



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudeemdebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
Brasil

Rodrigues Pereira, Francilene Jane; Cavalcanti da Silva, César; de Andrade Lima Neto, Eufásio

Perfil das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária subsidiando ações de saúde nas regiões brasileiras

Saúde em Debate, vol. 39, núm. 107, outubro-diciembre, 2015, pp. 1008-1017

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406343696010>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# Perfil das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária subsidiando ações de saúde nas regiões brasileiras

*Profile of Hospitalization for Primary Care Sensitive Conditions subsidizing health activities in Brazilian regions*

Francilene Jane Rodrigues Pereira<sup>1</sup>, César Cavalcanti da Silva<sup>2</sup>, Eufrásio de Andrade Lima Neto<sup>3</sup>

**RESUMO** O estudo objetiva analisar dados de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária nas regiões brasileiras em 2014 por meio de estudo ecológico quantitativo, utilizando dados secundários do Sistema de Informações Hospitalares nas cidades com mais de 100 mil habitantes. Registraram-se 1.116.917 internações com taxas por 10 mil habitantes variando entre 89,81 (Sudeste) e 121,99 (Sul), com destaque para pneumonias, doenças cerebrovasculares e insuficiência cardíaca. Apesar dos valores aproximados entre as regiões, Norte e Sul apresentaram grupos com valores expressivos, representando critério direcionador de programas e ações diferenciadas para cada região do País.

**PALAVRAS-CHAVE** Atenção Primária à Saúde; Hospitalização; Indicadores de qualidade em assistência à saúde.

**ABSTRACT** *The study aims to analyze the data of Hospitalization for Primary Care Sensitive Conditions in the Brazilian regions in 2014 through quantitative ecological study, using secondary data from the Hospital Information System in cities with over 100,000 inhabitants. There is a register of 1.116.917 admissions with rates per 10.000 inhabitants ranging from 89.81 (Southeast) and 121.99 (South), especially pneumonia, cerebrovascular disease, and heart failure. Despite approximate values between regions, North and South groups presented significant values, representing guiding criteria of differentiated programs and actions for each region.*

**KEYWORDS** *Primary Health Care; Hospitalization; Quality indicators, health care.*

<sup>1</sup>Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde – João Pessoa (PB), Brasil.  
francilenejane@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde – João Pessoa (PB), Brasil.  
rasecprof@gmail.com

<sup>3</sup>Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde – João Pessoa (PB), Brasil.  
neto.eufra@gmail.com

## Introdução

O presente artigo objetiva a descrição e análise dos dados de registros por Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) nas cinco regiões brasileiras durante o ano de 2014.

As necessidades de saúde da população brasileira, ao longo das quase três décadas de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), vêm exigindo remodelamentos contínuos, porém é possível reconhecer que esse sistema apresentou melhorias desde os movimentos sociais que exigiram sua criação no bojo da Reforma Sanitária.

Muitos desafios e enfrentamentos persistem para a consolidação de um sistema de saúde que atenda às demandas populacionais de maneira efetiva e ágil. Na atualidade, a atenção e os esforços em ações e programas estão direcionados para a solidificação da Atenção Básica (AB), posto que se trata da principal porta de entrada do SUS com fins de acolhimento, escuta e resolução, em tese, da maior parte das necessidades de saúde da população com fins de garantir a integralidade na atenção à saúde (BRASIL, 2011; FIGUEIREDO, 2012).

A AB é definida pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como

um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. (BRASIL, 2012, P. 19)

prestando assistência contínua e integral a uma população definida de maneira organizada e interligada com os demais níveis de atenção (MENDES, 2009). Esse conceito fortalece os sistemas locais de saúde e consolida os princípios e diretrizes do SUS.

Nesse contexto, a AB, por meio de ações e programas de sua competência, deveria prevenir/tratar algumas patologias

advindas de sua comunidade adscrita, denominadas Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) ou Atenção Primária (ICSAP). Esse termo é uma tradução livre para o indicador de atividades hospitalares *Ambulatory Care Sensitive Conditions*, trabalhado por Billings *et al.* na década de 1990, nos Estados Unidos, como medida de efetividade da atenção primária que foi adaptado para as condições brasileiras e regulamentado pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008 (BRASIL, 2008; ALFRADIQUE *ET AL.*, 2009).

Constata-se que, quando ocorrem lacunas e/ou falhas nesse nível de atenção à saúde, a população busca diretamente os demais níveis, ocasionando as ICSAP. Esse indicador tem sido amplamente utilizado em países, como Espanha, Austrália e Canadá, que possuem o seu sistema de saúde alicerçado pelos cuidados primários (ELIAS; MAGAJEWSKI, 2008; CAMPOS; THEME-FILHA, 2012).

Destarte, altos valores de ICSAP podem representar fragilidades e/ou baixa resolução na porta de entrada do sistema. A identificação dos grupos mais prevalentes entre as populações permite a reestruturação de políticas e programas, bem como a reformulação de ações direcionadas às patologias em regiões específicas, pois o território brasileiro apresenta, além de uma vasta extensão, grande diversidade cultural, demográfica e socioeconômica. Esse fato justifica a necessidade de verificação de contrastes regionais e a busca de sua influência nas taxas de ICSAP nas cinco regiões do País, o que, entre outras vantagens, poderá subsidiar o planejamento e a tomada de decisões nessas localidades.

## Métodos

Trata-se de um estudo exploratório do tipo ecológico de natureza quantitativa, utilizando dados de ICSAP de 300 municípios brasileiros com população acima de 100 mil habitantes segundo estimativa do Censo Demográfico

Brasileiro para o ano de 2014 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014).

A construção do presente artigo segue os preceitos éticos demandados pelo Conselho Nacional de Saúde na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012), sendo submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, sob Protocolo nº 696/13 e CAAE: 25550013.0.0000.5188.

O material empírico foi constituído a partir de dados secundários do Sistema de Informações sobre Internações Hospitalares (SIH-SUS), disponível no endereço eletrônico [www2.datasus.gov.br](http://www2.datasus.gov.br), coletados por meio do *software TabWin 32*, que permite a tabulação dos dados segundo os critérios necessários para o estudo.

Os dados foram tabulados por grupo de ICSAP para cada um dos 300 municípios selecionados para o estudo, agrupados segundo as regiões onde estão localizados e analisados descritivamente.

Foi realizada a conversão dos dados brutos em taxas para inserir comparabilidade entre as regiões brasileiras, padronizando

os grupos de ICSAP para cada 10 mil habitantes conforme fórmula a seguir:

$$Tx = \frac{\text{Dados brutos das ICSAP por grupo e por região}}{\text{População da região (Estimativa CENSO 2014)}} \times 10.000$$

## Resultados e discussão

Todas as cidades brasileiras com 100 mil ou mais habitantes elencadas na Estimativa do Censo Demográfico IBGE 2014 foram utilizadas para o estudo. As 300 cidades foram subdivididas conforme suas respectivas regiões e representadas na *tabela 1*, exibindo uma representatividade de 55,80% da população brasileira, estando grande parte dessas cidades localizadas na região Sudeste (142). Essa região detém 43% da população do País, sendo, portanto, a mais populosa, além de possuir o maior valor de Produto Interno Bruto (PIB) (56%) e o segundo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do País (PEREIRA; SILVA; LIMA-NETO, 2014). Uma menor quantidade de cidades com 100 mil ou mais habitantes é registrada na região Centro-Oeste (19).

Tabela 1. Dados populacionais das cidades brasileiras com 100 mil ou mais habitantes segundo Estimativa do Censo Demográfico IBGE, 2014

	População Total	Nº cidades	População das cidades	% População
Norte	17.220.496	26	8.436.645	48,99%
Nordeste	56.186.190	61	22.947.490	40,84%
Sudeste	85.115.623	142	59.023.075	69,34%
Sul	29.016.114	52	14.098.434	48,59%
Centro-Oeste	15.219.608	19	8.647.488	56,82%
<b>Brasil</b>	<b>202.758.031</b>	<b>300</b>	<b>113.153.132</b>	<b>55,80%</b>

Fonte: IBGE, 2014.

Na *tabela 2*, visualizam-se as quantidades brutas de ICSAP segundo os grupos de patologias nas cinco regiões brasileiras e no

Brasil, bem como a representação percentual de cada grupo no total de internações.

Tabela 2. Condensado dos dados brutos dos grupos de ICSAP nas regiões brasileiras e Brasil e representação percentual de cada grupo no total das interações do País em 2014

Grupos/Regiões	N	NE	SE	S	CO	BR	%
G1 - Preveníveis por Imunização	451	1.644	2.505	725	492	5.817	0,52
G2 - Condições evitáveis	1.249	3.779	6.772	2.008	894	14.702	1,32
G3 - Gastroenterites	<b>16.526</b>	<b>21.392</b>	24.577	7.195	6.681	76.371	6,84
G4 - Anemia	165	966	1.279	658	323	3.391	0,30
G5 - Deficiências nutricionais	1.112	2.647	5.126	1.510	792	11.187	1,00
G6 - Infecções VAS	1.096	1.741	5.748	1.946	1.211	11.742	1,05
G7 - Pneumonias	<b>23.155</b>	<b>47.047</b>	<b>122.829</b>	<b>36.386</b>	<b>24.315</b>	<b>253.732</b>	<b>22,72</b>
G8 - Asma	4.761	12.140	16.761	5.221	3.031	41.914	3,75
G9 - Doenças pulmonares	4.693	12.078	36.439	14.931	5.093	73.234	6,56
G10 - Hipertensão	2.303	5.908	14.795	2.296	1.924	27.226	2,44
G11 - Angina	2.023	10.104	29.610	19.657	6.479	67.873	6,08
G12 - Insuficiência cardíaca	5.759	20.562	<b>52.844</b>	<b>16.314</b>	<b>8.597</b>	104.076	<b>9,32</b>
G13 - Doenças cerebrovasculares	6.225	<b>24.294</b>	<b>52.909</b>	<b>17.012</b>	7.128	107.568	<b>9,63</b>
G14 - Diabetes mellitus	4.906	11.635	23.683	7.249	4.452	51.925	4,65
G15 - Epilepsias	1.180	4.589	15.575	5.364	2.038	28.746	2,57
G16 - Infecções urinárias	<b>8.561</b>	15.258	49.712	16.079	<b>9.550</b>	99.160	8,88
G17 - Infecção pele e subcutâneo	7.215	11.436	28.281	5.763	4.219	56.914	5,10
G18 - Inflamação de órgãos pélvicos	1.614	2.657	5.481	1.580	953	12.285	1,10
G19 - Úlcera gastrointestinal	2.750	7.923	22.669	6.769	3.050	43.161	3,86
G20 - Relacionadas ao pré-natal e parto	2.446	5.186	12.480	3.319	2.462	25.893	2,32
<b>Total</b>	<b>98.190</b>	<b>222.986</b>	<b>530.075</b>	<b>171.982</b>	<b>93.684</b>	<b>1.116.917</b>	<b>100,00</b>

Fonte: BRASIL, 2014.

Nota: N - Norte, NE - Nordeste; SE - Sudeste; S - Sul; CO - Centro-Oeste; BR - Brasil.

Com relação às quantidades brutas nacionais de ICSAP, totalizaram-se, no ano de 2014, a ocorrência de 1.116.917 interações por essas causas, com maior percentual representado pelo grupo das pneumonias (22,72%), seguida das doenças cerebrovasculares (DCV) (9,63%) e insuficiência cardíaca (IC) (9,32%); e com menores valores, anemia (0,30%) e doenças preveníveis por imunização (0,52%).

As pneumonias bacterianas ocupam o grupo 7 no rol das ICSAP e podem ser: pneumocócica, por *haemophilus influenzae*, por *streptococcus*, bacteriana não esclarecida e

lobar não esclarecida. O grupo 13, DCV, compõe-se por acidentes vasculares isquêmicos transitórios, síndrome vascular cerebral, infarto cerebral, acidente vascular cerebral (AVC) não esclarecido como hemorrágico ou isquêmico, oclusão e/ou estenose de artéria pré-cerebral e/ou cerebral, outras doenças cerebrovasculares e sequela de doenças cerebrovasculares. Já o grupo 12, IC, comporta IC e edema agudo de pulmão (BRASIL, 2008).

Entre os anos de 2008 e 2012, em Brasília, os mesmos três grupos citados de patologias também apresentaram maior proporção entre as ICSAP, porém com as DCV seguida

da IC e pneumonias bacterianas (SILVA; PINTAS; RAMALHO, 2013). As pneumonias apresentaram incremento geral em 2006 em relação ao ano de 2000 e em relação ao ano de 1999 entre menores de 20 anos, apresentando-se, nesse último período (1999-2006), como terceira maior causa (PROJETO ICSAP, 2012; MOURA ET AL., 2010).

A IC ocupou o segundo maior percentual de ICSAP nas diferentes unidades federativas do Brasil (BOING ET AL., 2012) entre os anos de 1998 e 2009 e também no período com destaque para a faixa etária de 20 a 59 anos (2000-2006), em que ocupou a segunda maior representatividade (11%), e entre os idosos, que, especificamente no ano de 2000, apresentaram a IC congestiva como principal causa (22,3%) e DCV (12,9%) como terceira causa mais frequente (PROJETO ICSAP, 2012).

As doenças cardiovasculares apresentam-se como as principais causas de morte tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento. No Brasil, essas patologias, além de se destacarem pelos altos custos com internações hospitalares e medicamentos, também são as principais causas de óbitos, apresentando alta prevalência, com complicações associadas às DCV e às doenças isquêmicas do coração, impactando na morbidade das populações, ocasionando internações diversas e incidência de mortes precoces (VILLELA; GOMES; MELÉNDEZ, 2014).

Nas últimas décadas, uma série de medidas compostas por ações de prevenção, tratamento e reabilitação para os indivíduos acometidos por doenças cardiovasculares estão sendo priorizadas em algumas políticas e programas implementados pelo Ministério da Saúde, a exemplo da Política Nacional de Promoção da Saúde, contemplando o Programa Nacional de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus* (Hiperdia) com fins de minimizar a morbimortalidade por doenças cardiovasculares, que prioriza, entre as diversas ações, reduzir o número de internações, atendimentos de urgências, gastos com tratamentos e complicações, aposentadorias

precoces, proporcionando a melhoria da qualidade de vida dos portadores (VILLELA; GOMES; MELÉNDEZ, 2014).

No entanto, dadas as devidas exceções, esses programas não têm se mostrado efetivos nas diferentes regiões do País. Em algumas unidades é possível perceber que, na prática, as ações não têm sido suficientes para alterar o processo de adoecimento dos usuários. Tomando o Hiperdia como exemplo, identifica-se sua operacionalização apenas pela distribuição de medicamentos, verificação de níveis pressóricos e glicêmicos nos indivíduos cadastrados quando os recursos permitem a realização deles, sem o devido acompanhamento e monitoração de possíveis complicações inerentes a essas patologias.

Merece ainda destaque o fato de as doenças preveníveis por imunização perfazerem um dos menores percentuais de registros de ICSAP, revelando a eficácia do Programa Nacional de Imunização (PNI) e a evolução do sistema de saúde brasileiro em relação às décadas passadas, nas quais a maioria da população morria por causas dessa natureza. Ressalta-se, também, o papel da equipe de enfermagem na responsabilização operacional das salas de vacina, garantindo um recurso preventivo de alta eficácia para a população em uma de suas ações enquanto sujeito da AB (FERREIRA; DIAS; MISHIMA, 2012).

Sobre os três maiores valores absolutos de internações apresentados em cada região, tem-se: Norte – pneumonias, gastroenterites e infecções urinárias; Nordeste – pneumonias, DCV e gastroenterites; Sudeste – pneumonias, DCV e IC; Sul – pneumonias, DCV e IC; e Centro-Oeste – pneumonias, infecções urinárias e IC.

As pneumonias lideraram o quantitativo absoluto em todas as regiões. A perspectiva de a referida patologia atingir tanto crianças quanto idosos pode justificar os altos valores apresentados, tendo em vista o contingente populacional destas faixas etárias.

Essa prevalência é confirmada em estudo realizado em Santa Catarina, no

período de 1999 a 2004, no qual, entre as patologias, destacaram-se: diabetes *mellitus* (DM), pneumonia em menores de 5 anos e maiores de 60 anos, diarreia em menores de 5 anos, AVC e infarto agudo do miocárdio (IAM) (ELIAS ET AL., 2008).

Acrescenta-se, ainda, o fato de que ações direcionadas ao tratamento precoce dessas patologias sanariam grande número de internações nas referidas fases do desenvolvimento que representam maior fragilidade. A ocorrência em nível nacional sugere um programa de grande abrangência territorial.

O tratamento precoce também solucionaria as causas de infecção urinária apresentadas entre os altos valores nas regiões Norte e Centro-Oeste. Essa patologia, na maioria dos casos, acomete indivíduos adultos. Porém, para um tratamento eficaz, faz-se necessário exames que comprovem a patologia e/ou o organismo que está causando o processo infeccioso; no entanto, tais recursos, por serem escassos na AB, obrigam o encaminhamento para realização em outros serviços da rede, que por sua vez possuem altas demandas, gerando morosidade no diagnóstico e a busca direta dos usuários aos serviços terciários de atenção à saúde.

Seguidas das pneumonias, as regiões Sul e Sudeste apresentaram as DCV e a IC com valores aproximados entre si, e quando somadas, representam valores semelhantes ao identificado pelas pneumonias, porém com a diferença de ocorrerem, em sua maioria, entre idosos, consequentes ao déficit nas atividades preventivas e com comprometimento da qualidade de vida.

A prevalência dessas patologias nessa faixa etária é identificada em análise realizada nos períodos de 2000 a 2003 e de 2005 a 2007 na cidade de Caxias do Sul, em idosos, apontando a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), IC, DCV e angina pectoris como as de maior ocorrência (MURARO ET AL., 2013).

As doenças cardiovasculares, como a IC, e as DCV merecem destaque em virtude de

serem caracterizadas, mundialmente, pelas maiores causas de morbimortalidade e invalidez, que além de acometerem um grande número de pessoas, também representam elevados custos sociais e econômicos.

Os gastos com medicamentos, internações e atenção de alta complexidade possuem impacto significativo no orçamento dos órgãos financiadores da saúde. Em 2007, registrou-se 1.157.509 internações por doenças cardiovasculares no SUS (10,22% do total do País) com a IC como principal causa. Comparando com os custos, em novembro de 2009, foram registradas 91.970 internações, totalizando um custo de R\$ 165.461.644,33 segundo o Ministério da Saúde (Datasus). Outro agravante relacionado às doenças cardiovasculares que merece destaque é a doença renal terminal que ocasionou a inclusão de 94.282 indivíduos em programa de diálise no SUS e respondeu por 9.486 óbitos em 2007 (BOCCHI ET AL., 2012; PEREIRA ET AL., 2013).

Nas regiões Norte e Nordeste, as gastroenterites estiveram entre os três grupos de ICSAP com maiores valores, refletindo as condições socioeconômicas dessas regiões que ainda sofrem com altas taxas de analfabetismo funcional e precária infraestrutura instalada em algumas localidades, resultando em baixo conhecimento, condições de higiene precárias atrelado à baixa cobertura de esgotamento sanitário e poluição de rios.

Em estudo realizado no estado do Piauí, na região Nordeste, com o grupo etário menor de 5 anos entre os anos de 2000 e 2010, obtiveram destaque: as gastroenterites infecciosas e as complicações pneumonias bacterianas e asma (BARRETO; NERY; COSTA, 2012).

Nesse cenário, observa-se a necessidade de programas direcionados às pneumonias; infraestrutura nas unidades da Estratégia Saúde da Família ou contrarreferência efetiva entre outros níveis de atenção para realização de exames rápidos para diagnóstico de patologias e tratamento



precoces; maior foco nas atividades preventivas das doenças cardiovasculares, políticas de educação sanitária e infraestrutura de qualidade a população.

Na *tabela 3*, são visualizadas as taxas de ICSAP por 10 mil habitantes que permitem a comparação equivalente entre as diferentes regiões.

Tabela 3. Condensado das médias das taxas (por 10.000 hab) por grupos de ICSAP nas regiões brasileiras. 2014

Grupos/Regiões	N	NE	SE	S	CO	BR
G1 – Preveníveis por imunização	0,53	<b>0,72</b>	0,42	0,51	0,57	0,51
G2 – Condições evitáveis	1,48	<b>1,65</b>	1,15	1,42	1,03	1,30
G3 – Gastroenterites	<b>19,59</b>	9,32	4,16	5,10	7,73	6,75
G4 – Anemia	0,20	0,42	0,22	<b>0,47</b>	0,37	0,30
G5 – Deficiências nutricionais	<b>1,32</b>	1,15	0,87	1,07	0,92	0,99
G6 – Infecções VAS	1,30	0,76	0,97	1,38	<b>1,40</b>	1,04
G7 – Pneumonias	27,45	20,50	20,81	25,81	<b>28,12</b>	22,42
G8 – Asma	<b>5,64</b>	5,29	2,84	3,70	3,51	3,70
G9 – Doenças pulmonares	5,56	5,26	6,17	<b>10,59</b>	5,89	6,47
G10 – Hipertensão	<b>2,73</b>	2,57	2,51	1,63	2,22	2,41
G11 – Angina	2,40	4,40	5,02	<b>13,94</b>	7,49	6,00
G12 – Insuficiência cardíaca	6,83	8,96	8,95	<b>11,57</b>	9,94	9,20
G13 – Doenças cerebrovasculares	7,38	10,59	8,96	<b>12,07</b>	8,24	9,51
G14 – Diabetes mellitus	5,82	5,07	4,01	5,14	5,15	4,59
G15 – Epilepsias	1,40	2,00	2,64	<b>3,80</b>	2,36	2,54
G16 – Infecções urinárias	10,15	6,65	8,42	<b>11,40</b>	11,04	8,76
G17 – Infecção pele e subcutâneo	<b>8,55</b>	4,98	4,79	4,09	4,88	5,03
G18 – Inflamação de órgãos pélvicos	<b>1,91</b>	1,16	0,93	1,12	1,10	1,09
G19 – Úlcera gastrointestinal	3,26	3,45	3,84	<b>4,80</b>	3,53	3,81
G20 – Relacionadas ao pré-natal e parto	<b>2,90</b>	2,26	2,11	2,35	2,85	2,29
Média ICSAP por região	116,39	97,17	89,81	121,99	108,34	98,71

Fonte: BRASIL, 2014.

Nota: N – Norte, NE – Nordeste; SE – Sudeste; S – Sul; CO – Centro-Oeste.

Observa-se que as taxas de ICSAP apresentaram-se semelhantes entre as regiões brasileiras, variando entre 89,81/10.000 hab e 121,99/10.000 hab, com menor representação na região Sudeste, seguida do Nordeste, Centro-Oeste, Norte e a maior na região Sul. Em estudo realizado entre os anos de 1999 e 2007, o Sudeste também registrou as menores taxas de ICSAP (PROJETO ICSAP, 2012). No âmbito da saúde, a região Sudeste tem-se destacado pelo maior número médio de consultas médicas realizadas e menor proporção

de indivíduos internados entre as regiões do País. Entretanto, as maiores taxas registradas pela região Sul vão de encontro à característica de possuir os melhores indicadores de saúde (PEREIRA ET AL., 2014).

Direcionando-se o olhar isoladamente sobre as taxas dos três grupos mais prevalentes em cada uma das regiões, tem-se que os dados ratificam os grupos com maiores valores absolutos destacados na *tabela 2*.

Comparando-se as regiões entre si e identificando-se as regiões que



apresentaram as maiores taxas em cada grupo, tem-se que o Norte apresentou valores mais altos nas taxas de deficiências nutricionais, asma, hipertensão, DM, inflamação de órgãos pélvicos e doenças relacionadas ao pré-natal e parto, porém taxas com grande divergência entre as demais foram registradas pelas gastroenterites e infecção de pele e subcutâneo; o Nordeste, pelas doenças preveníveis por imunização e condições evitáveis, no entanto, sem muita discrepância em relação as demais; o Sudeste não apresentou nenhum grupo de patologia com a maior taxa entre as regiões; no Sul, observaram-se maiores taxas nos grupos de anemia, epilepsias, infecções urinárias e úlcera gastrointestinal, porém foram muito altas as taxas das doenças pulmonares, angina, IC e DCV; no Centro-Oeste, as infecções das Vias Aéreas Superiores e pneumonias, com leve aumento dessa últimas em relação as demais.

Corroborando os dados da região Sul, em estudo realizado em Curitiba entre anos de 2005 a 2007, as patologias angina pectoris, IC e gastroenterites infecciosas tiveram destaque (REHEM ET AL., 2013).

As regiões que apresentaram taxas muito superiores em relação as demais foram a Norte (gastroenterites e infecção de pele e tecido subcutâneo) e a Sul (doenças pulmonares, angina, IC e DCV), ressaltando-se as características socioeconômicas de cada localidade. A primeira com foco nas patologias infecciosas, relacionadas, em sua maioria, por práticas inadequadas de saneamento ambiental; e a segunda pelas patologias cardiopulmonares, resultantes das peculiaridades das atividades urbanas, representadas pela poluição, estresse, sobrecarga de trabalho, escassa disponibilidade de tempo para o lazer, descanso e atividades físicas que acenam os fatores de risco.

As limitações do estudo residem na utilização de banco de dados secundários, os quais estão sujeitos a erros de digitação e/

ou subnotificações, porém sua abrangência nacional permite a visualização de um panorama amplo das condições de saúde. No entanto, o uso contínuo dessas ferramentas com fins de ancoramento de pesquisas subsidia o alerta aos gestores dos sistemas de informação na cobrança de fidedignidade na alimentação dos bancos de dados, posto que, a partir deles, serão geradas publicações nacionais e internacionais sobre o sistema de saúde brasileiro.

## Conclusões

Contabilizou-se, no ano de 2014, mais de 1 milhão de ICSAP no território brasileiro entre os municípios com mais de 100 mil habitantes, destacando-se, com maiores percentuais: as pneumonias, as DCV e a IC.

Com relação às taxas totais apresentadas entre as regiões, observam-se valores aproximados entre elas, permitindo inferir que, apesar da heterogeneidade demográfica e socioeconômica existente, grandes divergências quantitativas não são evidenciadas. Contudo, no que se refere às taxas dos grupos de ICSAP prevalentes por região, percebe-se que, apesar do destaque atingido pelas pneumonias, que ocupam o primeiro lugar em todas as regiões, é possível observar padrões de patologias distintas ocupando o segundo e terceiro lugares, variando entre gastroenterites, infecção urinária, IC, DCV e angina.

No horizonte imediato, esse cenário poderá servir de embasamento para os gestores no sentido de subsidiarem propostas de ações de saúde em sua localidade para reduzir as taxas por essas patologias, além de fornecer aos pesquisadores dessa área um panorama para aprofundamento das problemáticas que incitam a ocorrência das ICSAP.

Sobre a contribuição dos autores, enfatiza-se a colaboração efetiva de todos na concepção, delineamento, metodologia, interpretação de dados, redação e revisão crítica do manuscrito. ■

## Referências

- ALFRADIQUE, M. E. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, 2009.
- BARRETO, J. O. M.; NERY, I. S.; COSTA, M. S. C. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 515-526, 2012.
- BOCCHI, E. A. *et al.* Atualização da diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica – 2012. *Arq Bras Cardiol*, Rio de Janeiro, v. 98, n. 1, supl. 1, p. 1-33, 2012.
- BOING, A. F. *et al.* Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. *Rev. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 46, n. 2, p. 359-366, 2012..
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 2012. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: 19 nov. 2015.
- . Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, n. 204, p. 55, 24 out. 2011.
- . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 221 de 17 de abril de 2008. [Sem descrição]. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 2008. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221\\_17\\_04\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html)>. Acesso em: 19 nov. 2015.
- . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional da Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2012. Anexo A, 2012. 110 p. Disponível em: <[189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf)>. Acesso em: 27 nov. 2015.
- . *Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS)*. 2014. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0901>>. Acesso em: 27 nov. 2015.
- CAMPOS, A. Z.; THEME-FILHA, M. M. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 845-855, 2012.
- ELIAS, E.; MAGAJEWSKI, F. A. Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. *Rev. Bras. Epidemiol*, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 633-647, 2008.
- FERREIRA, M., DIAS, B. M., MISHIMA, S. M. Internações por condições sensíveis: possibilidade de avaliação na atenção básica. *Rev. Eletr. Enf.*, [internet], v. 14, n. 4, p. 760-770, 2012. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/pdf/v14n4a03.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2015.
- FIGUEIREDO, E. N. A *Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS*. 2012. Disponível em: <[http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_conteudos/unidade05/unidade05.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf)>. Acesso em: 19 nov. 2015.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. *Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2014: metodologia*. 2014. Disponível em: <[ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas\\_de\\_Populacao/Estimativas\\_2014/nota\\_metodologica\\_2014.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2014/nota_metodologica_2014.pdf)>. Acesso em: 30 jan. 2015.
- MENDES, E. V. Agora mais que nunca: uma revisão bibliográfica sobre atenção primária à saúde. In: OFICINAS de planificação da Atenção Primária à Saúde nos estados: cadernos de apresentação. Brasília, DF: CONASS, 2009. Disponível em: <[www.conass.org.br/biblioteca/ccount/click.php?id=52](http://www.conass.org.br/biblioteca/ccount/click.php?id=52)>. Acesso em: 27 nov. 2015.
- MOURA, B. L. A. *et al.* Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*, Recife, v. 10, n. supl. 1, p. s83-s91, 2010.

MURARO, C. F. *et al.* Estratégia Saúde da Família e as Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária nos idosos. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 37, n. 1, p. 20-33, 2013.

PEREIRA, F. J. R.; SILVA, C. C.; LIMA NETO, E. A. Condições Sensíveis à Atenção Primária: uma revisão descritiva dos resultados da produção acadêmica brasileira. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 331-342, 2014.

PEREIRA, F. J. R. *et al.* Multiprofissionalidade em Saúde Cardiovascular: Atuação Integrada em Clínica Cirúrgica. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, João Pessoa, v. 17, n. 3, p. 209-216, 2013.

PROJETO ICSAP. *Avaliação do impacto das ações do programa de saúde da família na Redução das interações hospitalares por condições sensíveis à Atenção básica em adultos e idosos*. Relatório final de pesquisa. Belo Horizonte, 2012. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3261.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2015.

REHEM, T. C. M. S. B. *et al.* Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em uma metrópole brasileira. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 884-890, 2013.

SILVA, T. S.; PINTAS, C.; RAMALHO, W. *Interações hospitalares segundo Condições Sensíveis à Atenção Primária no DF: Análise dos anos de 2008 a 2012*. 51 f. 2013. Monografia (Graduação em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília. Brasília. 2013.

VILLELA, L. C. M., GOMES, F. E., MELÉNDEZ, J. G. V. Mortality trend due to cardiovascular, ischemic heart diseases, and cerebrovascular disease. *Rev. Enferm. UFPE on line*, Recife, v. 8, n. 9, p. 3134-3141, 2014.

Recebido para publicação em março de 2015  
Versão final em setembro de 2015  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve