1,1	0,2	0,3	2,0	6,9	2,0	1,1	0,8	0,1	0,9
	2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	5,3	11,5	10,2	6,8	2,8	2,6	3,7	1,8	1,0	3,8
	3. Anemia	0,1	0,0	0,1	0,2	0,4	0,5	0,3	0,1	0,2	0,2
	4. Deficiências nutricionais	1,7	0,4	0,4	0,6	0,2	0,4	0,4	0,4	0,5	0,6
	5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	3,4	3,2	2,9	2,0	1,4	0,5	0,2	0,1	0,1	1,0
	6. Pneumonias bacterianas	33,6	30,2	26,0	15,0	13,6	14,2	5,8	8,7	15,2	16,7
	7. Asma	3,9	16,1	22,0	1,8	1,6	1,4	1,2	0,7	0,6	4,0
	8. Doenças pulmonares	25,2	11,3	5,3	1,3	0,6	1,5	3,1	3,3	5,5	6,5
	9. Hipertensão	0,0	0,0	0,0	0,1	1,2	0,9	1,1	1,0	1,1	0,8
	10. Angina	0,0	-	0,0	0,2	2,0	4,4	13,8	20,4	14,6	10,0
	11. Insuficiência cardíaca	12,5	12,0	9,6	9,8	15,5	34,5	37,6	31,2	28,3	24,8
	12. Doenças cerebrovasculares	0,0	0,1	1,0	16,2	13,3	13,1	13,2	17,6	20,2	13,0
	13. Diabetes mellitus	0,7	0,6	5,8	5,9	6,3	6,7	6,7	6,6	5,1	5,0
	14. Epilepsias	3,6	6,6	8,3	4,2	2,7	1,6	1,1	0,9	0,5	2,3
	15. Infecção no rim e trato urinário	4,3	4,0	2,5	13,9	12,6	5,3	3,6	2,4	3,0	4,1
	16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	1,9	3,4	4,8	5,7	7,1	4,1	4,0	2,2	2,1	3,1
	17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos		0,0	0,2	3,7	3,4	2,1	0,9	0,1	0,0	0,6

*Características do
Ambiente de Implantação
da Estratégia de
Planificação da Atenção
à Saúde*

ANO	CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA	<1A	1-4A	5-14A	15-24A	25-34A	35-44A	45-54A	55-64A	65E+A	TOTAL
2018	18. Úlcera gastrointestinal	0,1	0,2	0,5	2,1	2,6	3,6	2,4	1,7	1,8	1,6
(cont.)	19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	2,5	0,0	0,3	8,6	5,5	0,6	0,0	0,0	-	0,8
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2019	1. Doenças preveníveis p/ imuniz./condições sensíveis	2,0	0,6	1,0	2,2	4,4	3,2	1,9	0,9	0,4	1,3
	2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	6,7	13,6	14,9	8,7	2,9	4,4	3,8	2,6	0,9	4,9
	3. Anemia	0,0	0,0	0,0	0,3	0,2	0,5	0,5	0,1	0,2	0,2
	4. Deficiências nutricionais	1,3	0,8	0,3	0,6	0,5	0,5	1,5	0,4	0,4	0,7
	5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	1,5	3,5	3,3	2,4	1,2	0,4	0,3	0,1	0,1	1,0
	6. Pneumonias bacterianas	33,7	39,6	24,7	15,4	24,5	14,5	7,9	7,8	14,8	18,3
	7. Asma	8,3	19,8	27,2	2,4	1,4	1,1	0,5	0,7	0,4	5,2
	8. Doenças pulmonares	24,1	7,9	3,1	1,0	0,9	1,9	3,8	3,1	7,8	6,9
	9. Hipertensão	-	-	0,1	0,4	0,8	1,2	1,1	1,1	1,0	0,8
	10. Angina	0,2	-	0,0	0,6	0,9	5,9	14,7	23,9	17,7	11,4
	11. Insuficiência cardíaca	5,5	1,4	3,5	6,8	12,3	25,6	25,8	25,8	23,9	18,1
	12. Doenças cerebrovasculares	0,1	0,1	1,4	8,8	10,2	17,1	17,9	17,1	19,3	12,9
	13. Diabetes mellitus	1,0	0,6	5,4	7,0	5,4	5,8	7,1	7,2	4,6	4,8
	14. Epilepsias	7,5	5,2	6,4	5,7	4,0	1,8	1,5	1,0	0,7	2,7
	15. Infecção no rim e trato urinário	4,2	3,2	2,8	13,6	11,3	6,1	3,2	2,2	3,7	4,2
	16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	1,0	3,5	5,3	8,8	9,3	5,3	4,4	3,2	2,1	3,6
	17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	-	0,0	0,1	3,2	3,1	1,4	0,4	0,1	0,0	0,4
	18. Úlcera gastrointestinal	0,1	0,2	0,4	1,5	2,2	2,2	3,7	2,7	1,9	1,8
	19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	2,8	0,0	0,0	10,6	4,6	0,9	0,0	-	-	0,9
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA A PARTIR DOS DADOS DO SIH/SUS (TABWIN).

A: ANOS; 65E+A: 65 ANOS E MAIS.

SÍNTESE DOS PRINCIPAIS RESULTADOS

A realização deste estudo permitiu verificar o perfil das ICSAP no estado de Goiás e no Distrito Federal, nos últimos 5 anos, de acordo com as variáveis disponibilizadas no SIH, quais sejam: internações gerais, internações por ICSAP, município de residência, grupos de causas e diagnósticos por ICSAP, sexo, faixa etária, óbito e valor em reais.

O estado de Goiás teve, no período, 1.715.510 internações hospitalares, sendo que, destas, 326.936 (19,05%) foram por ICSAP. Verifica-se que houve um comportamento semelhante entre a frequência de internações gerais e de ICSAP no período, pois, à medida que reduz o número de internações gerais, reduz também o número de ICSAP. Entretanto, ao analisar a variação percentual, observa-se que essa redução foi maior entre as ICSAP. Nota-se que, tanto nas internações gerais quanto nas ICSAP, houve maior frequência para o sexo feminino. As internações gerais ocorreram com maior frequência nas faixas etárias de 15 a 34 anos, no sexo feminino, possivelmente em função da idade fértil (partos hospitalares), seguidas da faixa de 65 anos e mais. Já nas ICSAP, chama atenção o aumento importante da frequência na faixa etária de 65 anos e mais. Tomando como análise apenas as taxas de ICSAP, observa-se que houve uma redução no período de 16,3%. As ICSAP foram majoritariamente de pacientes moradores do estado de Goiás, com 14.526 óbitos no período, com uma média anual em torno de 2.905, apresentando aumento destes no ano de 2019.

O Distrito Federal teve, no período, 999.955 internações hospitalares, sendo que, destas, 155.010 (15,50%) foram por ICSAP. Chama atenção o volume de internações gerais no sexo feminino em mulheres em idade fértil. Esse fato pode ser justificado pelo número de partos, os quais não foram excluídos no processamento dos dados. Ao analisar a taxa de ICSAP por 10 mil habitantes/ano, verifica-se um aumento a partir de 2016, com maior ocorrência nas faixas etárias de menores de 1 ano, de 1 a 4 anos, e de 65 anos e mais. As ICSAP foram majoritariamente de pacientes moradores em Brasília, com 5.946 óbitos no período, apresentando redução destes no ano de 2019.

Quanto ao valor das ICSAP, elas representaram 16,54% do valor total das internações registradas no SIH/SUS em Goiás e 13,6% no Distrito Federal.

Em Goiás, as internações decorrentes de causas como angina, insuficiência cardíaca e doenças cerebrovasculares registraram os maiores valores no período. Os grupos de ICSAP com maior frequência foram doenças pulmonares, gastroenterites infecciosas e complicações, e pneumonias bacterianas em menores de 1 ano; gastroenterite infecciosa e complicações, pneumonia bacteriana e infecção de ouvido, nariz e garganta na faixa etária de 1 a 4 anos; infecção no rim e trato urinário ocupou o primeiro lugar em todo o período na faixa etária de 15 a 24 anos; angina, insuficiência cardíaca e doenças pulmonares apareceram com maiores frequências na faixa de 55 a 64 anos; e na faixa de 65 anos e mais, insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares, doenças pulmonares, além da Infecção no rim e trato urinário, e das pneumonias bacterianas. Quando analisado proporcionalmente, independentemente de faixa etária, gastroenterites infecciosas e complicações ocupam o segundo lugar em frequência, perdendo apenas para infecção no rim e trato urinário, que ocupa o primeiro lugar em todo o período estudado. Quanto a hipertensão arterial e diabetes mellitus, verifica-se uma certa estabilidade no período, com maior frequência para a diabetes em todos os anos do estudo. A partir da análise dos dados, percebe-se uma possível relação entre as internações gerais e aquelas por ICSAP, pois, quanto menor o número de internações gerais, menor também é a frequência de ICSAP. Apesar de os dados indicarem que houve redução das taxas de ICSAP no estado de Goiás, estas apresentam comportamento distinto, entre os grupos de causas. Enquanto alguns demonstraram estabilidade, outros exibiram redução relevante; e, em algumas, houve incremento.

No Distrito Federal, os grupos de condições com maior frequência foram doenças pulmonares, pneumonia e asma, na faixa etária de até 4 anos. Na faixa de 65 anos e mais, foram insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares e pneumonia. Com relação a diabetes, verificou-se um aumento de internações ano a ano ao longo do período analisado, chegando a 20,7% de aumento quando se compara 2019 com 2015. O mesmo aumento foi verificado, no período, para doenças preveníveis por imunização (19,2%) e para gastroenterites infecciosas e complicações (104%). Nota-se uma possível relação entre as internações gerais e aquelas por ICSAP, pois, quanto maior o número de internações gerais, maior,

também, a frequência de ICSAP. Da mesma forma, observa-se que existe uma possível relação entre ICSAP e faixa etária, pois estas acontecem, principalmente, nos extremos de idade, quais sejam: menores de 4 anos e 65 anos e mais. A análise das ICSAP mostrou, também, uma possível relação entre faixa etária e grupos de causas e diagnósticos, pois as crianças/adolescentes internaram com maior frequência por pneumonias, doenças pulmonares e asma; enquanto os idosos, por insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares e pneumonia. Chama atenção o aumento de ICSAP por diabetes no período estudado (20,7%), o que sugere uma relação entre ICSAP e doenças crônicas não transmissíveis. Por outro lado, merece destaque o aumento das gastroenterites infecciosas e complicações no período (134%), apontando a influência dos determinantes sociais para a ocorrência de ICSAP.

Observa-se que existe uma possível relação entre ICSAP e faixa etária. No estado de Goiás, estas acontecem, principalmente, nos extremos de idade, quais sejam: menores 9 anos e 65 anos e mais. Também, apresentam uma possível relação entre faixa etária e grupos de causas e diagnósticos, pois as crianças/adolescentes internaram com maior frequência por gastroenterites infecciosas e complicações, doenças pulmonares, pneumonias bacterianas e infecção de ouvido, nariz e garganta. Na faixa etária de 15 a 24 anos, a infecção no rim e trato urinário ocupou o primeiro lugar em todo o período. Angina, insuficiência cardíaca e doenças pulmonares apareceram com maiores frequências na faixa de 55 a 64 anos, e na faixa de 65 anos e mais, insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares, doenças pulmonares, além da Infecção do rim e trato urinário, e das pneumonias bacterianas.

No Distrito Federal, as crianças/adolescentes internaram com maior frequência por pneumonias, doenças pulmonares e asma, enquanto os idosos, por insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares e pneumonia. Chama atenção o aumento de ICSAP por diabetes no período estudado (20,7%), o que sugere uma relação entre ICSAP e doenças crônicas não transmissíveis. Por outro lado, merece destaque o aumento de gastroenterites infecciosas e complicações no período (134%), apontando a influência dos determinantes sociais para a ocorrência de ICSAP.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O indicador ICSAP foi concebido para avaliar de forma indireta o acesso e a efetividade da APS. Nesse sentido, ele certamente trará contribuição para a avaliação da estratégia PAS, ainda que indiretamente, considerando que esta envolve de forma importante o protagonismo da APS.

Não existe um parâmetro estabelecido para avaliar as ICSAP, pois o esperado é que essas interações idealmente não aconteçam, ou que apresentem uma frequência bem reduzida, já que são condições que devem ser atendidas/acompanhadas na APS. Entretanto, sabe-se que vários aspectos podem determinar a ocorrência de ICSAP, como características sociodemográficas da população, padrões de utilização dos serviços, atitudes em face do tratamento, variações na prevalência de doenças na população, barreiras de acesso, falta de articulação entre a APS e a atenção especializada, processo de trabalho das equipes, entre outros. Portanto, ressalta-se a importância de considerar diversos aspectos no momento de fazer uso desse indicador para avaliação de acesso e efetividade da APS.

Além de se considerar as questões citadas acima, recomenda-se a realização de estudos de tendência por meio de série temporal, comparando os resultados com outros estudos realizados, utilizando dados nacionais, do estado, da região de saúde e dos municípios. Tais resultados podem, ainda, ser mais relevantes se forem correlacionados com a evolução da cobertura de ESF nos territórios analisados, evidenciando assim o comportamento dessas interações, podendo contribuir para subsidiar os processos de monitoramento e avaliação de intervenções relacionadas com a estruturação das RAS e das Regiões de Saúde.

REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, M. E. *et al.* Interações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600016>. Acesso em: 29 nov. 2021.

ALVES, J. W. S. et al. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no estado do Ceará, 2010-2014. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 4, p. 223-235, 2018. Especial. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S418>. Acesso em: 29 nov. 2021.

BATISTA, S. R. et al. O Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal, Brasil, e o desafio da integração entre os níveis assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2043-2052, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08132019>. Acesso em: 29 nov. 2021.

BILLINGS, J. et al. Impact of socio-economic status on hospital use in New York City. **Health Affairs (Millwood)**, v. 12, n. 1, p. 172-173, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Consulta Pública nº 4, de 20 setembro de 2007. Nota técnica sobre lista brasileira de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção básica. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 144, n. 183, p. 50, 21 set. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 221, de 17 abril de 2008. Publica, na forma do anexo desta portaria, a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 145, n. 75, p. 70-71, 18 abr. 2008.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. **Diário Oficial do Distrito Federal**: seção 1, Brasília, DF, ano 46, n. 33, p. 4-8, 15 fev. 2017. Disponível em https://www.dodf.df.gov.br/index/visualizar-arquivo/?pasta=2017/02_Fevereiro/DODF%20033%2015-02-2017&arquivo=DODF%20033%2015-02-2017%20INTEGRA.pdf. Acesso em: 29 nov. 2021.

GOIÁS. Secretaria de Estado de Saúde. Goiás, 2020. Página Inicial. Disponível em: <https://www.saude.go.gov.br/>. Acesso em: 29 nov. 2021.

HOMAR, J. C.; MATUTANO, C. C. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual. **Atención Primaria**, [s. l.], v. 31, n. 1, p. 61-65, 2003. Disponível em: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13042583>. Acesso em: 29 nov. 2021.

PESQUISA EFETIVAPAS. **Efetividade da Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde em Cinco Regiões de Saúde no Brasil** [Projeto de Pesquisa]. Recife: IMIP-CONASS, 2020 (impresso).

PINTO JÚNIOR, E. P. et al. Efeito da Estratégia Saúde da Família nas internações por condições sensíveis à atenção primária em menores de um ano na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, e00133816, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00133816>. Acesso em: 29 nov. 2021.

PREVIATO, G. F. et al. Diminuição de internações por condições sensíveis à atenção primária em idosos no estado do Paraná. **Espaço para Saúde**, [s. l.], v. 18, n. 2, p. 15-24, 2017. Dis-

ponível em: https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/233/pdf_1. Acesso em: 29 nov. 2021.

SANTOS, L. P.R. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde, 2008-2015: uma análise do impacto da expansão da ESF na cidade do Rio de Janeiro. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 178-183, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462x201800020230>. Acesso em: 29 nov. 2021.

*Características do
Ambiente de Implantação
da Estratégia de
Planificação da Atenção
à Saúde*

Cadernos de Informação Técnica e Memória do CONASS
Conass Documenta

2022 – CONASS DOCUMENTA 42

Covitel: um retrato dos impactos da pandemia nos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis

2022 – CONASS DOCUMENTA 41

Regulação e Contratualização de Serviços Hospitalares no Sus

2022 – CONASS DOCUMENTA 40

Ciclos de Melhorias na Atenção Primária à Saúde

2021 – CONASS DOCUMENTA 39

Contribuições para a Avaliação da Efetividade da Planificação da Atenção à Saúde

2021 – CONASS DOCUMENTA 38

A Atenção Primária à Saúde no SUS: Avanços e Ameaças

2021 – CONASS DOCUMENTA 37

Pesquisa Multicêntrica Sobre Eventos Adversos Relacionados a Medicamentos

2020 – CONASS DOCUMENTA 36

Estudos sobre a Planificação da Atenção à Saúde no Brasil 2008 a 2019: uma Revisão de Escopo

2020 – CONASS DOCUMENTA 35

As Escolas Estaduais de Saúde Pública: contribuições pedagógicas e político-institucionais para o SUS

2020 – CONASS DOCUMENTA 34

Aprimoramento da Gestão de Segurança do Paciente no Plano Estadual de Saúde (PES) 2020-2023

2020 – CONASS DOCUMENTA 33

Guia de Contratação de Serviços e Aquisição de Soluções em Tecnologia da Informação para a Gestão Estadual do SUS

2019 – CONASS DOCUMENTA 32

Os desafios da Gestão do Trabalho nas Secretarias Estaduais de Saúde no Brasil

2018 – CONASS DOCUMENTA 31

Planificação da Atenção à Saúde: Um Instrumento de Gestão e Organização da Atenção Primária e da Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde

2018 – CONASS DOCUMENTA 30
O Direito Sanitário como instrumento de fortalecimento do SUS:
ênfase na Educação Permanente em Saúde

2015 – CONASS DOCUMENTA 29
2º Levantamento da Organização, Estrutura e
Ações da Área de Recursos Humanos das Secretarias Estaduais de Saúde

2015 – CONASS DOCUMENTA 28
Rede de Atenção às Urgências e Emergências:
Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)

2013 – CONASS DOCUMENTA 27
Seminário Internacional
Atenção Primária à Saúde: Acesso Universal e Proteção Social

2013 – CONASS DOCUMENTA 26
A Lei n.141/2012 e os Fundos de Saúde

2012 – CONASS DOCUMENTA 25
1ª Mostra Nacional de Experiências: o Estado e as Redes de Atenção à Saúde

2012 – CONASS DOCUMENTA 24
Liderança em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde

2011 – CONASS DOCUMENTA 23
Planificação da Atenção Primária à Saúde – APS

2011 – CONASS DOCUMENTA 22
Aperfeiçoamento em Gestão da Atenção Primária à Saúde – Agap

2010 – CONASS DOCUMENTA 21
As Oficinas para a Organização das Redes de Atenção à Saúde

2010 – CONASS DOCUMENTA 20
O Desafio do Acesso a Medicamentos nos Sistemas Públicos de Saúde

2009 – CONASS DOCUMENTA 19
O Sistema Único de Saúde e a Qualificação do Acesso

2009 – CONASS DOCUMENTA 18
As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e Perspectivas

2009 – CONASS DOCUMENTA 17
Violência: Uma Epidemia Silenciosa – Seminário Nacional:
Propostas, Estratégias e Parcerias por Áreas de Atuação

2008 – CONASS DOCUMENTA 16
Violência: Uma Epidemia Silenciosa – Seminários Regionais

2007 – CONASS DOCUMENTA 15

Violência: Uma Epidemia Silenciosa

2007 – CONASS DOCUMENTA 14
Gestão e Financiamento do Sistema Único de Saúde

2007 – CONASS DOCUMENTA 13
Relatório de Gestão da Diretoria do CONASS 2006/2007

2006 – CONASS DOCUMENTA 12
Fórum Saúde e Democracia: Uma Visão de Futuro para Brasil

2006 – CONASS DOCUMENTA 11
Relatório de Gestão da Diretoria do CONASS 2005/2006

2005 – CONASS DOCUMENTA 10
I Encontro do CONASS para Troca de Experiências

2005 – CONASS DOCUMENTA 9
I Encontro de Gestores Estaduais, Provinciais e
Departamentais de Sistemas Sul-Americanos de Saúde

2005 – CONASS DOCUMENTA 8
Relatório de Gestão da Diretoria do CONASS 2003/2005

2004 – CONASS DOCUMENTA 7
Acompanhamento e Avaliação da Atenção Primária

2004 – CONASS DOCUMENTA 6
Convergências e Divergências sobre a Gestão e Regionalização do SUS

2004 – CONASS DOCUMENTA 5
Assistência Farmacêutica: Medicamentos de
Dispensação em Caráter Excepcional

2004 – CONASS DOCUMENTA 4
Recursos Humanos: Um Desafio do Tamanho do SUS

2004 – CONASS DOCUMENTA 3
Para Entender a Gestão do Programa de Medicamentos de
Dispensação em Caráter Excepcional

2004 – CONASS DOCUMENTA 2
Atenção Primária – Seminário do CONASS para Construção de Consensos

2004 – CONASS DOCUMENTA 1
Estruturação da Área de Recursos Humanos nas
Secretarias Estaduais de Saúde dos Estados e do Distrito Federal

A ideia, ao se reformular o projeto gráfico do *CONASS Documenta*, está diretamente associada à assinatura da publicação – Cadernos de informação técnica e memória do CONASS – que além de não possuir uma periodicidade definida, aborda uma diversidade de conteúdos. A representação da etiqueta e da pasta plástica adotada na capa busca reafirmar o propósito de organizar, armazenar e distribuir o vasto conteúdo que o Programa Progestores se propõe a levar às Equipes Gestoras Estaduais do SUS e a pesquisadores de Saúde Pública por meio do *CONASS Documenta*.

Ao abrir a capa e adentrar a publicação, a marca *CONASS Documenta* dá espaço ao conteúdo, delegando às linhas e à cor a missão de manter a relação entre capa e miolo. As linhas utilizadas no miolo remetem às pautas de fichas e formulários, normalmente armazenados em pastas etiquetadas, mas o faz de forma sutil, buscando não interferir no fluxo de leitura.

O projeto gráfico do miolo é composto com as famílias tipográficas ITC Franklin Gothic Std e Charter BT, possui margens externas generosas a fim de oferecer conforto no manuseio do livro durante a leitura. O título corrente nas páginas pares possibilita a rápida identificação do exemplar quando fotocópias de parte do livro são utilizadas. Nas páginas ímpares, o logotipo *CONASS Documenta* complementa esta identificação. A numeração da página corrente em corpo destacado facilita a busca, e aplicada a cor predominante do volume, com contraste um pouco menor, diferencia-se nitidamente do corpo de texto corrido. O papel é o Alta Alvura, que possibilita um melhor contraste e fidelidade de cor.
