

## Estratégia Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro: Avaliação da Cobertura e Internações por Condições Cardiovasculares

Family Health Strategy in the Municipality of Rio de Janeiro: Cardiovascular Conditions Coverage and Hospitalization Evaluation

Estratégia Salud de La Familia em El Municipio de Rio de Janeiro: Evaluación de La Cobertura y de Hospitalizaciones por Condiciones Cardiovasculares

Maria Helena Barcelos Pereira<sup>1\*</sup>, Aline do Amaral Zils Costa<sup>2</sup>, Maria Helena do Nascimento Souza<sup>3</sup>, Franciéle Marabotti Costa Leite<sup>4</sup>, Ana Ines Sousa<sup>5</sup>

### Como citar este artigo:

Pereira MHB, Costa AAZ, Souza MHN, *et al.* Estratégia saúde da família no município de Rio de Janeiro: Avaliação da cobertura e internações por condições cardiovascular. Rev Fund Care Online. 2018 jul./set.; 10(3):605-611. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.605-611>

### ABSTRACT

**Objective:** The study's purpose has been to assess the Family Health Strategy coverage in the municipality of Rio de Janeiro over the period from 2008 to 2013, and verify its correlation with the hospitalizations for cardiovascular diseases that are sensitive to Primary Care. **Methods:** It is a Cross-Sectional Epidemiologic Study with secondary data. Data analysis was done using descriptive statistics and the Spearman correlation test. **Results:** In the period of 2008, the population coverage of the Family Health Strategy was 8.1%, and in 2013 it was 39.41%. There is no linear association between the hospitalizations for hypertension, angina and cerebrovascular diseases and the Family Health Strategy coverage ( $p>0.05$ ). Hospitalizations for cardiac failure presented a negative correlation with the Family Health Strategy coverage ( $p<0.001$ ). **Conclusion:** At the end of 2013, around 40% of the population of Rio de Janeiro was covered by the Family Health Strategy. Nonetheless, this result represents a smaller expansion than the observed at the national and regional levels.

**Descriptors:** Sensitive hospitalizations, Primary health care, Cardiovascular disease, Collective health.

<sup>1</sup> Enfermeira, Mestre em Ciências. Enfermeira Hospital Federal do Servidor do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: [helena\\_barcelos@yahoo.com.br](mailto:helena_barcelos@yahoo.com.br)

<sup>2</sup> Enfermeira, Mestre em Ciências. E-mail: [aline.zils@gmail.com](mailto:aline.zils@gmail.com)

<sup>3</sup> Enfermeira, Doutora em Saude Publica . Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ), Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: [mhnsouza@yahoo.com.br](mailto:mhnsouza@yahoo.com.br)

<sup>4</sup> Enfermeira, Doutora em Epidemiologia. Professora Assistente do Departamento da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, Espírito Santo, Brasil. E-mail: [francielemarabotti@gmail.com](mailto:francielemarabotti@gmail.com)

<sup>5</sup> Enfermeira, Doutora em Ciências. Professora Associada do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ) , Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: [anaines@pr5.ufrj.br](mailto:anaines@pr5.ufrj.br)

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a cobertura da Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro no período de 2008 a 2013, e verificar sua correlação com as internações por doenças cardiovasculares sensíveis à Atenção Primária. **Método:** estudo epidemiológico do tipo transversal com dados secundários. A análise dos dados foi feita utilizando estatística descritiva e teste de correlação de Spearman. **Resultados:** no período de 2008, a cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família era de 8,1%, passando para 39,41% em 2013. Não há associação linear entre as internações por hipertensão, angina e doenças cerebrovasculares e a cobertura da ESF ( $p > 0,05$ ). As internações por insuficiência cardíaca apresentam correlação negativa com a cobertura da ESF ( $p < 0,001$ ). **Conclusão:** ao final de 2013, cerca de 40% da população no Rio estava coberta pela ESF. Entretanto, esse resultado representa expansão menor do que o observado em âmbito nacional e regional.

**Descritores:** Hospitalizações sensíveis, Atenção primária à saúde, Doença cardiovascular, Saúde Coletiva.

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar a la cobertura de la Estrategia Salud de la Familia en el municipio de Rio de Janeiro en el período de 2008 a 2013, y verificar su correlación con las hospitalizaciones por enfermedades cardiovasculares sensibles a la Atención Primaria. **Método:** estudio epidemiológico de tipo trasversal con datos secundarios. El análisis de los datos fue hecho utilizando estadística descriptiva y teste de correlación de Spearman. **Resultados:** En el período de 2008 la cobertura poblacional de la Estrategia Salud de la Familia era de 8.1% pasando en 2013 para 39.41%. No hay asociación linear entre las hospitalizaciones por hipertensión, angina y enfermedades vascular cerebrales y la cobertura de la Estrategia Salud de la Familia ( $p > 0.05$ ). Las hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca presentan correlación negativa con la cobertura de la Estrategia Salud de la Familia ( $p < 0.001$ ). **Conclusión:** Al final de 2013 cerca de 40% de la población de Rio de Janeiro estaba cubierta por la Estrategia Salud de la Familia. Todavía, ese resultado representa una expansión más pequeña que lo observado en nivel nacional y regional. **Descritores:** Hospitalizaciones sensibles, Atención primaria a la salud, Enfermedad cardiovascular, Salud Colectiva.

## INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada o instrumento prioritário da Atenção Primária e tem caráter substitutivo em relação à rede de serviços básicos tradicionais nos territórios em que atua<sup>1-3</sup>. Ao contrário do modelo assistencial tradicional, centrado na doença e no hospital, a ESF prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua<sup>1</sup>.

A organização do trabalho desenvolvido pela ESF prevê o acompanhamento da população adscrita pelas equipes de saúde, que são compostas minimamente por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, quatro a seis agentes comunitários de saúde, um dentista e auxiliares. Tais profissionais desenvolvem ações de diagnóstico precoce das doenças, bem como a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, abrangendo inclusive a identificação das causas que acarretam riscos à saúde da população<sup>4-7</sup>.

Nesse modelo de assistência, as ações executadas na Atenção Primária têm, dentre outras finalidades, a redução do risco de internações<sup>8</sup>. Vale lembrar que as “Condições sensíveis à atenção básica” são problemas de saúde tratados por ações típicas do primeiro nível de atenção em saúde, cuja evolução, em caso de ausência de atendimento efetivo e oportuno, pode requerer a hospitalização dos pacientes. Tais internações têm sido utilizadas como indicadores para a avaliação e o monitoramento da efetividade da Atenção Primária<sup>9</sup>.

Em 2007, cerca de 13% das hospitalizações não relacionadas a gestações e 27,4% das internações de indivíduos de 60 anos ou mais foram causadas por doenças cardiovasculares. Essas doenças geram o maior custo referente a internações hospitalares no sistema de saúde nacional<sup>10</sup>. Somando-se a isso, as doenças cardiovasculares também representam elevados custos sociais e econômicos para o país, pois atingem um grande contingente populacional em uma faixa etária em que a maioria dos indivíduos é economicamente ativos<sup>11</sup>.

Diante do exposto, este estudo teve por objetivo avaliar a cobertura da ESF no município do Rio de Janeiro no período de 2008 a 2013 e verificar a sua correlação com as internações por doenças cardiovasculares sensíveis à Atenção Primária

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo transversal com a utilização de dados secundários. Os dados referentes às Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) foram coletados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) do Banco de Dados da Prefeitura do Rio de Janeiro e os dados da cobertura foram obtidos por meio de pesquisas realizadas via internet ao Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Para cálculo da cobertura populacional potencial pela ESF foi utilizada a fórmula: (cobertura da ESF em determinado local e período x população total no mesmo local e período) x 100.000, conforme diretrizes do Ministério da Saúde.

Quanto à hipótese de associação entre a cobertura da ESF e as internações por doenças cardiovasculares sensíveis à Atenção Primária, vale destacar que primeiramente foram identificadas as internações através dos códigos da Lista Brasileira de Internações Sensíveis à Atenção Primária, publicada pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria SAS/MS nº 221, de 17 de abril de 2008. Essa Lista é composta de 19 grupos de causas, com 74 diagnósticos classificados de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID10). Para este estudo, foram selecionados os grupos de causas cardiovasculares com quatro diagnósticos: hipertensão arterial (I10, I11), angina pectoris (I20), insuficiência cardíaca congestiva (I50, J81) e doenças cerebrovasculares (I63 a I67, I69, G45 e G46).

Como critérios de inclusão, foram adotados a faixa etária acima de 40 anos e dados referentes às internações, como: diagnóstico primário, código do município, bairro de residência e ano de internação. Foram excluídas as Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs) não liberadas.

A análise dos dados foi feita utilizando o SPSS versão 21. Os dados das AIHs foram exportados e tabulados em uma planilha eletrônica do Excel. Na variável CNES, foi identificado o nome do estabelecimento de saúde. Na variável bairro, foi corrigida a ortografia, quando encontrado nome de rua foi localizado o bairro em busca pelo CEP, os bairros em branco ou que constavam nomes próprios foram descartados. Na análise descritiva, inicialmente foram identificados a cobertura e o número de equipes de ESF ao longo do período de 2008 a 2013. A internação segundo sexo e as condições cardiovasculares são apresentadas em gráficos ou quadros, na forma de frequência relativa ou absoluta.

Para analisar se a cobertura da ESF está associada à taxa de internação, foi utilizado o teste de correlação de Spearman com o nível de significância adotado de 5%. A taxa de hospitalização foi calculada pela fórmula: (nº de hospitalizações em determinado local e período/população no mesmo local e período) x 100.000.

O projeto de pesquisa foi aprovado em 24/JUN/2014 no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, respeitando-se todas as recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS, sob o protocolo 31157014.1.0000.5238.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A evolução da cobertura da ESF no município do Rio de Janeiro pode ser observada na Figura 1. Em 2008, a cobertura populacional era de 8,1%, passando para 39,41% em 2013. Vale destacar que, nesse período, no município do Rio de Janeiro, foram criadas as Clínicas da Família, unidades de saúde estruturalmente sofisticadas, equipadas adequadamente com desde insumos tradicionais a inovações tecnológicas, possibilitando o aumento no número de profissionais capacitados para a formação das equipes de atendimento.

A ESF se direciona para a promoção da equidade e sua inovação consiste em não abdicar da integralidade da assistência ao mesmo tempo em que proporciona maiores possibilidades de atendimento qualificado à população<sup>12</sup>. Seguindo o princípio da equidade, a implantação da ESF no município do Rio de Janeiro se deu prioritariamente em áreas que possuíam o menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Nesses casos, “a focalização assume o sentido de ação afirmativa ou discriminação positiva, a partir da instauração de uma seletividade dos potenciais beneficiários da política, de forma a ampliar o acesso econômico, social e cultural dos segmentos sociais que realmente precisam”<sup>13</sup>.

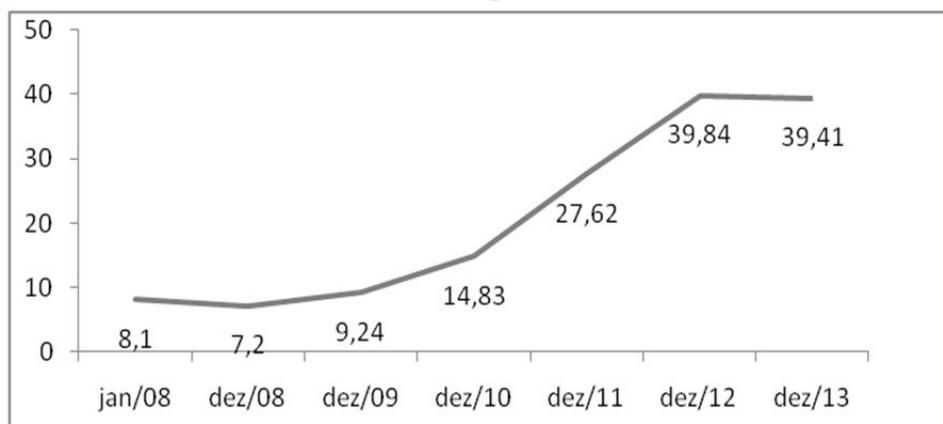
Apesar do resultado positivo da pesquisa, que revela um aumento na cobertura e consequentemente no número de ESFs no período de 2008 a 2013, vale refletir acerca desse achado. Dados do DATASUS/DAB em relação à cobertura para a população brasileira mostram que, no ano de 2013, no Brasil e em suas regiões, aconteceu uma expansão da desse modelo de assistência. Nesse período, 56,0% dos brasileiros estavam sendo cobertos pela ESF. No âmbito das regiões, no Sudeste, a cobertura populacional da ESF era de 44%, no Norte era de 53%, enquanto no Sul e Centro-Oeste 56% da população estavam cobertas pela ESF. No Nordeste, a cobertura era de 76%<sup>6</sup>. Nesse contexto, observa-se então que, mesmo havendo um aumento na expansão da ESF do município do Rio de Janeiro (39%), esta foi inferior àquela que aconteceu em âmbitos nacional e regional.

Esse dado é preocupante e aponta a dificuldade de expansão da ESF. Deve-se registrar, dentre os fatores dificultadores, a dimensão e a complexidade do Brasil, bem como as especificidades de cada local do país, que dificultam o sucesso da implantação de normas de caráter generalizado. Além disso, pesquisa aponta que a expansão insuficiente da cobertura da ESF nos grandes centros urbanos do país pode ter relação com o perfil epidemiológico desses locais, uma vez que a violência urbana e as emergências tendem a direcionar a demanda da saúde para a fragmentação e para a especialização do atendimento<sup>14</sup>.

Entretanto, vale destacar que, mesmo diante das dificuldades de expansão da ESF ao longo dos últimos anos, a Atenção Primária tem gradualmente se fortalecido como condição necessária para a estruturação dos sistemas locais de saúde e para a efetiva consolidação dos princípios e diretrizes do SUS<sup>15</sup>. A organização dos serviços de saúde da Atenção Primária por meio da ESF vem priorizando ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, de forma integral e continuada. Esse modelo estrutura-se no reconhecimento das necessidades da população, alcançadas a partir da formação de vínculos entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde, em contato permanente com o território<sup>16</sup>.

O modelo de assistência proposto pela ESF tem a atenção à saúde centrada na família. Desse modo, os profissionais entram em contato com as condições de vida e saúde das populações, e compreendem o processo saúde-doença de forma ampliada. As intervenções vão além das práticas curativas. Os profissionais que atuam na ESF devem dispor de um arsenal diversificado e complexo de recursos tecnológicos. Sendo, portanto, um dos grandes desafios da ESF a promoção de um cuidado de qualidade e integral aos usuários.<sup>16</sup>

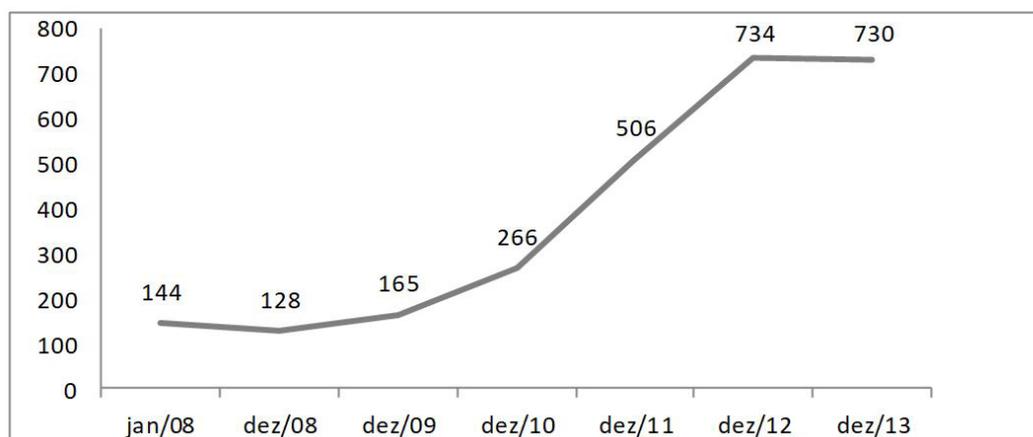
**Figura 1** – Evolução da Cobertura da ESF no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil, 2008 a 2013.



**Fonte:** Ministério da Saúde/Secretária da Atenção Saúde/Departamento de Atenção Básica – DAB, Elaborado pela autora, 2014.

Quanto ao número de equipes de ESF no município do Rio de Janeiro no período em estudo, nota-se que houve ampliação, passando de 144 equipes em 2008 para 730 no ano de 2013, o que representou um aumento de aproximadamente 507%. Contribuíram para esse aumento no número de profissionais, a forma e o valor de contratação e a incorporação da residência médica para garantir a oferta de profissionais para trabalhar nas Clínicas da Família (Figura 2).

**Figura 2** – Evolução do número de equipes da ESF no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil, 2008 a 2013.



**Fonte:** Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde/Departamento de Atenção Básica. Elaborado pela autora, 2014.

Em relação às internações por condições cardiovasculares sensíveis à Atenção Primária, verifica-se em todo o período de análise (2008-2013) um predomínio de mulheres internadas por conta da hipertensão arterial. Por outro lado, as internações tendo como causas as demais patologias - angina, insuficiência cardíaca e doenças cerebrovasculares - foram mais frequentes entre os pacientes do sexo masculino (Figura 3).

A promoção da Atenção Primária acessível e de qualidade pode evitar a hospitalização ou minimizar sua ocorrência para algumas condições de saúde sensíveis à atenção básica, dentre as quais se encontram as doenças cardiovasculares. Nesse sentido, o cuidado deve ser resolutivo e amplo, de maneira que a referência acontecerá somente em casos raros e incomuns que ultrapassem a sua competência. O indivíduo é assistido pelo serviço de atenção primária e tem o seu problema de saúde resolvido quando a porta de entrada é resolutiva, oportuna e de boa qualidade<sup>8</sup>.

A literatura nacional tem enfatizado a existência da relação entre a cobertura de ESF e as internações hospitalares. Municípios com maior cobertura da ESF têm apresentado menores taxas de internações hospitalares. Por outro lado, municípios com menor cobertura têm mostrado altas taxas de internação. Estudo realizado em Campo Grande (MS) apresentou queda no número de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial (ICSAP). Em 2000,

o número foi de 46.053, passando para 40.655 em 2009<sup>17</sup>. Outra pesquisa, realizada no Espírito Santo, constatou um declínio de ICSAP de 14,1 para 11,4 entre 2005 e 2009<sup>18</sup>.

**Figura 3** – Número e proporção das Internações por Condições Cardiovasculares Sensíveis à Atenção Primária segundo sexo e grupo de causas. Rio de Janeiro, Brasil, 2008 a 2013.

Características	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Hipertensão</b>						
Masculino	730(48,03)	686(43,83)	610(45,39)	713(43,69)	489(47,61)	454(47,14)
Feminino	790(51,97)	879(56,17)	734(54,61)	919(56,31)	538(52,39)	509(52,86)
<b>Angina</b>						
Masculino	897(58,32)	772(55,86)	975(59,02)	728(59,14)	904(60,83)	759(59,48)
Feminino	641(41,68)	610(44,14)	677(40,98)	503(40,86)	582(39,17)	517(40,52)
<b>Insuficiência Cardíaca</b>						
Masculino	2024(53,33)	2288(54,53)	2101(54,69)	1991(54,68)	1810(54,7)	1635(53,71)
Feminino	1771(46,67)	1908(45,47)	1741(45,31)	1650(45,32)	1499(45,3)	1409(46,29)
<b>Doenças Cerebrovasculares</b>						
Masculino	2782(55,13)	2955(57,22)	2811(54,26)	2676(53,35)	2410(51,63)	2595(52,31)
Feminino	2264(44,87)	2209(42,78)	2370(45,74)	2340(46,65)	2258(48,37)	2366(47,69)

A correlação entre a taxa de internação por doenças cardiovasculares e a cobertura da ESF está apresentada na Figura 4. Observa-se que não há associação linear entre as internações por hipertensão, angina e doenças cerebrovasculares e a cobertura da ESF ( $p > 0,05$ ). Já as internações por insuficiência cardíaca estiveram associadas ao aumento na cobertura da ESF ( $p < 0,001$ ). Constata-se que há forte correlação negativa no número de internações por insuficiência cardíaca no município do Rio de Janeiro no período de 2010 a 2013, ou seja, o aumento da cobertura da ESF esteve associado a uma queda linear no número de internações.

**Figura 4** – Taxa de internação dos grupos de doenças cardiovasculares (por 10 mil habitantes) correlacionada com a cobertura da ESF. Rio de Janeiro, Brasil, 2010 a 2013.

<b>Hipertensão</b>						
	2010	2011	2012	2013	Coefficiente de correlação	Valor p
Total de internações	1344	1632	1027	963	-0,800	0,200
Cobertura da ESF	25	38	44	45		
<b>Angina</b>						
Total de internações	1652	1231	1486	1276	-0,400	0,600
Cobertura da ESF	25	38	44	45		
<b>Insuficiência cardíaca</b>						
Total de internações	3842	3641	3309	3044	-0,999	< 0,001
Cobertura da ESF	25	38	44	45		
<b>Doenças cerebrovasculares</b>						
Total de internações	5181	5016	4668	4961	-0,800	0,200
Cobertura da ESF	25	38	44	45		

Esse resultado é excelente, visto que a insuficiência cardíaca é consequência da maioria das cardiopatias, caracterizada pela falência da função cardíaca em diferentes graus. Dentre as principais causas estão: doença isquêmica do coração, HAS e doença de Chagas. O seu caráter crônico e complexo demanda recursos diagnósticos avançados para o adequado estadiamento e consequente aplicação do tratamento adequado e a manutenção do paciente compensado em âmbito ambulatorial, sem a necessidade de internação<sup>19</sup>.

Além disso, sabe-se que as menores taxas de internações por condições sensíveis à Atenção Primária estão associadas a maior disponibilidade de médicos generalistas por habitantes, a melhor avaliação do serviço por parte do usuário, à continuidade da assistência com o mesmo médico de família, ao maior número de consultas preventivas e a regiões com centros de saúde<sup>20</sup>. Ressalta-se também que o trabalho deve ser articulado com foco nas necessidades de saúde da população, que se expressam, em boa parte, em situações demográficas e epidemiológicas singulares<sup>21</sup>.

Em relação às limitações do estudo, embora haja o uso crescente dos dados disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares SIH-SUS, deve ser ressaltado que o número de internações apresenta algumas limitações, como a confiabilidade e a qualidade nos registros das AIH, já que o SIH/SUS tem como objetivo principal o repasse financeiro para ressarcimento dos custos da internação. Além disso, o sistema não é universal, pois representa apenas as internações realizadas na rede pública de serviços. Entretanto, vale destacar que, no caso brasileiro, representa de 70% a 80% do total das internações realizadas no país<sup>22</sup>. Contudo, o viés que esse problema pode gerar deve ser não direcional, na medida em que, ocorrendo, não há razão para se esperar que ocorresse de modo diferente para usuários e não usuários da ESF.

## CONCLUSÃO

O presente estudo permite concluir que, ao longo do período de 2008 a 2013, no município do Rio de Janeiro, houve um aumento no número de equipes e expansão da ESF. Ao final de 2013, cerca de 40% da população no Rio estava coberta pela ESF. Entretanto, a expansão desse modelo de assistência foi menor do que o observado em âmbito nacional e regional. Os resultados mostram, ainda, que a expansão da ESF esteve associada a uma diminuição das taxas de internação por insuficiência cardíaca, o que não foi observado para as outras doenças cardiovasculares.

Por fim, é importante registrar que o processo de reestruturação da APS por si só não garante qualidade da atenção à saúde prestada à população. Ampliar a cobertura é uma intervenção efetiva dos programas de saúde, de grande importância para a efetividade da ESF, aliando melhoria da infraestrutura da assistência à saúde, condições para a atração de profissionais de saúde de qualidade, qualificação dos profissionais, melhoria do acesso ao serviço de saúde, melhoria no acesso e oferta de exames diagnósticos, saneamento básico e educação.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção

- Básica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p.
2. Trad LAB, Bastos ACS. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, abr/jun, 1998;14(2):429-435.
3. Ronzani TM. O psicólogo na Atenção Primária à Saúde: desafios, contribuições e redirecionamentos. Monografia de Especialização em Saúde Coletiva, Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora. 2000, 53p.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. – 2. ed. revista e atualizada. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 108 p
5. Brasil. Ministério da Saúde. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília; 2001.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos. Síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
7. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003.
8. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). Cad. Saúde Pública. 2009 June;25(6):1337-1349
9. Nedel FB, Facchini LA, Martín M, Navarro A. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. Epidemiol. Serv. Saúde. 2010 mar;19(1):61-75.
10. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. Lancet 2011;377(9781):1949-61.
11. Simão M, Nogueira MS, Hayashida M, Cesarino EJ. Doenças cardiovasculares: perfil de trabalhadores do sexo masculino de uma destilataria do interior paulista. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2002;2(4):27-35.
12. Souza LL, Costa JSD. Internações por condições sensíveis à atenção primária nas coordenadorias de saúde no RS. Rev. Saúde Pública, São Paulo, 2011;45(4):765-772.
13. Senna MCM. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002;18(sup):203-211
14. Machado CV, Lima LD, Viana LS. Configuração da atenção básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública 2008;24(Suppl 1):42-57.
15. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. Health services research, 2013 Jun;38(3):831-865.
16. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2013 Sep [cited 2016 July 04];66(spe):158-164. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>.
17. CAMPOS, Amanda Zandonadi de and THEME-FILHA, Mariza Miranda. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. Cad. Saúde Pública [online]. 2012;28(5):845-855
18. Pazó RG, Frauches DO, Galvêas DP, Stefenoni AV, Cavalcante ELB, Pereira-Silva FH. Internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo: estudo ecológico descritivo no período 2005-2009. Epidemiol. Serv. Saúde. 2012 Jun;21(2):275-282.

19. Azeka E, Jatene MB, Jatene IB, Horowitz ESK, Branco KC, Souza Neto JD et al. I Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca e Transplante Cardíaco, no Feto, na Criança e em Adultos com Cardiopatia Congênita, da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol* 2014;103(6Supl.2):1-126
20. Boing AF, Vicenzi RB. Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. *Rev. Saúde Pública*. 2012;46(2):359-66.
21. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011
22. Levin J. A Influência das Políticas de Saúde nos Indicadores Gerados pelo Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-Graduação, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

Recebido em: 25/09/2016

Revisões requeridas: Não houveram

Aprovado em: 04/01/2017

Publicado em: 05/07/2018

**\*Autor correspondente:**

Maria Helena Barcelos Pereira  
Hospital Federal do Servidor do Rio de Janeiro  
Morais e Silva, 97, Ap 403  
Maracanã, Rio de Janeiro, RJ, Brasil  
CEP: 20271 030