



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

JULIANA PORTELA DE OLIVEIRA SANTOS

**ANÁLISE DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES
SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA NO DISTRITO
FEDERAL: 2016 A 2021**

Brasília - DF

2022

JULIANA PORTELA DE OLIVEIRA SANTOS

**ANÁLISE DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES
SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA NO DISTRITO
FEDERAL: 2016 A 2021**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Professor Orientador: Prof. Dr. Mauro Niskier Sanchez

Brasília – DF

2022

JULIANA PORTELA DE OLIVEIRA SANTOS

**ANÁLISE DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES
SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA NO DISTRITO
FEDERAL: 2016 A 2021**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como
requisito parcial para obtenção do título de Bacharel
em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Mauro Niskier Sanchez
Orientador

Prof.^a Dr.^a Maria Paula do Amaral Zaitune
Membro

Prof. Dr. Wallace dos Santos
Membro

Aprovado em:

Brasília, _____ de _____ de 2022.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, quero agradecer a Deus por ter me dado forças para chegar ao final do curso, visto que esses quatro anos de faculdade foram cheios de desafios e dificuldades.

Em segundo lugar, quero agradecer incondicionalmente e infinitamente à minha mãe, Auricélia Portela, que me deu todo o apoio necessário ao longo desse tempo, sempre colaborando comigo para que pudéssemos comemorar juntas o momento da formatura. Sou grata pela paciência e pelo carinho, pois sei que podemos listar inúmeras situações em que a senhora se esforçou até demais por mim.

Também quero agradecer a minha família, especialmente ao meu tio e padrinho Aluísio Portela. Você é muito importante para mim e tem um espaço reservado no meu coração.

Igualmente, aproveito a oportunidade para demonstrar minha gratidão ao professor Mauro e aos professores presentes na banca, haja vista que sem vocês, a realização do meu sonho não seria possível.

“Take these broken wings and learn to fly again, learn to live so free.” (Mr. Mister)

RESUMO

As internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAPs) representam hospitalizações que podem ser evitadas pela atenção primária à saúde (APS), principalmente por intermédio de ações de prevenção e ininterruptão dos cuidados. Para parametrizar quais enfermidades seriam consideradas condições sensíveis, no ano de 2008, o Ministério da Saúde publicou a portaria nº 221, que lista tais doenças de acordo com a Décima Classificação Internacional de Doenças (CID-10). No presente estudo, a proporção de ICSAPs foi utilizada como forma de mensuração da qualidade do atendimento fornecido pela APS no Distrito Federal, no período de 2016 a 2021, com o intuito de compreender se a atenção primária à saúde está conseguindo interferir nessas condições, principalmente após a conversão para o modelo de Estratégia Saúde da Família. Além disso, busca-se avaliar se a pandemia influenciou no indicador. Para a realização da pesquisa, utilizou-se dados disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares (SIH). Concluiu-se que a transição do modelo influenciou no indicador, tendo em vista que houve um aumento de casos em razão da ampliação da cobertura. Da mesma maneira, a pandemia também foi um fator de influência nas ICSAPs, pois houve uma queda considerável nas admissões hospitalares.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Hospitalizações; Indicador; Qualidade da assistência.

ABSTRACT

Hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions (HACSCs) represent hospitalizations that can be avoided by primary health care (PHC), mainly through prevention actions and non-interruption of care. To parameterize which diseases would be considered sensitive conditions, in 2008, the Ministry of Health published Ordinance No. 221, which lists such diseases according to the Tenth International Classification of Diseases (ICD-10). In the present study, the proportion of HACSCs was used as a way of measuring the quality of care provided by PHC in the Federal District, in the period from 2016 to 2021, in order to understand whether primary health care is managing to interfere in these conditions, especially after conversion to the Family Health Strategy model. In addition, it is sought to evaluate whether the pandemic influenced the indicator. To carry out the research, we used data available in the Hospital Information System (HIS). It was concluded that the transition of the model influenced the indicator, considering that there was an increase in cases due to the expansion of coverage. Similarly, the pandemic was also an influence factor in HACSCs, as there was a considerable fall in hospital admissions.

Keywords: Primary Health Care; Hospitalizations; Indicator; Quality of health care.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ACSC - *Ambulatory Care Sensitive Conditions*

APS - Atenção Primária à Saúde

CID-10 – Décima Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CSAP - Condições Sensíveis à Atenção Primária

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DF - Distrito Federal

ESF - Estratégia Saúde da Família

ICSAP - Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

NOB - Normas Operacionais Básicas

NOAS - Normas de Assistência à Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNHOSP - Política Nacional de Atenção Hospitalar

PSF - Programa Saúde da Família

RAS - Redes de Atenção à Saúde

SIH - Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SES-DF - Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Internações por ano de atendimento, no Distrito Federal, segundo grupos de Condições Sensíveis à Atenção Primária, 2016 a 2021.

Tabela 2 – Distribuição das internações no Distrito Federal, 2016 a 2021.

Tabela 3 – Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária por tipo de estabelecimento, no Distrito Federal, 2016 a 2021.

Tabela 4 – Internações prevalentes no Distrito Federal, segundo grupos de Condições Sensíveis à Atenção Primária, 2016 a 2021.

Tabela 5 – Tendência das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Distrito Federal, segundo grupos, 2016 a 2021.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Quantidade de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, por ano, no Distrito Federal, 2016 a 2021.

Gráfico 2 – Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária com tendência de aumento no Distrito Federal, no ano de 2021.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
JUSTIFICATIVA	15
Objetivo geral.....	16
Objetivos específicos.....	16
REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
1. Atenção hospitalar	17
1.1 Os primórdios da atenção hospitalar	17
1.2 A atenção hospitalar no Brasil	18
2. Redes de Atenção à Saúde (RAS)	19
3. Atenção Primária à Saúde (APS).....	20
3.1 Os primórdios da atenção primária à saúde	21
3.2 A atenção primária à saúde no Brasil.....	22
3.3 A atenção primária à saúde no Distrito Federal.....	23
4. Condições Sensíveis à Atenção Primária	25
5. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária	25
6. A pandemia de Covid-19	27
METODOLOGIA	29
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	30
CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40
APÊNDICES	50
ANEXOS.....	51

INTRODUÇÃO

Com a gênese do Sistema Único de Saúde (SUS), fez-se necessário o estabelecimento de regras para o seu funcionamento. Dessa forma, as Normas Operacionais Básicas (NOB) voltaram-se para a criação de condições para viabilizar o direito à saúde, enquanto as Normas de Assistência à Saúde (NOAS) determinaram a regionalização e a hierarquização dos serviços, a fim de fortalecer o sistema (BRASIL, 2002).

A partir disso, foi pactuado que o SUS deve se dividir em três níveis de atenção, sendo eles a atenção primária, secundária e terciária. A atenção primária à saúde é a porta de entrada do sistema, que garante o acolhimento inicial e o atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs). Já a atenção secundária é responsável pelos atendimentos especializados, ao passo que a atenção terciária, pelo atendimento hospitalar e de alta complexidade (MINAS GERAIS, 2015).

Portanto, o usuário do serviço deve seguir o fluxo proposto, buscando o primeiro atendimento na UBS, e caso seja necessário, sendo encaminhado adequadamente para os demais níveis. Baseado nisso, é possível articular a referência e a contrarreferência, permitindo a continuidade da atenção.

Com o passar dos anos, o Brasil encontra-se em uma veloz transição demográfica devido ao envelhecimento da população, e da mesma maneira, as causalidades das enfermidades também sofreram modificações, havendo uma forte predominância das doenças crônicas e de seus fatores de risco (FRENK, 2006).

Como consequência, a demanda hospitalar cresceu e as emergências ficaram sobrecarregadas, uma vez que o fluxo não é seguido e a procura por atendimento só acontece quando a doença está agravada. Logo, isso impossibilita que haja um contexto de cuidado continuado que evite esse tipo de internação (MASSARO; MASSARO, 2017).

Segundo Mendes (2010), o sistema voltou-se para a agudização das condições agudas e agudizações de condições crônicas. A ocorrência desse fato justifica-se em virtude da disseminação do modelo hospitalocêntrico ao longo da história, que dá mais valor à concepção médico-curativa e enfatiza a atenção apenas na doença.

Entretanto, é sabido que a atenção primária à saúde é a melhor forma para quebrar esse padrão, visto que sua atuação é voltada para viabilizar ações preventivas e curativas. Desse modo, se reconheceu a relevância da utilização do indicador de internações por condições sensíveis à atenção primária, originado nos Estados Unidos em 1990 e conhecido

internacionalmente como *Ambulatory Care Sensitive Conditions* (ACSC) (SOUSA, et al., 2016).

Seu objetivo é mensurar o desempenho da APS por meio da quantidade de internações que podem ser evitadas, e quanto menor o número de hospitalizações por condições sensíveis, melhor a capacidade de intervenção da atenção primária à saúde (SOUSA, et al., 2016).

No Brasil, a iniciativa para utilizar o indicador ocorreu em 2007, quando o Ministério da Saúde realizou um levantamento das listas nacionais e internacionais sobre as condições sensíveis à atenção primária (CSAP), a fim de formar uma classificação própria que considerasse a realidade do território (SOUSA, et al., 2016).

No ano seguinte, foi publicada a portaria nº 221/2008 (vide anexo A), que classificou as doenças em grupos, consoante a Décima Classificação Internacional de Doenças (CID-10), construindo assim uma maneira de avaliar a APS e evidenciar os percalços entre os níveis de atenção (SOUSA, et al., 2016).

Adotando as internações por CSAP, como um indicador de efetividade, no sentido de avaliar os serviços de saúde no nível primário, pode-se perceber que este fornece subsídios ao planejamento de ações de saúde, permitindo realizar uma avaliação da efetividade dos serviços, programas e políticas (FERREIRA; DIAS; MISHIMA, 2012, p. 761).

Destarte, parte-se da premissa de que o fortalecimento da atenção primária à saúde pode reduzir o número de hospitalizações por CSAPs e desafogar o sistema hospitalar, devido ao seu grande potencial de intervenção e sua proximidade com a comunidade. No entanto, se os cuidados ofertados não estão sendo suficientes para suprir as demandas de saúde da população, aponta-se uma contraposição aos conceitos básicos da APS.

No que se refere ao DF, no ano de 2017, a Secretaria de Estado de Saúde (SES-DF) empreendeu a transição do modelo tradicional para a Estratégia Saúde da Família. A mudança, conhecida como “Converte APS”, teve o intento de aumentar a cobertura da atenção primária à saúde no território, por intermédio da reorganização das equipes (DISTRITO FEDERAL, 2016).

Em 2017 as Portarias nº 77 e nº 78, atualizaram a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal e propuseram a conversão de todas as Unidades Básicas de Saúde para o modelo de ESF. As Portarias estabeleceram diretrizes comuns para a SES/DF, e incentivaram que a implantação fosse regionalizada, valorizando as singularidades dos territórios (MARQUES, et al., 2018, p. 52).

O estudo, que foi realizado por intermédio da análise dos dados dispostos no SIH/SUS, pode oportunizar o levantamento de aspectos que apontem pontos de melhoria, a fim de beneficiar os cidadãos assistidos no sistema de saúde. Ademais, visa verificar se a

atenção primária à saúde do DF está conseguindo interceder nessas condições, em razão da reorganização da APS no território.

Ainda neste bojo, busca-se compreender o quão a pandemia de Covid-19 influenciou nas ICSAPs no Distrito Federal, atentando-se que o isolamento social impediu que muitos indivíduos procurassem os serviços de saúde, majoritariamente por medo da infecção.

JUSTIFICATIVA

As internações por condições sensíveis à atenção primária exprimem parte das hospitalizações por doenças que podem ser evitadas pela APS, especialmente por meio de intervenções que propiciem o acompanhamento longitudinal.

Embora a atenção primária à saúde organize, articule a rede e represente a porta de entrada dos usuários, se os cuidados ofertados não forem o bastante para sanar os problemas de saúde da população, os agravos necessitarão de intervenção hospitalar e do uso de tecnologias mais caras.

Além disso, o modelo hospitalocêntrico disseminado ao longo da história tornou a atenção hospitalar como sinônimo de atenção à saúde, focando na doença e relativizando os demais fatores que poderiam causar adoecimentos (MATTA; MOROSINI, 2008).

Por isso, os hospitais ficam sobrecarregados, e a atenção oferecida foca exclusivamente no alívio imediato dos sintomas, impossibilitando um cuidado integral. Todavia, é sabido que a APS tem competência para tratar e acompanhar inúmeras enfermidades, pois sua atuação é direcionada para a promoção de ações preventivas e curativas. Logo, isso evita que alguns casos se tornem graves e necessitem de encaminhamento para a atenção terciária.

Portanto, percebe-se a relevância de levar em consideração a quantidade de ICSAPs como indicador de qualidade, visto que pode ser interpretado como instrumento de avaliação da APS. Por conseguinte, as lacunas apontadas podem promover a melhoria da assistência prestada (BRASIL, 2008).

Isto posto, a pesquisa visa verificar se a atenção primária à saúde está conseguindo intervir nessas condições no DF, mediante análise dos dados quantitativos gerados pelo SIH/SUS, apoiando-se na hipótese de que o fortalecimento da APS pode diminuir o número de internações e desafogar os hospitais.

À vista disso, espera-se que os resultados possam revelar se a reorganização do modelo impactou a qualidade da APS, se a pandemia foi um fator de influência na procura da assistência e se a doença afetou a capacidade do serviço.

Outrossim, o estudo nesta área é de suma importância, pois levanta aspectos que favorecem a elucidação de aspectos que são passíveis de melhorias, a fim de beneficiar a população.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Descrever o perfil das internações por condições sensíveis à atenção primária no Distrito Federal, no período de 2016 a 2021.

Objetivos específicos

- Especificar as internações por condições sensíveis à APS no DF, de acordo com a lista CID-10;
- Verificar a influência do Converte APS nas internações por condições sensíveis à APS no DF;
- Avaliar o efeito da pandemia de Covid-19 nas internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde no DF.

REFERENCIAL TEÓRICO

1. Atenção hospitalar

1.1 Os primórdios da atenção hospitalar

Ao longo da história, o termo “hospital” passou por diversas mudanças conceituais, haja vista que no passado, referia-se ao local que recebia pobres, peregrinos e enfermos. Entretanto, não havia a definição de um espaço assistencial específico, pois conforme as escritas de Heródoto, os doentes eram conduzidos ao mercado para que os transeuntes sugerissem tratamentos (LISBOA, 2002).

Embora o hospital tenha sua origem na época anterior à era cristã, a maioria dos atendimentos eram feitos por instituições religiosas. Dessa forma, o cristianismo foi o precursor da assistência, mesmo que de forma genérica (BRASIL, 1944).

Com o progresso da civilização e o desenvolvimento das religiões, principalmente a cristã, este movimento foi tomando corpo até atingir, em curva de ascensão rápida, a culminância dos tempos atuais em que se multiplicam, sob as mais variadas formas, os serviços de assistência social, pública e privada (BRASIL, 1944, p. 10).

Sendo assim, o hospital como instrumento terapêutico é um entendimento contemporâneo que advém do século XVIII, dado que antes do período, era visto como um local de exclusão, onde o indivíduo pudesse apenas morrer. Portanto, as instituições almejavam a recuperação espiritual e não a assistência médica (FOUCAULT, 1984).

A origem da reorganização hospitalar fundamentou-se nos hospitais militares e marítimos, pois com novas técnicas armamentistas, era preciso tratar os soldados que se feriam em batalhas. Com o deslocamento da intervenção médica e da disciplinarização do espaço hospitalar, as instituições foram transformadas em mecanismo de cura, o que permitiu mudanças na organização vigente (FOUCAULT, 1984).

Entre o término do século XIX e começo do século XX, o desenvolvimento tecnológico e o advento da medicina científica deram continuidade na remodelação das atribuições do hospital, o tornando a principal instituição de intervenções terapêuticas para a comunidade (RUTHES; CUNHA, 2007).

Na sociedade moderna, o hospital simboliza uma entidade multifacetada, pois engloba o desenvolvimento contínuo dos conhecimentos, das habilidades técnicas, das tecnologias e dos equipamentos. Logo, existe uma grande exigência de coordenação para

torná-lo resolutivo, em virtude da necessidade de sanar os problemas de saúde de quem procura o serviço (RUTHES; CUNHA, 2007).

Porém, embora o hospital represente um grande avanço na história e tenha seu devido valor, ainda deve-se considerar que o atendimento prestado não é capaz de avaliar as demandas mais subjetivas da população, pois os determinantes sociais não são observados, impedindo o conhecimento das condições que estão por trás do adoecimento.

1.2 A atenção hospitalar no Brasil

Conforme Susart et al. (2021), a atenção hospitalar brasileira teve sua origem na assistência médico-previdenciária, pois antes do SUS, a saúde pública ficava a cargo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Por efeito, apenas as pessoas que trabalhavam com carteira assinada tinham assistência, ao passo que o restante da população não tinha acesso à saúde.

Com a criação do SUS, a assistência hospitalar foi estendida para toda a população, visando cumprir os seus princípios norteadores - a universalidade, a equidade e a integralidade.

Para corroborar com tais ideias, a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) foi instituída com o intuito de estabelecer diretrizes para aprimorar a assistência hospitalar, a partir da cooperação entre as esferas governamentais (BRASIL, 2013).

A assistência hospitalar no SUS será organizada a partir das necessidades da população, com a finalidade de garantir o atendimento aos usuários, baseado em equipe multiprofissional, na horizontalização do cuidado, na organização de linhas de cuidado e na regulação do acesso (BRASIL, 2013, art. 8).

Logo, nota-se que a atenção terciária é um serviço complexo, mas em contrapartida é fundamental, visto que está presente em praticamente todo o Brasil e os atendimentos são capazes de reduzir a morbimortalidade (O'DYWER; OLIVEIRA; SETA, 2009).

Entretanto, apesar de existirem estratégias de aperfeiçoamento, sabe-se que a assistência em questão não permite a criação de vínculos entre o profissional e a comunidade, uma vez que as instituições hospitalares funcionam por demanda espontânea. Além disso, os hospitais atendem muitos casos que poderiam e deveriam ser acompanhados pela atenção primária à saúde.

Durante as últimas décadas, houve um aumento constante na utilização pelo público dos serviços hospitalares de emergência. [...] cerca de 65% dos pacientes atendidos poderiam ter sido atendidos em ambulatórios. Desses, 36% não darão seguimento ambulatorial à patologia que motivou a procura ao serviço de emergência (O'DYWER; OLIVEIRA; SETA, 2009, p. 1882).

Esse fato resulta na sobrecarga da atenção terciária, porque o excesso de demanda torna o serviço mais difícil. Por conseguinte, o número de profissionais é insatisfatório, a ocupação dos leitos fica acima da capacidade, faltam materiais e equipamentos, e a verba é insuficiente (O'DYWER; OLIVEIRA; SETA, 2009).

Ademais, o atendimento hospitalar também deixa a desejar na humanização, pois na década de 2000, o Ministério da Saúde identificou uma alta quantidade de reclamações relacionadas aos maus tratos sofridos nos hospitais (BRASIL, 2001).

Dessa forma, o modelo hospitalocêntrico não se mostra resolutivo, pois não é viável considerar apenas uma forma de assistência. Logo, é fundamental reconhecer a importância do conjunto da rede de serviços, com o intuito de articular o acolhimento antes e depois da hospitalização.

2. Redes de Atenção à Saúde (RAS)

O processo de descentralização da gestão para os estados e municípios favoreceu a autonomia dos gestores, mas ao mesmo tempo, a atenção terciária manteve-se complexa e com dificuldades para dialogar com os outros níveis de atenção. Em virtude disso, surgiu a necessidade da criação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (SUSART, et al., 2021).

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população (MENDES, 2010, p. 2300).

A intenção das redes é favorecer um cuidado oportuno e buscar a melhor maneira de otimizar o serviço de saúde, mas para funcionarem de maneira adequada, devem ser compostas por três elementos. O primeiro é a população, que simboliza o foco das intervenções sanitárias a partir do contexto cultural em que os indivíduos estão inseridos. Além disso, a comunidade deve ser vinculada à UBS da região, permitindo a identificação das subpopulações com fatores de risco, sejam socio sanitários e/ou de saúde (MENDES, 2010).

O segundo elemento das RAS é a estrutura operacional, que caracteriza as conexões de comunicação dentro do sistema de saúde, possibilitando os devidos direcionamentos, mediante o ordenamento do fluxo e do contra fluxo (MENDES, 2010).

A estrutura operacional das redes de atenção à saúde compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação, a atenção primária à saúde; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança da rede de atenção à saúde. Os três primeiros correspondem aos nós das redes e o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós. E o

quinto, o componente que governa as relações entre os quatro primeiros (MENDES, 2010, p. 2301).

O terceiro e último elemento consiste nos modelos de atenção à saúde, que remetem às formas de organização do funcionamento das RAS. Dessa forma, baseiam-se na articulação das relações entre a população e as subpopulações de risco, além de considerar os determinantes sociais para aplicar intervenções sanitárias (MENDES, 2010).

Isto posto, percebe-se que as redes são capazes de diminuir custos, melhorar a qualidade da assistência prestada, dos resultados sanitários e da satisfação dos usuários, afetando positivamente nos níveis de atenção.

Não obstante, considerando uma perspectiva internacional, ainda se nota a permanência dos sistemas fragmentados, que se voltam para as condições agudas e são incapazes de prestar a assistência de forma contínua, visto que não há comunicação entre os níveis de atenção (MENDES, 2010).

A fragmentação nos sistemas universais de saúde é elemento de análise assumido como alvo de esforços investigativos para compreender sua gênese e seus fatores causais relevantes, especialmente no que se refere as suas repercussões quanto às perspectivas, aos desafios e à sustentabilidade do modelo de sistema de saúde [...] (BELTRAMMI; REIS, 2019, p. 95).

Esse problema impossibilita que a atenção primária à saúde seja a coordenadora do cuidado, além de tornar o sistema ineficaz e reiterar indiretamente - e erroneamente - que a assistência hospitalar é a porta de entrada para qualquer condição aguda ou crônica.

A fragmentação do SUS como uma situação hegemônica impede, concretamente, o sistema de, primeiramente, ser de verdade um sistema e cumprir com seus princípios constitucionais de universalidade, integralidade e igualdade, além do caráter descentralizado e com participação popular (MAGALHÃES JÚNIOR, 2014, p. 17).

Consoante Oliveira (2019), o Brasil vive uma transição demográfica acelerada, pois as quedas de natalidade e de mortalidade estão causando o envelhecimento da população. Por consequência, as doenças crônicas estão predominando.

Em razão disso, ressalta-se a importância da articulação adequada das redes, pois tais enfermidades podem ser acompanhadas pela APS, evitando a superlotação dos hospitais e a agudização de quadros crônicos (MENDES, 2010).

Evidências indicam que a busca das emergências por motivos que poderiam ser resolvidos pela APS pode estar ligada a ausência de cobertura, má qualidade da cobertura, dificuldade de acesso aos serviços e questões culturais, somando-se ainda, no caso do DF, à falta de uniformidade no modelo de prestação do serviço na APS, com predominância do modelo tradicional (CORRÊA, et al., 2019, p. 2033).

3. Atenção Primária à Saúde (APS)

3.1 Os primórdios da atenção primária à saúde

Conforme Lavras (2011), o primeiro apontamento documental que conceituou a APS foi o Relatório Dawson, de 1920. O assunto foi abordado como uma forma de organizar os serviços de saúde sob um panorama de organização regionalizada e hierarquizada, considerando uma base geográfica adscrita.

Outro marco de suma importância para a atenção primária à saúde foi a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que ocorreu em 1978 e deu origem à Declaração de Alma-Ata. O documento afirma que a saúde é um direito humano fundamental e que os cuidados primários são primordiais para que o mundo atinja um nível de saúde satisfatório (BRASIL, 2002).

Além disso, o Relatório Mundial da Saúde, divulgado em 2008 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), salientou a indispensabilidade do estabelecimento de sistemas de atenção que sejam fundamentados em uma APS fortalecida e qualificada (LAVRAS, 2011).

Percebe-se que os esforços para o reconhecimento do potencial da atenção primária à saúde são antigos e mundiais, haja vista que esse modo organizativo é conhecido por gerar maior eficácia ao estabelecer a coordenação de todos os serviços.

A Atenção Primária é aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns e raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros (STARFIELD, 2002, p. 28).

Dado o exposto, a APS é legitimada como um elemento basilar nos sistemas de saúde, porque é capaz de reorganizar o serviço e modificar a prática clínico-assistencial dos profissionais. Para isso, é orientada por quatro atributos, que são a atenção ao primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

O primeiro atributo representa o acesso aos serviços, isto é, a APS deve ser vista como o primeiro recurso a ser buscado quando há um problema de saúde. O segundo diz respeito ao vínculo entre os profissionais e usuários, enquanto o terceiro simboliza a construção de ações intersetoriais para garantir o cuidado integral. Por fim, o último atributo caracteriza a articulação entre os serviços e ações de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Os quatro atributos são fundamentais para que a APS assuma a coordenação das redes de atenção à saúde. Contudo, a coordenação tem maior importância relativa, já que, sem ela, o primeiro contato tornar-se-ia uma função puramente administrativa, a longitudinalidade perderia muito de seu potencial e a integralidade ficaria comprometida (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013, p. 161).

Esse tripé favorece a resolubilidade da atenção primária à saúde, considerando que as necessidades em saúde são complexas e não podem ser interpretadas por uma lógica isolada, já que o adoecimento vai muito além da queixa principal.

3.2 A atenção primária à saúde no Brasil

Desde a década de 1920, o Brasil ensaiou várias formas de organizar a atenção primária à saúde, desde o surgimento dos Centros de Saúde Escola, até o movimento da reforma sanitária. Entretanto, o maior impulso ocorreu com a criação do SUS, especialmente com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991 (LAVRAS, 2011).

O programa atuava identificando os problemas de saúde da população, mediante visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), que passavam por treinamentos para realizar intervenções (LEVY; MATOS; TOMITA, 2004).

Contudo, por mais que os ACSs gerassem resultados, ainda não era o suficiente, pois era preciso reorientar o modelo assistencial a partir da APS. Desse modo, em 1994, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), com o propósito de aumentar o acesso ao sistema de saúde e fomentar ações de prevenção e promoção da saúde (ROSA; LABATE, 2005).

Com o passar dos anos, o programa se expandiu e tornou-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), visando consolidar ainda mais a atenção primária à saúde, com base na integração de uma equipe multiprofissional.

A ESF foi implementada como um instrumento de ampliação, aprimoramento e fortalecimento da APS no Brasil e tem impactado positivamente o acesso e a utilização de serviços de saúde, melhorado a eficiência do SUS e a condição de saúde das populações assistidas por ela (SILVA; PINHEIRO; LOYOLA FILHO, 2021, p. 8).

Dando continuidade aos avanços, no ano de 2006, foi estabelecida a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a qual já passou por duas modificações ao longo de sua vigência. Sua finalidade é instituir diretrizes para a organização da APS na RAS, permitindo o acesso, a continuidade do cuidado, a humanização e o vínculo (BRASIL, 2012).

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012, p. 9).

Apesar do reconhecimento da importância da atenção primária à saúde, faz-se necessário articular as três esferas de governo para que o financiamento seja suficiente, a fim

de capacitar os profissionais de saúde, prover espaços físicos acolhedores, dentre outras demandas que são fundamentais para seu funcionamento.

Com o aporte financeiro adequado, a atenção primária à saúde fica fortalecida e pode oportunizar o cuidado acolhedor e longitudinal, além de facilitar o ordenamento do fluxo. Isso permite que o usuário consiga ter sua demanda resolvida na UBS, e caso necessite de um nível mais complexo de atenção, possa ser encaminhado, e mesmo após o atendimento, consiga retornar ao ponto de partida para ser acompanhado pela APS.

Além disso, a atenção primária à saúde necessita igualmente de recursos humanos, estruturais e físicos para permitir que o cuidado ofertado seja adequado, pois a falta deles também prejudica o serviço.

Embora a APS seja considerada imprescindível para a efetividade dos sistemas de saúde, ainda enfrenta muitos desafios para que possa desempenhar seu papel de organizadora do sistema e coordenadora do cuidado em saúde. A carência de infraestrutura adequada nas unidades da ESF, a baixa densidade tecnológica, a falta de profissionalização da gestão, a ausência de equipes multiprofissionais, a precarização nas relações de trabalho, a fragilidade do modelo de atenção para dar conta de uma situação com forte prevalência de condições crônicas, a fragmentação da oferta de ações e serviços de saúde e o subfinanciamento são os principais entraves para que a APS seja uma realidade no Brasil (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013, p. 163).

Estudos realizados em países industrializados indicam que investir na APS é mais vantajoso, em razão de sua relação custo-efetividade. Quando a atenção primária à saúde é forte, há melhoria de indicadores, redução nas taxas de internações evitáveis e menores disparidades socioeconômicas na saúde (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Consoante Pinto et al., (2019, p. 2106), “existem evidências nacionais e internacionais de que uma APS forte é o modelo de atenção mais adequado para responder à transição epidemiológica e demográfica vivenciada no momento”.

O Brasil apresenta um dos maiores sistemas de saúde universal do mundo, ancorado em extensa rede de APS, mas que apresenta problemas crônicos de financiamento, gestão, provisão de profissionais e estruturação dos serviços. Mesmo com estes entraves, a APS brasileira tem alcançado resultados positivos, que a destacam em âmbito internacional (SARTI, et al., 2020, p. 2).

3.3 A atenção primária à saúde no Distrito Federal

O ordenamento da assistência da APS no Distrito Federal compete à Secretaria de Estado de Saúde (SES-DF), e no ano de 2016, o órgão publicou o decreto nº 37.515, que instituiu o Programa de Gestão Regional da Saúde. Diante disso, foram estabelecidas sete regiões de saúde (vide apêndice A), para promover a expansão da atenção integral (DISTRITO FEDERAL, 2016).

Desde o ano em questão, iniciou-se o processo de conversão do modelo tradicional para a Estratégia Saúde da Família. A primeira iniciativa foi o projeto “Brasília Saudável”, que surgiu para fortalecer a APS com foco na ESF, a partir da reorganização das equipes (DISTRITO FEDERAL, 2016).

De acordo com a gestão, a maioria dos profissionais eram especialistas e não trabalhavam na atenção primária à saúde, o que a tornava enfraquecida e irresoluta. Portanto, a modificação do serviço seria benéfica, por que ampliaria a cobertura para cerca de 70% da população (BOUSQUAT; GOMES; BARROS, 2019).

Nesse bojo, no ano de 2017, nasce o movimento “Converte APS”, alicerçado nos termos na PNAB e da resolução nº 465/16 do Conselho de Saúde do Distrito Federal. O documento determinou que a ESF fosse considerada como estratégia prioritária da SES-DF, sendo incumbida pela reorganização do modelo assistencial (DISTRITO FEDERAL, 2016).

Para orientar a mudança que estaria por vir, foram instituídas as portarias nº 77 e nº 78, considerando que a transição precisava ser construída por meio de normativas (BOUSQUAT; GOMES; BARROS, 2019).

Enquanto a portaria nº 77 estabeleceu a política de APS do DF, a portaria nº 78 regulamentou o processo de conversão da APS ao modelo da ESF. À vista disso, a última portaria materializa a Estratégia Saúde da Família como política de Estado (BOUSQUAT; GOMES; BARROS, 2019).

Consoante Bousquat, Gomes e Barros (2019, p. 22), “[...] aliado às peculiaridades administrativas e disparidades socioeconômicas e regionais do DF, deflagrou-se o movimento interno de reforma administrativa do SUS, que culminou no Converte”.

Anteriormente, o Distrito Federal se dividia em 15 Coordenações Regionais de Saúde, o que gerava desigualdade, desintegração da gestão e crescimento de custos administrativos. Em virtude disso, foi definido que a nova estrutura regionalizada seria capaz de considerar as bases geográficas e levar em conta as especificidades regionais (GOTTENS, et al., 2017).

Cada uma das 7 Regiões de Saúde elaborou seu plano de conversão baseado na normativa e respeitando suas especificidades estruturais, características populacionais, disponibilidade e perfil dos profissionais. Os planos foram analisados e aprovados pelas equipes da Coordenação de Atenção Primária à Saúde - COAPS, da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde e pelo Gabinete da SES DF (CORRÊA, et al., 2019, p. 2036).

A mudança mais importante da normativa foi a territorialização, pois desde a sua vigência, os usuários do serviço devem ser cadastrados na UBS de referência, conforme seu local de moradia. Mediante a nova estrutura, o intuito é realizar o diagnóstico da situação de

saúde, a fim de identificar as potencialidades e fraquezas regionais (DISTRITO FEDERAL, 2017).

Nesse percurso, os habitantes e trabalhadores da saúde, desterritorializados de outras origens, vão se reconhecendo e interagindo de modo a constituir uma nova territorialidade e assim conformar sua identidade individual e coletiva, protagonistas da sua própria reterritorialização (GOTTENS, et al., 2017, p. 23).

Conseqüentemente, a reestruturação se propôs a superar o isolamento das UBSs e auxiliar na melhoria de indicadores, visto que a análise situacional considera o território adstringido e possibilita intervenções sanitárias de acordo com a população em questão (GOTTENS, et al., 2017).

4. Condições Sensíveis à Atenção Primária

Atentando-se ao cenário mundial, é perceptível a existência de estudos que delimitam os problemas de saúde que devem ser tratados pela APS. Portanto, o conceito é conhecido internacionalmente como *Ambulatory Care Sensitive Conditions*, que na tradução livre para o português, refere-se às condições sensíveis à atenção primária (ALFRADIQUE, et al., 2009).

A primeira utilização do método foi descrita por Billings na década de 1990, que objetivou mensurar o acesso à saúde da comunidade indigente de Nova York. A tese por trás disso afirmava que se um dado diagnóstico pode ser evitado ou controlado, a necessidade de internação também pode. Logo, se as ações ambulatoriais são insuficientes, resultam-se em internações que poderiam ser dirimidas (SARMENTO; ROCHA; SANTANA, 2020).

De forma geral, a definição exprime um agrupamento de patologias que podem ser evitadas se houver uma satisfatória atuação da APS. Por isso, o objetivo é prevenir, diagnosticar e tratar precocemente as doenças agudas, à medida em que se controlam as doenças crônicas (ALFRADIQUE, et al., 2009).

5. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária

Partindo do raciocínio das CSAPs, utiliza-se a quantidade de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária para avaliar a APS, sendo um indicador conhecido mundialmente.

No Brasil, seu uso foi iniciado em 2007, quando o Ministério da Saúde constituiu um grupo técnico para realizar pesquisas das listas nacionais de CSAPs, bem como as internacionais (SOUSA, et al., 2016).

Alguns critérios nortearam a escolha dos diagnósticos para composição da lista brasileira: deveriam ser de fácil diagnóstico, possuir evidências científicas sensíveis à APS e que esse nível de atenção disponibilizasse meios de resolver a condição e/ou prevenir os fatores que culminariam em internação hospitalar. Além disso, os grupos de causa analisados não poderiam ser considerados raros e nem induzidos por aportes financeiros. Após análises e discussões, a lista brasileira foi construída, levando-se em consideração o contexto de saúde e perfil epidemiológico do país (SOUSA, et al., 2016, p. 119).

A partir disso, em 2008, foi instituída a portaria nº 221, que determinou a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, sendo composta por 19 grupos de enfermidades separadas por CID-10. Desde então, a lista é utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária à saúde e/ou hospitalar nas três esferas de governo (BRASIL, 2008).

O propósito de uma lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária é desenvolver mais uma ferramenta que possa contribuir para avaliar a atenção primária no país e comparar seu desempenho. A institucionalização do uso de indicadores como as internações por condições sensíveis à atenção primária faz parte de uma estratégia para aprimorar o planejamento e gestão dos serviços de saúde por autoridades nacionais, estaduais e locais (ALFRADIQUE, et al., 2009, p. 1338).

Nos anos seguintes, o indicador ainda era considerado incipiente, tendo em vista que poucas secretarias estaduais e municipais buscavam empregá-lo em suas estratégias de avaliação de desempenho. Porém, com o passar do tempo, o aumento de artigos científicos sobre o assunto indica o interesse progressivo em sua utilização em todo o mundo (RODRIGUES-BASTOS, et al., 2013).

Entretanto, apesar da existência da portaria, existem outras listas brasileiras. Algumas são mais reduzidas, à medida que outras são mais abrangentes, visto que também consideram condições associadas a saúde mental. Apesar disso, o objetivo é o mesmo – avaliar a qualidade e o acesso da APS (ALFRADIQUE, et al., 2009).

Dessa forma, o indicador é um instrumento valioso para monitorar o acesso aos serviços e avaliar o desempenho da atenção primária à saúde. A maioria dos estudos demonstram a importância da APS na redução das internações por condições sensíveis, evidenciando a relevância do indicador para avaliar a efetividade do serviço. Além disso, denota a necessidade de um atendimento oportuno, eficaz e de qualidade (ALFRADIQUE, et al., 2009).

O uso do indicador pode ajudar a incrementar a capacidade de resolução da APS, visto que é capaz de identificar áreas passíveis de melhorias e evidenciar problemas que requerem coordenação entre os níveis assistenciais (SOUSA, et al., 2016).

Portanto, a análise torna possível o aperfeiçoamento das estratégias, a exemplo da ampliação do acesso, haja vista que o horário estendido de atendimento das UBSs e a disponibilidade de vacinas são capazes de reduzir a quantidade de ICSAPs (ARAÚJO, et al., 2017).

6. A pandemia de Covid-19

Principiada na China, a epidemia de SARS-CoV-2 se alastrou rapidamente por todo o planeta, e no dia 11 de março de 2020, a OMS anunciou o status de pandemia, em razão da crescente quantidade de casos e óbitos. Ao perceber a magnitude da doença, muitas autoridades governamentais foram obrigadas a adotar estratégias de *lockdown*, que consistia no fechamento de todos os estabelecimentos, deixando apenas os serviços essenciais em funcionamento (SARTI, et al., 2020).

Em meio a esse cenário caótico e permeado de apreensão, as pessoas tiveram que se acostumar a viver dentro de suas casas, pois o contato com outros sujeitos externos ao convívio familiar poderia ser a chance para a disseminação do vírus.

Como consequência, muitas pessoas também ficaram com medo de dar continuidade aos seus tratamentos de saúde e frequentar ambientes hospitalares e ambulatoriais, devido ao receio de contaminação.

Esse fato é justificado pelo potencial de transmissão do vírus, uma vez que a contaminação é dada por gotículas e contato, acima de tudo, em locais sem ventilação e no âmbito hospitalar (ALCÂNTARA, et al., 2021).

Levando em consideração os atendimentos em ambulatório no período pré e pós pandemia no SUS, as ações de promoção e prevenção em saúde; os procedimentos com finalidade diagnóstica; os procedimentos clínicos e cirúrgicos; os transplantes de órgãos, tecidos e células; as órteses, próteses e materiais especiais; bem como as ações complementares de atenção à saúde, reduziram bruscamente (FIOCRUZ, 2021).

A falta de políticas de promoções e prevenção em saúde, principalmente na atenção básica e nas equipes de saúde da família, que já ocorre há algum tempo no Brasil, foi um grande problema no desempenho final do país no enfrentamento da Covid-19 e pode acentuar o prejuízo no tratamento de outras doenças que não puderam ser atendidas durante a epidemia (FIOCRUZ, 2021, p. 9).

Na assistência hospitalar do sistema público, os procedimentos eletivos também manifestaram uma queda expressiva, assim como as internações de urgência. Igualmente, as admissões por causas externas também decresceram, devido às medidas de restrição impostas, o que limitou a circulação dos indivíduos nas ruas (FIOCRUZ, 2021).

Até mesmo no setor privado o impacto da pandemia foi percebido, pois um estudo realizado em um hospital particular de referência evidenciou uma queda significativa de 52% nos atendimentos no pronto socorro (SOUZA JUNIOR, et al., 2021).

Essa queda nos atendimentos é bastante preocupante, porque pode trazer muitos problemas a longo prazo, tendo em vista que um atendimento não realizado na hora certa pode causar o agravamento de uma enfermidade. Portanto, é o momento da APS reconhecer as doenças que não puderam ser identificadas e realizar o devido acompanhamento das pessoas, principalmente aquelas que não puderam ser assistidas em um momento oportuno.

METODOLOGIA

Para a execução deste estudo descritivo, foi realizada uma pesquisa de natureza quantitativa, por meio do uso de dados secundários provenientes do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS).

O sistema armazena dados sobre as admissões hospitalares que ocorrem em todos os estabelecimentos públicos e conveniados ao SUS, e a sua principal finalidade é o pagamento das internações (BITTENCOURT; CAMACHO; LEAL, 2006).

Em virtude da existência de outras listas de CSAP, o rol estabelecido pela portaria nº 221/2008 foi usado como parâmetro para elencar os grupos de análise. Os dados foram levantados a partir do Tabnet e o *software* Microsoft Excel foi empregado para o tratamento das informações.

A fim de determinar a quantidade e a proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, foi estipulado o período de janeiro de 2016 a dezembro de 2021, considerando o local de residência dos indivíduos que foram internados.

Com base nas tabelas geradas, tornou-se possível incorporar os anos supracitados e as variáveis, com a finalidade de facilitar a interpretação. Ademais, para a construção de tais elementos, utilizou-se números absolutos e frequências.

Durante o período escolhido, ocorreram dois eventos importantes, que foram o Converte e a pandemia de Covid-19. Ambos são significativos para a quantidade de ICSAPs, pois ao passo que esta foi responsável pela queda dos atendimentos, aquele visou ampliar a cobertura da APS no Distrito Federal.

Dessa maneira, se fez preciso indicar recortes temporais. Por isso, o intervalo entre 2016 e 2017 foi considerado pré-converte, haja vista que o período deu início as primeiras deliberações para a transição. Já os anos de 2018 e 2019 representam o pós-converte, uma vez que o modelo ESF já estava em vigor. Por fim, o interstício de 2020 e 2021 retrata a pandemia.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na tabela abaixo, estão agrupadas as internações por ano de atendimento no Distrito Federal, segundo grupos de Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde, conforme a lista disposta na portaria nº 221/2008.

Tabela 1 - Internações por ano de atendimento, no Distrito Federal, segundo grupos de Condições Sensíveis à Atenção Primária, 2016 a 2021.

Grupo	Ano													
	2016		2017		2018		2019		2020		2021		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	252	0,9	284	0,9	275	0,9	337	0,9	265	1,1	296	1,2	1709	1,0
Gastroenterites infecciosas e complicações	1970	6,9	1448	4,8	2052	6,5	2719	7,3	1505	6,3	1786	7,0	11480	6,5
Anemia	138	0,5	141	0,5	120	0,4	156	0,4	131	0,5	186	0,7	872	0,5
Deficiências nutricionais	189	0,7	122	0,4	181	0,6	158	0,4	102	0,4	140	0,5	892	0,5
Infecções de ouvido, nariz e garganta	1364	4,8	1470	4,9	1531	4,8	1943	5,2	874	3,6	1738	6,8	8920	5,0
Pneumonias bacterianas	5312	18,7	5786	19,3	5616	17,7	7124	19,1	3703	15,4	3187	12,5	30728	17,4
Asma	1004	3,5	1570	5,2	1985	6,3	2424	6,5	1526	6,3	1568	6,2	10077	5,7
Doenças pulmonares	2044	7,2	2876	9,6	2696	8,5	3227	8,6	1218	5,1	2653	10,4	14714	8,3
Hipertensão	744	2,6	673	2,2	754	2,4	941	2,5	565	2,4	560	2,2	4237	2,4
Angina	700	2,5	707	2,4	811	2,6	982	2,6	810	3,4	631	2,5	4641	2,6
Insuficiência cardíaca	2466	8,7	2657	8,8	2413	7,6	2064	5,5	1494	6,2	1527	6,0	12621	7,1
Doenças cerebrovasculares	2978	10,5	2903	9,7	2973	9,4	2891	7,7	2654	11,0	2346	9,2	16745	9,5
Diabetes mellitus	1553	5,5	1495	5,0	1597	5,0	1685	4,5	1459	6,1	1369	5,4	9158	5,2
Epilepsias	1199	4,2	1073	3,6	1448	4,6	1638	4,4	1255	5,2	1366	5,4	7979	4,5
Infecção no rim e trato urinário	2867	10,1	2737	9,1	2806	8,8	3418	9,2	2561	10,7	2228	8,7	16617	9,4
Infecção da pele e tecido subcutâneo	2336	8,2	2562	8,5	2836	8,9	3612	9,7	2284	9,5	2359	9,3	15989	9,0
Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	291	1,0	346	1,2	261	0,8	323	0,9	265	1,1	345	1,4	1831	1,0
Úlcera gastrointestinal	967	3,4	1106	3,7	1260	4,0	1561	4,2	1223	5,1	1073	4,2	7190	4,1
Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	44	0,2	90	0,3	133	0,4	150	0,4	140	0,6	121	0,5	678	0,4
Total	28.418	100,0	30.046	100,0	31.748	100,0	37.353	100,0	24.034	100,0	25.479	100,0	177.078	100,0

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS)

Em todo o intervalo, o total de internações no DF por local de residência foi de 989.437, e deste recorte, 177.078 foram ICSAPs. Assim sendo, as CSAP foram responsáveis por 17,9% das admissões hospitalares.

Tabela 2 - Distribuição das internações no Distrito Federal, 2016 a 2021.

Internações	Ano													
	2016		2017		2018		2019		2020		2021		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Distrito Federal	119.269	80,8	125.368	80,7	131.309	80,5	146.980	79,7	142.032	85,5	147.401	85,3	812.359	82,1
Condições Sensíveis à Atenção Primária	28.418	19,2	30.046	19,3	31.748	19,5	37.353	20,3	24.034	14,5	25.479	14,7	177.078	17,9
Total	147.687	100,0	155.414	100,0	163.057	100,0	184.333	100,0	166.066	100,0	172.880	100,0	989.437	100,0

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS)

Fracionando a quantidade das internações por condições sensíveis à APS por tipo de estabelecimento, nota-se que 96,3% ocorreram em hospitais públicos, enquanto apenas 3,7% se deu em hospitais privados conveniados ao SUS.

Tabela 3 - Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária por tipo de estabelecimento, no Distrito Federal, 2016 a 2021.

Internações	Ano													
	2016		2017		2018		2019		2020		2021		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hospitais públicos	27.760	97,7	29.042	96,7	30.269	95,3	36.098	96,6	22.894	95,3	24.426	95,9	170.489	96,3
Hospitais privados	658	2,3	1004	3,3	1479	4,7	1255	3,4	1140	4,7	1053	4,1	6589	3,7
Total	28.418	100,0	30.046	100,0	31.748	100,0	37.353	100,0	24.034	100,0	25.479	100,0	177.078	100,0

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS)

De modo geral, tendo em conta todos os períodos supracitados, observa-se um padrão de doenças que sempre são frequentes. Destarte, a tabela 4 demonstra essa distribuição.

Tabela 4 - Internações prevalentes no Distrito Federal, segundo grupos de Condições Sensíveis à Atenção Primária, 2016 a 2021.

Grupo	Total	
	n	%
Pneumonias bacterianas	30.728	17,4
Doenças cerebrovasculares	16.745	9,5
Infecção no rim e trato urinário	16.617	9,4
Infecção da pele e tecido subcutâneo	15.989	9,0
Doenças pulmonares	14.714	8,3
Insuficiência cardíaca	12.621	7,1

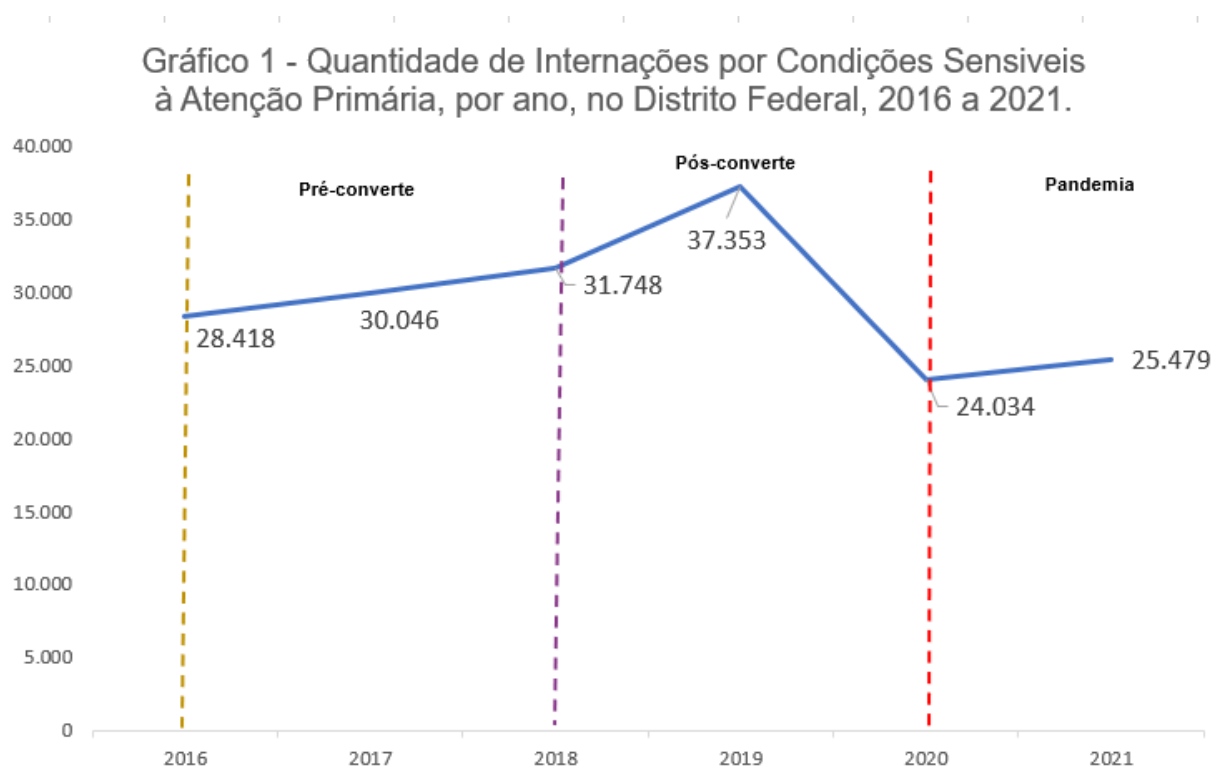
Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS)

A exemplo das pneumonias bacterianas, que lideram o percentual de internações, há evidências de que a atenção primária à saúde pode influenciar na hospitalização pela doença. Isso se dá pela investigação dos fatores de risco, que oportunizam a identificação de aspectos de prioridade na prevenção e no manejo da enfermidade (PINA, et al., 2017).

Assim como essa, as demais doenças preconizadas na portaria nº 221 devem ter a intervenção da APS, pois sabe-se que são enfermidades passíveis de controle e acompanhamento, principalmente a partir da análise dos determinantes sociais da saúde.

A APS conta com recursos tecnológicos comprovadamente eficazes para realizar prevenção, além de fazer diagnósticos e intervenções precoces em vários agravos, reduzindo as incidências destas patologias e/ou suas complicações. Doenças infecciosas ou casos agudos podem ser prevenidos ou ter suas complicações controladas pela APS. Intervenções simples de educação em saúde realizadas pela ESF são capazes de reduzir as taxas de hospitalizações por doenças, tais como infecções de rim e trato urinário e desidratação. Muitas dessas patologias, mesmo se não forem prevenidas, podem ser manejadas ambulatorialmente e apenas por falta de assistência oportuna podem levar à complicação, requerendo internação (CASTRO, et al., 2020, p. 8).

Agregando todos os anos em um gráfico, foram estabelecidas seções para apontar os acontecimentos desta linha temporal. Conforme exprime o gráfico 1, o ano de 2016 estampa o período pré-converte. Com base no decreto nº 37.515/16, que estabeleceu as regiões de saúde, deu-se início nas primeiras iniciativas de mudança para a transição.



Fonte: Autoria própria

No dia 14 de fevereiro de 2017, foram instituídas as portarias nº 77 e nº 78, que deram concretude à transição para o novo modelo. Porém, houve a necessidade de estabelecer um período de adaptação, para que os profissionais pudessem manifestar interesse em permanecer na equipe ou não. Nos casos de negativa, os trabalhadores foram remanejados para outros níveis de atenção (DISTRITO FEDERAL, 2017).

Após a implantação da equipe de transição, foi definido pela portaria nº 78 que haveria um prazo máximo de um ano para a consumação da conversão em ESF, e por isso, o ano de 2018 introduz o período pós-converte, visto que a normativa já estava vigorando devidamente.

Até o ano de 2019, nota-se um ligeiro crescimento nas internações. Conforme Corrêa et al. (2019), esse fato pode ser justificado por um estudo acerca das internações por CSAP.

[...] um estudo voltado à análise sobre as ICSAP em situações de rápida expansão de cobertura de ESF, verificou que o impacto inicial pode ser de leve aumento nas internações evitáveis, provavelmente devido à facilitação do acesso e decorrente aumento na detecção de casos [...] (CORRÊA, et al., 2019, p. 2032).

Por esse motivo, o pico de internações no ano de 2019 pode ser interpretado por essa perspectiva, considerando que a oferta de acesso foi ampliada a partir do aumento da cobertura da Estratégia Saúde da Família, passando de 34% para 69,1% durante o período em questão (DISTRITO FEDERAL, 2018).

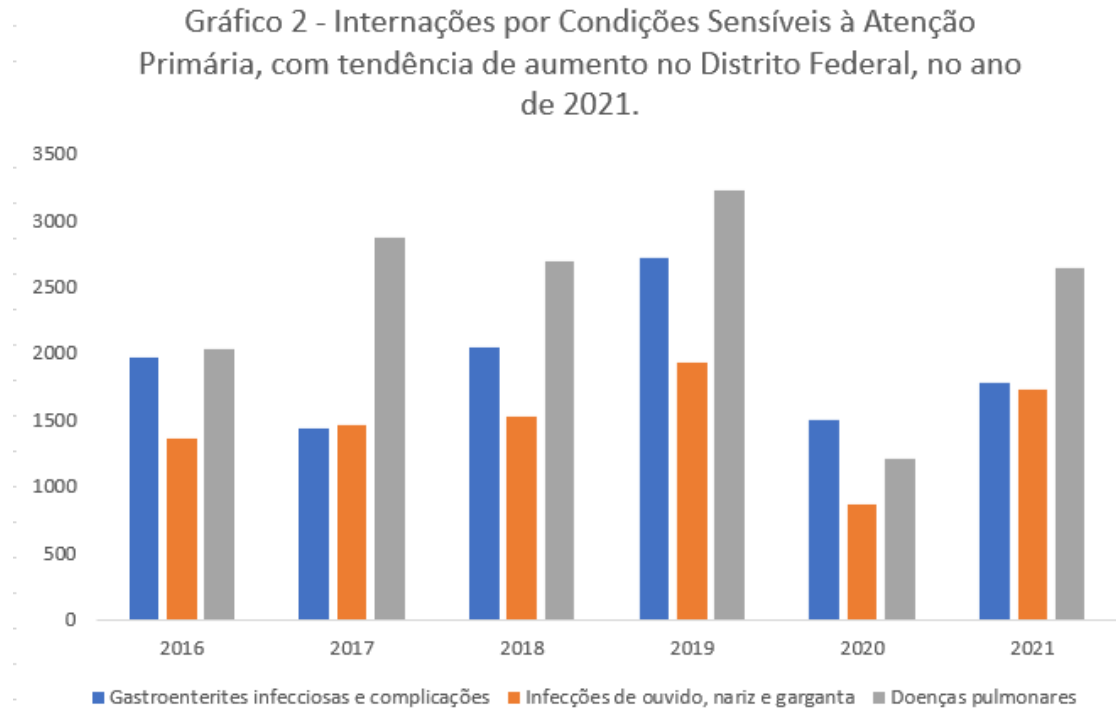
Segundo Corrêa et al. (2019), após o leve aumento de casos, é provável que as ICSAPs diminuam. Todavia, no ano de 2020, deu-se início a pandemia, e à medida que as internações por Covid-19 cresceram exponencialmente, as ICSAPs diminuíram consideravelmente. Desse modo, a curva não seguiu sua trajetória esperada, pois a queda se deu – majoritariamente – por efeito da emergência de saúde pública.

De forma geral, a redução nas internações durante a pandemia é consequência do adiamento de procedimentos eletivos, da evasão dos pacientes e da reserva de leitos para Covid-19 (BRANT, et al., 2021).

Portanto, há uma grande lacuna nesse cenário, visto que as diversas medidas de restrição de circulação e o medo generalizado foram fatores de influência. Por causa disso, no futuro, é possível que o mundo passe por uma epidemia de doenças não tratadas, tendo em vista que muitos tratamentos foram abandonados, *check-ups* não foram feitos e consultas não foram realizadas.

Em 2021, nota-se uma diferença em comparação com o ano anterior, pois mesmo com a pandemia em curso, as ICSAPs voltaram a subir. Analisando as doenças por grupo, nota-se

que a maioria das internações diminuíram ou cresceram discretamente. Porém, três doenças se destacaram, conforme o gráfico 2.



Fonte: Autoria própria

Averiguando o grupo das gastroenterites individualmente, percebe-se que o CID ‘‘A09 – diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível’’ se destacou no meio dos demais, pois representou 222 internações entre o período de 2020 e 2021.

A doença diarreica aguda (DDA) tem elevada morbimortalidade em todo o mundo, por conta dos inúmeros aspectos que favorecem sua transmissão (AGUIAR, et al., 2020).

A ocorrência da doença diarreica engloba um conjunto de fatores relacionados tanto a condições de saúde individual quanto a determinantes sociais, econômicos, culturais e ambientais. Entre estes fatores, a doença está associada, sobretudo, a condições de habitação precárias e saneamento inadequado com impacto negativo no ambiente, causando a contaminação do solo e de mananciais hídricos que favorecem a transmissão de doenças infecciosas, entre elas, a diarreia (AGUIAR, et al., 2020, p. 206).

A DDA pode ser causada por diversos agentes etiológicos, mas identificar o real microrganismo infeccioso nem sempre é viável, em virtude da enorme dificuldade em realizar a coleta das fezes (BRASIL, 2020).

Porém, apesar disso, a ESF pode prevenir o surgimento da doença, porque sua visão ampliada considera a integralidade do indivíduo e dá importância ao seu ambiente social e

familiar, o que possibilita ações de cuidado à saúde voltadas para a realidade em que a pessoa está inserida (AGUIAR, et al., 2020).

Logo, em virtude do crescimento de internações pela doença e sabendo que a Estratégia Saúde da Família pode influenciar em sua prevenção, é relevante que os fatores que tenham causado o aumento sejam investigados posteriormente.

No que diz respeito às infecções de ouvido e garganta, percebe-se uma subida expressiva, de 864 internações. Dentro do grupo, o CID “J06 - infecções agudas das vias aéreas superiores de localizações múltiplas e não especificadas” incorporou a maioria das admissões.

As infecções das vias aéreas superiores (IVAS) englobam quadros como o do resfriado comum e da gripe, sendo predominantemente causados por vírus (PITREZ; PITREZ, 2003). Fragmentando os meses do ano, os motivadores da alta foram setembro, outubro, novembro e dezembro. Como essa relação de causalidade não está esclarecida em bibliografia, cabe elucidar tal fenômeno em um momento conveniente.

Já as doenças pulmonares representaram a maior alta, com uma diferença de 1.435 admissões hospitalares. Na análise individual, a bronquite é a responsável pela maioria dos casos, mas demonstra variação entre os meses do ano.

Em 2020, o maior número de internações ocorreu nos meses de janeiro, fevereiro e março, à medida que em 2021, se deu em março, abril e maio. Observa-se que a doença se manifestou em épocas distintas do ano, sendo verão e outono respectivamente.

Segundo Pires et al. (2020), a sazonalidade é um dos fatores de risco para a bronquite e há evidências na literatura que apontam para ocorrências epidêmicas da doença no outono e no inverno. Porém, devido ao pico de internações também ter ocorrido em uma época atípica, o verão, faz-se necessário averiguar essa relação em futuras pesquisas.

Ao verificar a quantidade de condições sensíveis à APS por números absolutos, identifica-se que alguns grupos demonstram curvas aproximadas. A tabela 5 demonstra essa circunstância, que pode refletir o tempo de resposta de algumas doenças frente à pandemia e o converte.

Tabela 5 - Tendência das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Distrito Federal, segundo grupos de Condições Sensíveis à Atenção Primária, 2016 a 2021.

Grupo	Ano						Gráficos
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	252	284	275	337	265	296	
Gastroenterites infecciosas e complicações	1970	1448	2052	2719	1505	1786	
Anemia	138	141	120	156	131	186	
Deficiências nutricionais	189	122	181	158	102	140	
Infecções de ouvido, nariz e garganta	1364	1470	1531	1943	874	1738	
Pneumonias bacterianas	5312	5786	5616	7124	3703	3187	
Asma	1004	1570	1985	2424	1526	1568	
Doenças pulmonares	2044	2876	2696	3227	1218	2653	
Hipertensão	744	673	754	941	565	560	
Angina	700	707	811	982	810	631	
Insuficiência cardíaca	2466	2657	2413	2064	1494	1527	
Doenças cerebrovasculares	2978	2903	2973	2891	2654	2346	
Diabetes mellitus	1553	1495	1597	1685	1459	1369	
Epilepsias	1199	1073	1448	1638	1255	1366	
Infecção no rim e trato urinário	2867	2737	2806	3418	2561	2228	
Infecção da pele e tecido subcutâneo	2336	2562	2836	3612	2284	2359	
Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	291	346	261	323	265	345	
Úlcera gastrointestinal	967	1106	1260	1561	1223	1073	
Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	44	90	133	150	140	121	

Fonte: Autoria própria

Ou seja, cada agravo pode reagir de forma diferente à falta de assistência, considerando o tempo que seus efeitos levam para serem sentidos. Dessa maneira, tais eventos podem gerar repercussões a longo prazo na saúde da população.

Deve-se considerar o impacto da pandemia de COVID-19 na dificuldade de realização de intervenções programadas e no cancelamento de procedimentos eletivos. A redução de procedimentos eletivos em todo o Brasil teve por objetivo retardar a disseminação do SARS-CoV-2, além de disponibilizar profissionais e equipamentos para lidar com a COVID-19. Apesar de estes procedimentos eletivos serem considerados sem caráter emergencial, não se pode desconsiderar os prejuízos na qualidade de vida de doentes que necessitam destas intervenções (BORGES, et al., 2020, p. 12).

Conforme o SIH, em 2021, o valor médio de uma internação no DF custava R\$1.444,75. Considerando esse valor e a quantidade de ICSAP em todo o período mencionado, totaliza-se mais de R\$255 bilhões. Esse gasto poderia ter sido empregado em ações de saúde e no fortalecimento da atenção primária à saúde, visto que o dispêndio poderia ter sido dirimido se as doenças não tivessem agravado ao ponto de necessitar da atenção terciária.

Por conseguinte, cada real investido na APS ajuda os demais níveis de atenção, pois se as condições sensíveis forem priorizadas, o risco de internação pode ser reduzido e os hospitais podem desocupar leitos. Todavia, é preciso que a atenção primária à saúde seja oportuna e resolutiva.

Ressalta-se que o ambiente hospitalar também é primordial para o funcionamento das redes de atenção, posto que detém tecnologias duras de grande utilidade. Porém, não pode ser visto como a única forma de sanar um problema de saúde, porque o foco acaba sendo apenas a doença, e não o ser humano.

As ICSAPs têm sido usadas como um indicador da eficiência e da qualidade, com o intuito de melhorar a acessibilidade da atenção primária à saúde. Portanto, se o acompanhamento está adequado, resulta-se em menos internações.

Embora o decréscimo tenha coincidido com o período pandêmico, é primordial analisar os dados para o levantamento de hipóteses, visto que se torna possível entender o padrão das CSAPs, com o intuito de viabilizar o desenvolvimento de ações para fornecer um serviço adequado.

Dessa forma, é preciso fortalecer a atenção primária à saúde, pois ela sempre será a melhor via de acesso para a população, em virtude de sua competência para atender as demandas de forma contínua e equitativa. Ademais, a análise pode promover melhorias nos processos de trabalho e no planejamento em nível de equipe.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção primária à saúde é a porta de entrada do SUS, e para atuar com maestria, é fundamental que os usuários sigam o itinerário dentro do serviço de saúde. Dessa forma, o propósito é integrar os níveis de atenção para possibilitar um contexto de cuidado compartilhado. Além disso, a APS dá importância ao conceito ampliado de saúde, que leva em conta os determinantes sociais e não apenas o adoecimento, deslocando o hospital como centro do cuidado.

Todavia, a inserção na comunidade é muito mais complexa do que se imagina, pois há diversos entraves que enfraquecem a APS, principalmente a falta de recursos. Ainda assim, boa parte da população utiliza o SUS, e por isso, é preciso lutar em prol de seu funcionamento adequado, visto que o direito à saúde é garantido pela Constituição.

No que se refere ao Distrito Federal, a transição do modelo tradicional para a Estratégia Saúde da Família objetivou fomentar a integralidade do cuidado e ampliar a cobertura da atenção primária à saúde, e a partir do estudo, nota-se que o Converte influenciou nas ICSAPs, pois houve aumento na detecção dos casos.

Porém, o indicador mostra que é preciso aperfeiçoar o manejo de alguns agravos, tendo em vista que há doenças predominantes nos anos supracitados. Portanto, é fundamental acompanhá-las para compreender quais são os fatores de risco que podem levar à internação, a fim de viabilizar condições para conter essa situação.

Ademais, o DF enfrentou uma conjuntura de desassistência no decurso da pandemia, e a significância da crise também foi evidenciada pela quantidade de internações por condições sensíveis, uma vez que as admissões hospitalares caíram no ápice da Covid-19.

Em razão do crescimento das internações em 2021, é imprescindível retomar as ações em saúde com intensidade, a fim de evitar que as pessoas cheguem descompensadas ao serviço. Por conseguinte, as lacunas apontadas podem promover a melhoria da assistência e aumentar a capacidade de resolução da APS.

Tendo em vista os aspectos observados, é notório que a atenção primária à saúde tem efeito positivo na saúde da população e é potente na redução das iniquidades em saúde. Outrossim, o indicador pode servir como incentivo para a APS assumir seu papel de protagonista na rede de atenção e para impulsionar seu fortalecimento, pois o cuidado integral pode influenciar diretamente na saúde dos cidadãos e na redução das ICSAPs.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, K. C. G. et al. **Fatores de risco para ocorrência de diarreia em crianças residentes na Ilha de Guaratiba (RJ)**. Saúde em Debate [online]. 2020, v. 44, n. 124. pp. 205-220. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/5Qc5ty5LH3QBZncrFHKcHFh/?lang=pt#>>. Acesso em: 12 abr. 2022.

ALCÂNTARA, S. F. S. et al. **Desafios dos atendimentos não presenciais de Fisioterapia na pandemia da COVID-19**. Research, Society and Development, v. 10, n. 12. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/20130/18131>>. Acesso em: 04 dez. 2021.

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, pp. 1337-1349, jun, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/y5n975h7b3yW6ybnk6hJwft/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2021.

ARAÚJO, W. R. M. A. et al. **Estrutura e processo de trabalho na atenção primária e internações por condições sensíveis**. Revista de Saúde Pública, v. 52, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/QCwNmqhfcDghnjpGXS3fJ9J/?lang=pt#>>. Acesso em: 08 mai. 2022.

BELTRAMMI, D. G.; REIS, A. A. C. **A fragmentação dos sistemas universais de saúde e os hospitais como seus agentes e produtos**. Saúde em Debate [online]. v. 43, pp. 94-103. Disponível em: <<https://scielosp.org/article/sdeb/2019.v43nspe5/94-103/#>>. Acesso em: 20 mar. 2022.

BITTENCOURT, S. A.; CAMACHO, L. A. B.; LEAL, M. C. **O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva**. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2006, v. 22, n. 1, pp. 19-30. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csp/a/wr86Wn5xbYf3McdLwh3tv7g/?lang=pt#>>. Acesso em: 08 mai. 2022.

BORGES, K. N. G. et al. **O impacto da pandemia de Covid-19 em indivíduos com doenças crônicas e a sua correlação com o acesso a serviços de saúde**. Rev Cient Esc Estadual Saúde Pública Goiás “Candido Santiago”. 2020. Disponível em: <<https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/240/93>>. Acesso em: 22 abr. 2022.

BOUSQUAT, A.; GOMES, L. B.; BARROS, N. F. **Brasília Saudável: a Estratégia da Saúde da Família e a conversão do modelo assistencial**. [Relatório de pesquisa]. Rede de Pesquisa em APS: OPAS; 2019. Disponível em: <<https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2020/11/Relatorio-Brasilia-APS-forte-nov-2019.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2022.

BRANT, L. C. et al. **The impact of COVID-19 pandemic course in the number and severity of hospitalizations for other natural causes in a large urban center in Brazil**. PLOS Global Public Health. 2021. Disponível em <<https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000054>>. Acesso em: 21 fev. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília, 2007. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro9.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças Diarreicas Agudas (DDA)**. 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/dda>>. Acesso em: 12 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Saúde. Divisão de Organização Hospitalar. **História e evolução dos Hospitais**. Rio de Janeiro, 1944. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_08.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html>. Acesso em: 01 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>. Acesso em: 24 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 13 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, 2001. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS)**. Brasília, 2020. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps_versao_profissionais_saude_gestores_completa.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, 2002. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2021.

BRASIL. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde**. 1996. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm#12>>. Acesso em: 13 dez. 2021.

CASTRO, D. M. et al. **Impacto da qualidade da atenção primária à saúde na redução das internações por condições sensíveis**. Cadernos de Saúde Pública [online]. v. 36, n. 11. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/2020.v36n11/e00209819/#ModalArticles>>. Acesso em: 21 fev. 2022.

CORRÊA, D. S. R. C. et al. **Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2019, v. 24, n. 6, pp. 2031-2041. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/TdcFYRMKPNHpcbtHWBVNmRg/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2021.

DISTRITO FEDERAL. Conselho de Saúde do Distrito Federal. **Resolução nº 465, de 04 de outubro de 2016**. 2016. Disponível em: <http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/d496be850d8a40ce8dce099ed9dd85ac/Resolu_o_465_04_10_2016.html>. Acesso em: 08 mai. 2022.

DISTRITO FEDERAL. Governo do Distrito Federal. **Criação do programa Brasília Saudável**. 2016. Disponível em: <<https://www.df.gov.br/criacao-do-programa-brasilia-saudavel/>>. Acesso em: 20 fev. 2022.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017**. Disponível em: <http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/b41d856d8d554d4b95431cdd9ee00521/ses_prt_77_2017.html>. Acesso em: 28 nov. 2021.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Regionalização - O que é**. 2017. Disponível em: <<https://www.saude.df.gov.br/regionalizacao-o-que-e/>>. Acesso em: 28 nov. 2021.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Decreto nº 37.515, de 26 de julho de 2016**. Disponível em: <http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/05990c188e6a4778860953ca699e3556/exec_dec_37515_2016.html>. Acesso em: 28 nov. 2021.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Estratégia Saúde da Família atinge 69,1% de cobertura no DF**. 2018. Disponível em: <<https://www.saude.df.gov.br/estrategia-saude-da-familia-atinge-691-de-cobertura-no-df/>>.

Acesso em: 21 fev. 2022.

FERREIRA, M.; DIAS B. M.; MISHIMA, S. M. **Internações por condições sensíveis: possibilidade de avaliação na atenção básica**. Rev. Eletr. Enferm, v. 14, n. 4, pp. 760-770, 2012. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/15797/13339>>. Acesso em: 08 dez. 2021.

FIOCRUZ. **Atenção à Saúde**. In: Dicionário de educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009. pp. 39-43. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/143.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2021.

FIOCRUZ. **O “represamento” do atendimento em saúde no SUS**. Nota Técnica 22, nov. 2021. MonitoraCovid-19 - ICICT/FIOCRUZ. Disponível em: <https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/nota_tecnica_22.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2021.

FOUCAULT, M. **O nascimento do hospital**. In: Microfísica do poder. 1984. Disponível em: <https://www.nodo50.org/insurgentes/biblioteca/A_Microfisica_do_Poder_-_Michel_Foucault.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2021.

FRENK, J. **Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico**. Nairobi, Commission on Social Determinants of Health, 2006.

GONDIM, R. et al. **Organização da atenção**. In: Qualificação dos Gestores do SUS. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. pp. 93-120. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_22906927.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2021.

GOTTENS, L. B. D. et al. **A regionalização da gestão da saúde no DF: o caminho para a “ponta” virar centro**. Brasília em Debate, Brasília, n. 17, pp. 22-27, 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/38783/2/ve_Leila_Gottens_etal_2017.pdf>.

Acesso em: 28 nov. 2021.

INÁCIO, A. S. et al. **Demanda de atendimento em urgência e emergência hospitalar**. Rev. Enfermagem Brasil, São Paulo, v. 17, n. 6, dez. 2017. Disponível em: <<http://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/629/html>>.

Acesso em: 29 nov. 2021.

LAPREGA, M. R.; ROCHA, J. S. Y. **Assistência Hospitalar**. 2016. Disponível em: <<https://sites.usp.br/dms/wp-content/uploads/sites/575/2019/12/2016-MSPSC-Assist%C3%A4ncia-Hospitalar-Cap-7.pdf>>. Acesso em: 07 dez. 2021.

LAVRAS, C. **Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil**. Saúde Soc. São Paulo, v. 20, n. 4, pp. 867-874, 2011. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/sausoc/2011.v20n4/867-874/pt>>. Acesso em: 27 nov. 2021.

LEVY, F. M.; MATOS, P. E. DE S.; TOMITA, N. E. **Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde**. Cadernos de Saúde Pública, v. 20, n. 1, pp. 197–203, fev. 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v20n1/36.pdf>>. Acesso em 27 nov. 2021.

LISBOA, T. C. **Breve história dos hospitais**. Pró-Saúde, São Paulo, 1. ed., 2002. Disponível em: <<https://iph.org.br/acervo/livros/breve-historia-dos-hospitais-da-antiguidade-a-idade-contemporanea-1109>>. Acesso em: 24 nov. 2021.

MACINKO, J. MENDONÇA, C. S. **Estratégia saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados**. Rev. Saúde Debate, v.42, n. 1, pp. 18-37, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe1/18-37/pt>>. Acesso em: 09 mai. 2022.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M. **Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade**. Divulgação em saúde para debate, Rio de Janeiro, n. 52, pp. 15-37, out 2014. Disponível em: <<https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2015/maio/15/1.b%20-%20Divulgacao-52.pdf#page=17>>. Acesso em: 27 nov. 2021.

MARQUES, L. et al. **Curso para Mudança do Modelo da Atenção Primária em Região de Saúde do Distrito Federal**. Com. Ciências Saúde, v. 29, pp. 51-53, 2018. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/v29_supl_curso_mudanca.pdf>.

Acesso em: 09 mai. 2022.

MASSARO, I. A. C.; MASSARO, A. **O uso do KAN BAN na Gestão do Cuidado: Superando limites**. Rev. Adm. Saúde, v. 17, n. 66, 2017. Disponível em: <<https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/14/27>>. Acesso em: 08 mai. 2022.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. **Atenção à Saúde**. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2. ed. rev. ampl., pp. 39-43, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2022.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2021.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n. 5, pp. 2297-2305, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/VRzN6vF5MRyDKGMBYgksFwc/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2021.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2015. Disponível em: <<https://www.saude.mg.gov.br/sus/page/1543-sistema-unico-de-saude-sus?layout=print>>. Acesso em: 07 jul. 2021.

O'DWYER, G. O.; OLIVEIRA, S. P.; SETA, M. H. **Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, n. 5, pp. 1881-1890, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/wPK8VY5CL3fwhMkw4nhnrVz/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2021.

OLIVEIRA, A. S. **Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil.** Rev. Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, v. 15, n. 31, pp. 69-79, 2019. Acesso em: <<https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/48614>>. Acesso em: 20 mar. 2022.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA; I. C. **Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família.** Rev Bras Enferm, v. 66, pp.158-64, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/5XkBZTcLysW8fTmnXFMjC6z/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 08 mai. 2022.

PINA J. C. et al. **Papel da Atenção Primária à Saúde na hospitalização de crianças por pneumonia: um estudo caso-controle.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 25, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/zv3nYbkwJmvPZSGZQfJChzz/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 07 dez. 2021.

PINTO, L. F. et al. **Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) no Distrito Federal: comparação com outras capitais brasileiras no período de 2009 a 2018.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, pp. 2105-2114, jun. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n6/1413-8123-csc-24-06-2105.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2021.

PIRES, A. M. et al. **Promoção do aleitamento materno na prevenção de bronquite e bronquiolite aguda em menores de um ano de idade em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.** Saúde E Meio Ambiente: Revista Interdisciplinar, v. 9, pp. 68–79. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.24302/sma.v9i0.2735>>. Acesso em: 12 abr. 2022.

PIRES, M. R. G. M. **Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica.** Rev. Cien Saúde Colet. Mar, 2008. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/oferta-e-demanda-por-media-complexidadesus-relacao-com-atencao-basica/1915?id=1915&id=1915>>. Acesso em: 21 dez. 2021.

PITREZ, P. M. C.; PITREZ, J. L. B. **Infecções agudas das vias aéreas superiores – diagnóstico e tratamento ambulatorial**. Jornal de Pediatria, v. 79, Supl.1, 2003. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/jped/a/t4PwTqYsTnhKQWfnhYpMj7z/?format=pdf&lang=pt>>.

Acesso em: 21 abr. 2022.

RODRIGUES-BASTOS, R. M. et al. **Internações por condições sensíveis à atenção primária em município do sudeste do Brasil**. Revista da Associação Médica Brasileira [online]. 2013, v. 59, n. 2, pp. 120-127. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ramb/a/Y6cd3q8Vq5GRnHtCSXtZ8PH/?lang=pt#>>. Acesso em: 20 mar. 2022.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. **Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, pp. 1027-1034, Dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 nov. 2021.

RUTHES, R. M.; CUNHA, I. C. K. O. **Os desafios da administração hospitalar na atualidade**. RAS, São Paulo, vol. 9, n. 36, pp. 93-102, jul./set. 2007. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/242525115_Os_desafios_da_administracao_hospitalar_na_atualidade>. Acesso em: 24 nov. 2021.

SARMENTO, J.; ROCHA, J. V. M.; SANTANA, R. **Defining ambulatory care sensitive conditions for adults in Portugal**. BMC Health Serv Res, v. 20, 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7429814/>>. Acesso em: 01 dez. 2021.

SARTI, T. D. et al. **Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?** Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 29, n. 2, 2020. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/ress/2020.v29n2/e2020166/pt>>. Acesso em: 04 dez. 2021.

SILVA, S. S.; PINHEIRO, C.; LOYOLA FILHO, A. I. **Análise espacial dos fatores associados às internações por condições sensíveis à atenção primária entre idosos de**

Minas Gerais. Revista Brasileira de Epidemiologia [online]. v. 24, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-549720210037>>. Acesso em: 21 fev. 2022.

SOUSA, N. P. et al. **Internações sensíveis à atenção primária à saúde em hospital regional do Distrito Federal.** Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 69, n. 1, pp. 118-125, Fev. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/0034-7167-reben-69-01-0118.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2021.

SOUZA JUNIOR, J. L. et al. **Impacto da pandemia da COVID-19 no volume de atendimentos no pronto atendimento: experiência de um centro de referência no Brasil.** Einstein (São Paulo), v. 19, pp. 1-5, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/eins/a/vW6GswNyLwRYh39WzCx7K7p/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 04 dez. 2021.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviço e tecnologia.** Unesco, Brasília, 2002. Disponível em: <https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf>. Acesso em: 08 mai. 2022.

SUSART, N. A. et al. **Problemas e prioridades para atenção hospitalar no SUS Bahia: análise dos planos estaduais de saúde.** Rev. Gestão e Saúde, v. 12 n. 01, mar. 2021. Disponível em: <<https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/34445/29452>>. Acesso em: 24 nov. 2021.

APÊNDICES

Apêndice A – Regiões de Saúde por Região Administrativa no Distrito Federal, 2021.

Regiões de Saúde por Região Administrativa no Distrito Federal, 2021.	
Região de Saúde	Região Administrativa
Central	Asa Sul
	Vila Telebrasília
	Asa Norte
	Vila Planalto
	Lago Norte
	Lago Sul
	Varjão
	Cruzeiro
	Noroeste
	Sudoeste/Octogonal
Centro-Sul	Guará
	Cidade Estrutural
	Candangolândia
	Núcleo Bandeirante
	Riacho Fundo I e II
	Park Way
	Setor de Indústria e Abastecimento (SIA)
Setor Complementar de Indústria e Abastecimento (SCIA)	
Norte	Planaltina
	Sobradinho e Sobradinho II
Sul	Fercal
	Gama
Leste	Santa Maria
	Paranoá
	Itapoã
	Jardim Botânico
Oeste	São Sebastião
	Ceilândia
	Sol Nascente/Pôr do Sol
Sudoeste	Brazlândia
	Taguatinga
	Vicente Pires
	Águas Claras
	Arniqueira
	Recanto das Emas
Samambaia	

Fonte: Elaborada pela autora com base no decreto nº 37.515, de 2016.

ANEXOS

Anexo A – Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008.

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

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

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

Considerando a institucionalização da avaliação da Atenção Básica no Brasil;

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

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

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

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

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

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

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

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

JOSÉ CARVALHO DE NORONHA

SECRETÁRIO

LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA		
Grupo	Diagnósticos	CID 10
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	
1,1	Coqueluche	A37
1,2	Difteria	A36
1,3	Tétano	A33 a A35
1,4	Parotidite	B26
1,5	Rubéola	B06
1,6	Sarampo	B05
1,7	Febre Amarela	A95
1,8	Hepatite B	B16

1,9	Meningite por Haemophilus	G00.0
001	Meningite Tuberculosa	A17.0
1,11	Tuberculose miliar	A19
1,12	Tuberculose Pulmonar	A15.0 a A15.3, A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9
1,16	Outras Tuberculoses	A18
1,17	Febre reumática	I00 a I02
1,18	Sífilis	A51 a A53
1,19	Malária	B50 a B54
001	Ascariíase	B77
2	Gastroenterites Infecciosas e complicações	
2,1	Desidratação	E86
2,2	Gastroenterites	A00 a A09
3	Anemia	
3,1	Anemia por deficiência de ferro	D50

4	Deficiências Nutricionais	
4,1	Kwashiokor e outras formas de desnutrição protéico calórica	E40 a E46
4,2	Outras deficiências nutricionais	E50 a E64
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	
5,1	Otite média supurativa	H66
5,2	Nasofaringite aguda [resfriado comum]	J00
5,3	Sinusite aguda	J01
5,4	Faringite aguda	J02
5,5	Amigdalite aguda	J03
5,6	Infecção Aguda VAS	J06
5,7	Rinite, nasofaringite e faringite crônicas	J31
6	Pneumonias bacterianas	
6,1	Pneumonia Pneumocócica	J13

6,2	Pneumonia por Haemophilus influenzae	J14
6,3	Pneumonia por Streptococcus	J15.3, J15.4
6,4	Pneumonia bacteriana NE	J15.8, J15.9
6,5	Pneumonia lobar NE	J18.1
7	Asma	
7,1	Asma	J45, J46
8	Doenças pulmonares	
8,1	Bronquite aguda	J20, J21
8,2	Bronquite não especificada como aguda ou crônica	J40
8,3	Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	J41
8,4	Bronquite crônica não especificada	J42
8,5	Enfisema	J43
8,6	Bronquectasia	J47

8,7	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J44
9	Hipertensão	
9,1	Hipertensão essencial	I10
9,2	Doença cardíaca hipertensiva	I11
10	Angina	
10,1	Angina pectoris	I20
11	Insuficiência Cardíaca	
11,1	Insuficiência Cardíaca	I50
11,3	Edema agudo de pulmão	J81
12	Doenças Cerebrovasculares	
12,1	Doenças Cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13	Diabetes melitus	
13,1	Com coma ou cetoacidose	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1;E13.0, E13.1; E14.0, E14.1

13,2	Com complicações (renais, oftálmicas, neurol., circulat., periféricas, múltiplas, outras e NE)	E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8
13,3	Sem complicações específicas	E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14	Epilepsias	
14,1	Epilepsias	G40, G41
15	Infecção no Rim e Trato Urinário	
15,1	Nefrite túbulo-intersticial aguda	N10
15,2	Nefrite túbulo-intersticial crônica	N11
15,3	Nefrite túbulo-intersticial NE aguda crônica	N12
15,4	Cistite	N30
15,5	Uretrite	N34
15,6	Infecção do trato urinário de localização NE	N39.0

16	Infecção da pele e tecido subcutâneo	
16,1	Erisipela	A46
16,2	Impetigo	L01
16,3	Abscesso cutâneo furúnculo e carbúnculo	L02
16,4	Celulite	L03
16,5	Linfadenite aguda	L04
16,6	Outras infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo	L08
17	Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	
17,1	Salpingite e ooforite	N70
17,2	Doença inflamatória do útero exceto o colo	N71
17,3	Doença inflamatória do colo do útero	N72
17,4	Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas	N73
17,5	Doenças da glândula de Bartholin	N75

17,6	Outras afecções inflamatórias da vagina. e da vulva	N76
18	Úlcera gastrointestinal	
18	Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19	Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	
19,1	Infecção no Trato Urinário na gravidez	O23
19,2	Sífilis congênita	A50
19,3	Síndrome da Rubéola Congênita	P35.0