**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

MAYKON DIEGO MELO

**INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS
À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM GUARULHOS:
UM OLHAR DA ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA**

**SÃO PAULO
2014**

MAYKON DIEGO MELO

**INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS
À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM GUARULHOS:
UM OLHAR DA ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Emiko Yoshikawa Egry

**SÃO PAULO
2014**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Melo, Maykon Diego

Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Guarulhos: um olhar da enfermagem em saúde coletiva / Maykon Diego Melo -- São Paulo, 2014.
211 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profa. Dra. Emiko Yoshikawa Egry
Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Hospitalização 2. Atenção Primária à Saúde 3. Saúde Pública 4. Enfermagem

MAYKON DIEGO MELO

INTERAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM GUARULHOS: UM OLHAR DA ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Cuidado em Saúde.

Aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho a meus pais, Valdir e Edlamar, por me apoiarem e acreditarem em meu futuro. Meus dois principais orgulhos na vida.

AGRADECIMENTOS

A Nossa Senhora da Aparecida, da qual sou devoto, e sempre intercedeu junto ao Nosso Senhor Jesus Cristo por meio de minhas orações e fé.

À minha orientadora Profa. Dra. Emiko Yoshikawa Egry, pela confiança, sabedoria, ensinamentos, apoio e compreensão, mas principalmente por me ajudar a enxergar o mundo por outra visão.

À Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) por me receber como aluno e iluminar meu processo de aprendizagem.

A todos os professores do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva (ENS) da EEUSP que integraram meus conhecimentos com outros saberes e formas de ensinar.

Aos funcionários da Secretaria de Pós-Graduação da EEUSP pelo método acolhedor e respeitoso com os estudantes, fato que nos surpreende desde o primeiro dia de chegada à Escola.

À Profa. Dra. Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca por seu carinho dispendido nos encontros do grupo de pesquisa.

Ao Prof. Bernardo dos Santos, pelas dúvidas sanadas na parte estatística.

Às amigas do grupo de pesquisa, Alexandra Bulgarelli, Claudia Marques, Dayann Martínez, Dora Salcedo, Karen Sakata, Lêda

Albuquerque, Máira Apostólico, Márcia Cubas, Marta Nolasco, Paula Miura, Teresa Moraes e Vânia Carnassale pelas ricas discussões sobre outros assuntos que auxiliam a interpretar minha realidade objetiva no trabalho.

À amiga Rafaela Gessner, pelo apoio e direcionamentos dispensados com muito humor durante a execução deste estudo.

À amiga Renata Laszlo, por me apresentar o tema das ICSAP e à Profa. Dra. Tânia Rehem, por me despertar o interesse pelo estudo das interações sensíveis no município em que trabalho.

À Diretora da Região de Saúde I Centro da Secretaria Municipal de Saúde de Guarulhos, Dra. Heloisa Helena Sampaio Ferreira de Castro e Gestora da Equipe Técnica Mônica Josefik Celestino, pela compreensão para realização deste estudo concomitante ao meu trabalho.

À Dra. Vanessa Provazi Hidalgo, integrante da Equipe Técnica da Região de Saúde I Centro, pelos ensinamentos do manuseio no banco de dados do Datasus.

Aos meus pais, Valdir e Edlamar, que jamais deixaram de me incentivar e apoiar em toda a minha vida enquanto estudante e profissional, principalmente pela compreensão, amor e luta travada pelo bem de seus filhos.

À minha irmã, Franciani Melo, por se espelhar em minha profissão e acreditar em meu potencial.

Aos meus avós paternos, Antônio (*in memoriam*) e Iracema, e maternos, Francisco e Eny, pela essencial contribuição com os primeiros e importantes passos desta caminhada.

Ao grande companheiro e amigo Thiago Dias, por sua paciência, ajuda nos momentos difíceis, conversas e discussões, compreensão, afeto e carinho.

Às amigas enfermeiras Gabriela Berchiol, Mariana Haddad e Michele Teixeira, pelo incentivo à realização do mestrado e por compartilhar dos anseios advindos do mesmo, assim como da vida particular e profissional.

Às professoras da graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), Dra. Maria Helena Guariente e Dra. Maria do Carmo Haddad, pelos ensinamentos primordiais da pesquisa científica e da atuação profissional.

Aos funcionários da Unidade Saúde da Família (USF) Itapegica do município de Guarulhos (SP), pelo ótimo trabalho que desenvolvem diariamente, acato respeitoso e mútuo durante minha gestão.

Aos amigos, Anderson, Eduardo, Fábio, Gustavo, Jeferson, Luciana, Margareth, Milton, Pedro, Rafael, Reginaldo, Valdecir e todos aqueles que me proporcionaram momentos de descontração e alegria nos últimos anos, mesmo que a distância.

A todos os meus colegas de profissão, amigos e familiares que de alguma forma estiveram e ainda estão ao meu lado: muito obrigado.

*Acusaram-me de fugir à realidade e de
refugiar-me no sonho.*

*Penso que não se pode considerar a realidade
como um panorama de uma superfície única,
pois uma paisagem tem várias espessuras.*

*E a mais profunda - aquela que somente a
língua poética pode revelar - não é o
menos real.*

Quero ir além da epiderme das coisas.

Chamam a isso o gosto do mistério.

A alma do Cinema - Federico Fellini.

Melo MD. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Guarulhos: um olhar da enfermagem em saúde coletiva [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

RESUMO

Introdução: As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) correspondem a um indicador empregado em diferentes países, inclusive no Brasil, com a finalidade de avaliação indireta da qualidade, resolubilidade e acesso oportuno dos cuidados de saúde primários. Poucos são os estudos nacionais que interpretam os resultados das ICSAPs na visão realista da Saúde Coletiva e da Determinação Social do processo saúde-doença. **Objetivo:** Conhecer o panorama das ICSAPs de residentes no município de Guarulhos (SP) e relacionar os aspectos sociais que determinam o perfil dessas internações. **Método:** Pesquisa ecológica realizada em 2014 que utilizou elementos secundários das hospitalizações dos anos 2008 a 2012 disponíveis nos bancos de dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) (de acesso público eletronicamente), sustentado pela Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva. A compreensão do fenômeno das ICSAPs na realidade de Guarulhos foi alcançada por meio de duas categorias de análise: 1) Políticas e produção de saúde no município com destaque para a APS e 2) Perfis de saúde-doença com destaque nas ICSAPs. Os grupos de diagnósticos sensíveis foram obtidos com base na Lista Brasileira de ICSAP, com as informações tabuladas sob o auxílio do aplicativo Tabwin (Versão 3.5) e analisadas por meio de estatística descritiva simples em uma planilha eletrônica do Microsoft Excel®. **Resultados:** A taxa de ICSAP seguiu trajetória ascendente, com variação percentual positiva de 20%, sendo que o total de ICSAP, em relação às hospitalizações gerais (exceto partos), foi de 16,2% (47.703 internações). Verificou-se relação inversa entre a cobertura populacional por equipes de Saúde da Família e a ocorrência de ICSAP. O sexo masculino foi o mais acometido pelas internações sensíveis, porém com diferença de apenas 3% em relação ao sexo feminino. Constatou-se na análise das ICSAPs por faixa etária que o número de internações é

diretamente proporcional aos extremos da idade, ou seja, crianças e idosos apresentaram maior percentual de hospitalizações evitáveis. As cinco principais causas de internações sensíveis foram: insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares, angina, pneumonias bacterianas e infecções no rim e trato urinário; e os principais grupos de diagnósticos registrados com variação positiva foram: doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis, infecções no ouvido, nariz e garganta e anemia. Relacionam-se tais resultados aos pífios indicadores sociais apresentados no município, somados às grandes áreas de vulnerabilidade social disposta no território guarulhense. **Conclusão:** O aumento na taxa de ICSAP revela a fragilidade dos sistemas ambulatoriais, com ênfase na atenção primária. A consolidação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), voltadas para as doenças crônicas, deve ser alcançada com o entendimento da determinação social no processo de adoecimento da população, integralizando diferentes setores públicos no intuito de oportunizar a assistência com qualidade, principalmente aquela promovida pelos cuidados primários.

PALAVRAS-CHAVE: Hospitalização, Atenção Primária à Saúde, Saúde Pública, Enfermagem.

Melo MD. Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions in Guarulhos, São Paulo: a view of nursing in public health [dissertation]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

ABSTRACT

Introduction: Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) correspond to an indicator used in different countries, including Brazil, in order to indirectly assess the quality, resolution and timely access to primary care. There are few national studies that interpret the results of the ACSCs realistic view of Public Health and Social Determination of the health-disease process. **Objective:** To understand the landscape of ACSCs residents of the municipality of Guarulhos (São Paulo) and relate the social aspects that determine the profile of these hospitalizations. **Method:** Ecological research conducted in 2014 used a secondary elements of hospitalizations the years 2008-2012 available in the databases from the Hospital Information System of the Unified Health System (HIS-UHS) (electronically for public access), supported by the Praxical Theory of Intervention of Collective Health Nursing. Understanding the phenomenon of ACSCs actually Guarulhos was achieved through two categories of analysis: 1) Policies and health production in the municipality especially the APS and 2) Profiles of health and disease with emphasis on ACSCs. Groups of sensitive diagnoses were obtained from the Brazilian List ACSC with the information tabulated under the aid of Tabwin application (version 3.5) and analyzed using simple descriptive statistics on a spreadsheet in Microsoft Excel[®]. **Results:** The rate of ACSC followed an upward trend, with positive percentage change of 20%, and the total ACSC in relation to general admissions (excluding obstetrics), was 16.2% (47,703 admissions). There was an inverse relationship between population coverage by family health teams and the occurrence of ACSC. Males were more affected by sensitive admissions, but with a difference of only 3% compared to females. It was found in the analysis of ACSCs by age group the number of admissions is directly proportional to the extremes of age, i.e. children and elderly had the highest percentage of avoidable hospitalizations. The five main causes of sensitive admissions were: heart

failure, cerebrovascular disease, angina, pneumonia and bacterial infections in the kidney and urinary tract; and major diagnostic groups registered a positive variation were preventable by immunization and sensitive conditions, infections in the ear, nose and throat and anemia. Relate these results to the meager social indicators in the city, added to the large areas of social vulnerability in the Guarulhos's territory.

Conclusion: The increased rate of ACSC reveals the fragility of outpatient systems, with emphasis on primary care. Consolidation of Health Care Networks (SAN), facing chronic diseases, should be achieved by understanding the social determinants of illness in the process of population, paying in different public sectors in order to nurture the quality care, especially that promoted by primary care.

KEYWORDS: Hospitalization, Primary Health Care, Public Health, Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1** – Evolução da cobertura do Programa Saúde da Família no Brasil 1998 - Agosto 2011. São Paulo, 2014 45
- Figura 2** – Formação da comunidade localizada no Jardim São João, região periférica de Guarulhos. São Paulo, 2014..... 84
- Figura 3** – Localização geográfica do município de Guarulhos em relação à RMSP. A área verde, corresponde a RRAS 2 (Alto Tietê). São Paulo, 2014 86
- Figura 4** – Mapa dos bairros em Guarulhos classificados de acordo com as condições socialmente prioritárias. São Paulo, 2014..... 89
- Figura 5** – Representação gráfica das pirâmides etárias distribuídas por sexo, segundo grupos de idade, do município de Guarulhos, entre os anos 2000 e 2010. São Paulo, 2014 91
- Figura 6** – Áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde, Distritos e Regiões de Saúde em Guarulhos, a partir de 2010. São Paulo, 2014..... 95
- Figura 7** – Grupos de causas para ICSAP que tiveram **aumento** na variação percentual, na análise dos anos 2012-2008, em residentes de Guarulhos. Brasil, 2008-2012..... 116
- Figura 8** – Grupos de causas para ICSAP que tiveram **redução** na variação percentual, na análise dos anos 2012-2008, em residentes de Guarulhos. Brasil, 2008-2012..... 116
- Figura 9** – Trajetória das cinco principais causas de ICSAP entre os homens residentes em Guarulhos, durante os anos de 2008 a 2012. Brasil, 2008-2012 119
- Figura 10** – Trajetória das cinco principais causas de ICSAP entre as mulheres residentes em Guarulhos, durante os anos de 2008 a 2012. Brasil, 2008-2012 120
- Figura 11** – Comparação do número de internações registrado entre os sexos masculino e feminino, de residentes em Guarulhos, durante os anos de 2008 a 2012. Brasil, 2008-2012..... 121

Figura 12 – Proporção das cinco principais causas de ICSAP registradas no SIH-SUS, em idosos ≥ 65 anos, residentes de Guarulhos no período de 2008 a 2012. Brasil, 2008-2012.....	123
Figura 13 – Proporção das cinco principais causas de ICSAP registradas no SIH-SUS, na faixa etária entre 45 e 64 anos, residentes de Guarulhos no período de 2008 a 2012. Brasil, 2008-2012	124
Figura 14 – Proporção das cinco principais causas de ICSAP registradas no SIH-SUS, em menores de um ano, residentes de Guarulhos no período de 2008 a 2012. Brasil, 2008-2012	125

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – População guarulhense e suas coberturas populacionais por equipes Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, entre os anos de 2008 a 2012. Brasil, 2008-2012.....	94
Tabela 2 – Quantidade de Unidades Hospitalares por natureza seguida pelo número e variação percentual de Leitos não SUS e Leitos SUS, no período de 2008 a 2012. Brasil, 2008-2012.....	105
Tabela 3 – Beneficiários de planos privados de saúde no município de Guarulhos por tipo de contratação, entre os anos de 2008 a 2012. Brasil, 2008-2012	106
Tabela 4 – Indicadores de produção hospitalar em residentes de Guarulhos registrados no SIH/SUS, entre os anos de 2008 a 2012. Brasil, 2008 a 2012.....	109
Tabela 5 – Hospitalizações registradas no SIH/SUS, por sexo e partos entre os anos de 2008 a 2012, seguidas por suas proporções. Brasil, 2008-2012	109
Tabela 6 – Número e proporção de internações hospitalares registradas no SIH/SUS, por grupo etário selecionado, em residentes de Guarulhos nos anos de 2008 a 2012. Brasil, 2008-2012.....	110
Tabela 7 – Média, total e variação percentual de internações exceto partos, ICSAP, não ICSAP e suas respectivas taxas em residentes de Guarulhos nos anos de 2008 a 2012. Brasil, 2008-2012.....	112
Tabela 8 – Frequência das internações por ICSAP e não ICSAP seguidas de seus valores total e médio da AIH, em residentes de Guarulhos no período de 2008 a 2012. Brasil, 2008-2012.....	113
Tabela 9 – Número e proporção de ICSAP segundo grupo de causas, dos residentes do município de Guarulhos (SP), entre os anos de 2008 a 2012. Brasil, 2008-2012	115

Tabela 10 – Distribuição dos números e percentuais de ICSAP, segundo grupo de causas e sexo, em residentes do município de Guarulhos, entre os anos de 2008 a 2012. Brasil, 2008-2012..... 118

Tabela 11 – Número e proporção de ICSAP registradas no SIH/SUS, por grupo etário selecionado, em residentes de Guarulhos nos anos de 2008 a 2012. Brasil, 2008-2012 122

LISTA DE ABREVIATURAS

Achad.	Achados
Alg.	Algumas
Anorm.	Anormais
Clín.	Clínico
Cong.	Congênita
Conseq.	Consequência
Deform.	Deformidades
Dra.	Doutora
Enven.	Envenenamento
Ex.	Exame
Hemat.	Hematopoiéticos
Imunitár.	Imunitários
Imuniz.	Imunização
km	Quilômetro
Laborat.	Laboratorial
Malf.	Malformação
Out.	Outras
Prev.	preveníveis
Profa.	Professora
Sint.	Sintomas
Sist.	Sistema
Tec.	Tecido
Trasnt.	Transtornos

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
Abrasco	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACSC	Ambulatory Care Sensitive Condition
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária à Saúde
CAE	Centro Acadêmico de Enfermagem
CAPD	Centro de Atendimento à Pessoa Deficiente
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CCZ	Centro de Controle de Zoonoses
CDSS	Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Centro de Estimulação Precoce
CERESI	Centro de Referência à Saúde do Idoso
CEREST	Centro de Referência à Saúde do Trabalhador
CETESB	Companhia Ambiental do Estado de São Paulo
CGI	Colegiados de Gestão Intramunicipais
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CID	Classificação Internacional de Doenças

CIPESC	Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CNESnet	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde na Internet
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CSAA	Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial
CSAP	Condições Sensíveis à Atenção Primária
DAB	Departamento de Atenção Básica
DAC	Doenças do Aparelho Circulatório
Datasus	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
DEF	Definição
DRS	Departamento Regional de Saúde
DS	Distrito de Saúde
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EAB	Equipe de Atenção Básica
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
ENS	Enfermagem em Saúde Coletiva
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
GM	Gabinete do Ministro

HCN	Health Care Networks
HIS-UHS	Hospital Information System of the Unified Health System
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPRS	Índice Paulista de Responsabilidade Social
IPVS	Índice Paulista de Vulnerabilidade Social
MHD	Materialismo Histórico e Dialético
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OSS	Organização Social de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PIB	Produto Interno Bruto
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica

PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PROESF	Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSD	Processo Saúde-Doença
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RMSP	Região Metropolitana de São Paulo
RO	Realidade Objetiva
RRAS	Rede Regional de Atenção à Saúde
RS	Região de Saúde
RS	Rio Grande do Sul
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SAAE	Serviço de Abastecimento de Água e Esgoto
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade
SC	Saúde Coletiva
SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SF	Saúde da Família
SIH	Sistema de Informações Hospitalares

SIH-SUS	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SP	São Paulo
SRC	Síndrome da Rubéola Congênita
SS	Saúde Suplementar
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose Pulmonar
TCU	Tribunal de Contas da União
TIPESC	Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
ULP	Unidade de Longa Permanência
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UPA	Unidade de Pronto-Atendimento
USF	Unidade Saúde da Família
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
VAS	Vias Aéreas Superiores

LISTA DE SÍMBOLOS

$<$	Menor
$\geq$	Maior ou igual

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	39
2	OBJETIVOS	53
2.1	GERAL	55
2.2	ESPECÍFICOS.....	55
3	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	57
3.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	59
3.2	SAÚDE COLETIVA.....	66
3.3	DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA	70
4	MATERIAL E MÉTODO	77
4.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	79
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO.....	81
4.2.1	<i>A cidade de Guarulhos: formação e desenvolvimento histórico.....</i>	<i>81</i>
4.2.2	<i>Perfil atual da cidade de Guarulhos.....</i>	<i>86</i>
4.3	FONTE E COLETA DE DADOS	97
4.4	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	100
4.5	PROCEDIMENTOS ÉTICOS	101
5	RESULTADOS	103
5.1	REDE HOSPITALAR DE GUARULHOS.....	105
5.2	PERFIS DAS INTERNAÇÕES QUE OCORRERAM EM GUARULHOS	108
5.3	PERFIS DAS ICSAPs E NÃO ICSAPs QUE OCORRERAM EM GUARULHOS	111
5.4	DETALHAMENTOS DAS ICSAPs QUANTO AOS GRUPOS DE CAUSA, AO SEXO E À FAIXA ETÁRIA.....	113
5.4.1	<i>Quanto aos grupos de causa.....</i>	<i>113</i>
5.4.2	<i>Quanto ao sexo.....</i>	<i>117</i>
5.4.3	<i>Quanto à faixa etária.....</i>	<i>122</i>

6	DISCUSSÃO	127
6.1	POLÍTICAS E PRODUÇÃO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO COM DESTAQUE PARA A APS.....	131
6.2	PERFIS DE SAÚDE-DOENÇA COM DESTAQUE NAS ICSAPs	140
7	CONCLUSÕES	165
	REFERÊNCIAS	171
	APÊNDICES.....	199
	ANEXO.....	209

APRESENTAÇÃO

Formado em Enfermagem pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), em 2007, sempre me dediquei aos estudos de Urgência e Emergência participando da Liga do Trauma, estagiando em Pronto-Atendimento, Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) e Unidades de Tratamento Intensivo (UTI). A velocidade, a adrenalina e as surpresas clínicas evidenciadas nestes setores me alegravam enquanto aluno de enfermagem.

Durante a graduação, iniciei na investigação científica com outros interesses, principalmente os voltados para uma boa formação curricular, a meu ver. No decorrer dos anos, esta atividade foi me motivando cada vez mais, saciando minha curiosidade e subsidiando minhas indagações emanadas da prática. A situação se intensificou quando descobri o prazer de ensinar, o qual não pode ser executado sem o conhecimento e método científico.

Ao mesmo tempo, me dedicava ainda às reuniões do Centro Acadêmico de Enfermagem (CAE), onde discutíamos as diretrizes políticas do Sistema Único de Saúde (SUS) e as pedagógicas da Universidade. Mais tarde fui eleito presidente do CAE, mas confesso que as discussões teóricas e filosóficas neste ambiente eram um pouco difíceis de compreender, talvez por estar fascinado com toda a tecnologia pertencente à urgência e emergência e acreditar que a saúde só era possível com o investimento nesse setor.

Tive meu primeiro emprego após ser aprovado num concurso em Campinas (SP), em 2008, num Pronto-Socorro Municipal, no qual atuei por dois anos e nesse período comecei a especialização em Enfermagem em Emergência na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), na capital paulista.

Simultaneamente cursei algumas disciplinas como aluno especial na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), intencionando adentrar ao mestrado tão logo fosse possível, pois

entre outras necessidades, fui convidado a dar aulas em uma universidade que me exigia o título de mestre para continuar como docente.

No final de 2009, o processo seletivo de Campinas chegou ao término e para que todos os aprovados anteriores continuassem em seus cargos teríamos de prestar uma nova prova. Entretanto, nessa mesma época fui convocado para assumir o cargo de enfermeiro da família numa Unidade Básica de Saúde em Guarulhos (SP), devido à aprovação no concurso, do qual eu havia me esquecido.

Temeroso em ficar desempregado, por quase um mês e meio permaneci vindo de Campinas até Guarulhos (± 111 km) para o novo emprego, agora na saúde pública (como era conhecido por nós do pronto-socorro), pela qual sempre tive meus prejulgamentos sobre sua importância, qualidade e funcionamento adequado. Mudei-me para Guarulhos em meados de fevereiro de 2010.

Tratava-se do início da quebra de paradigma na minha atuação profissional. No início, achava tudo muito burocrático, sem enxergar resolutividade alguma, pacientes me chamando pelo nome e me procurando diariamente para solucionar problemas que ultrapassavam minhas funções como enfermeiro e mero profissional de uma instituição pertencente a toda a rede assistencial de saúde. Enfim, a unidade me dava mais trabalho que o pronto-socorro, momento este de descontentamento profissional.

Não encontrando alternativa terminei minha especialização em emergência na UNIFESP, escrevendo uma monografia que tratasse de um assunto peculiar tanto ao pronto-socorro quanto à atenção básica: o acolhimento da demanda espontânea nos serviços de saúde.

Quase no final do ano, já compreendendo um pouco mais sobre a função da Estratégia Saúde da Família (ESF), comecei a perceber que a unidade em que eu estava trabalhando possuía diversas dificuldades que a descaracterizavam de uma ESF. As

equipes eram incompletas, o espaço da unidade insuficiente, o número de cadastrados ultrapassava em grande quantidade o preconizado, o acesso era custoso e todos nós trabalhávamos na operação queixa-conduta, dentre outras complexidades no serviço.

Anterior a essa noção, já havia solicitado transferência de local de trabalho, devido à distância entre este e minha moradia (18 quilômetros) que começou a se refletir nocivamente em minha saúde, principalmente devido ao trânsito e ao estresse que eu acumulava dia-a-dia indo trabalhar.

No início de 2011, fui transferido para uma USF localizada no centro de Guarulhos, mais próxima de minha casa e na qual comecei a enxergar de fato a função da ESF. A unidade possuía apenas duas equipes e eu estava chegando para compor a terceira, inicialmente. Havia muitas qualidades (a meu ver, naquele momento) neste novo local: equipes completas, número adequado de cadastrados para cada Agente Comunitário de Saúde (ACS), territorialização, consultórios para todos os profissionais, grupos de promoção à saúde, agendas com número de vagas ajustadas, pouca demanda reprimida e acolhimento funcionando como descrito no protocolo do Ministério da Saúde, ou seja, me reanimei com a profissão.

Decidi então fazer uma nova especialização (*lato-sensu*), agora voltada para a Saúde da Família, ao mesmo tempo em que ingressei no mestrado, ambos na UNIFESP, por estar morando agora mais próximo de São Paulo e não conseguir, desta forma, voltar para a UNICAMP.

Minha intenção era cada vez mais encontrar novas maneiras de realizar o acolhimento da demanda espontânea e como classificar o risco das queixas trazidas pela mesma, uma vontade remanescente dos anos no pronto-socorro.

Entretanto, devido à greve dos funcionários e professores na Universidade Federal de SP, na metade de 2011, e para não perder

a oportunidade de ter sido liberado do trabalho para comparecer às disciplinas exigidas pelo Programa de Pós-Graduação, decidi me inscrever como aluno especial em algumas disciplinas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), a princípio, naquelas voltadas para o auxílio da construção do método científico.

Nesse mesmo período, passei a conhecer e a me interessar pelas pesquisas a respeito da Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC), que confere autonomia, cientificidade e transformação na atuação do enfermeiro da família.

Ao me debruçar sobre as publicações desta temática, percebi que as principais pesquisadoras desta linha se encontravam na EEUSP, bem próximo de onde eu já estava e logo tendi a querer encontrar uma forma de empregar a CIPESC no acolhimento.

Foi quando me inscrevi para o segundo semestre de 2011, nas disciplinas Enfermagem em Saúde Coletiva I e II (ENS I e II), coordenadas pela Professora Dra. Emiko Yoshikawa Egry, que me aceitou como aluno especial, com as Profas. Dras. Maria Rita Bertolozzi, Maria Amélia de Campos Oliveira e Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca.

No desdobramento dessas duas disciplinas passei a compreender os reais objetivos da prática de enfermagem em saúde coletiva baseados em diferentes referenciais teórico-filosóficos, dos quais tive uma humilde aproximação nos tempos do centro acadêmico, todavia somente agora os mesmos aguçaram meu interesse para apreensão.

Constatei que meus anseios, derivados do processo de trabalho em enfermagem, estavam solapados iguais àqueles assuntos que a gente não gosta de discutir com ninguém para não gerar mais inquietação e eram ofuscados pelo agito da urgência e emergência que evitava minha reflexão sobre a prática profissional.

Com a ENS I e II, conseguimos analisar criticamente os elementos da prática de enfermagem tendo por referência a Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC), elaborada pela professora Dra. Emiko. Nesse momento, as referências dos estudos de Egry tornaram-se valiosos exemplos para mim das grandes transformações da enfermagem e a professora se tornou meu ídolo profissional.

Pude entender a realidade do acolhimento nas dimensões estrutural, singular e particular, assim como abranger a prática desta ferramenta levando em conta a historicidade e dinamicidade do sistema de saúde no Brasil e no mundo. O entendimento do processo saúde-doença determinado socialmente amenizou meus conflitos pessoais na assimilação da saúde não só como ausência da doença.

Com isso descobri que o acolhimento não era mais meu foco de investigação, pois muitas das minhas aflições já tinham sido absorvidas com uma nova forma de enxergar o problema.

Sendo assim, em uma das aulas do ENS I tivemos uma apresentação com os resultados da tese de doutorado da Profa. Dra. Tânia Rehem, a respeito das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, numa região da cidade São Paulo, relatando seus limites e potencialidades enquanto indicador de qualidade indireto da atenção básica.

O assunto, do qual minha primeira aproximação foi através de uma amiga de classe do próprio ENS I, Renata Laszlo, acabou sendo meu interesse de estudo majoritário para o mestrado, uma vez que o mesmo pode auxiliar no planejamento de saúde de uma determinada localidade, no caso, o município em que atuo profissionalmente.

No final de 2011, duas mudanças importantes ocorreram em minha trajetória acadêmica e profissional: a aprovação no mestrado na EEUSP (decidi prestar a prova na Escola por já ter cumprido

praticamente todos os créditos como aluno especial enquanto a UNIFESP permanecia em greve, além de as linhas de pesquisa de meu interesse estarem vinculadas aos docentes da EEUSP); e minha promoção no trabalho para gestor em saúde na USF Itapegica, a qual já trabalhava como enfermeiro da família.

Tendo as ICSAPs o poder de analisar a qualidade e o acesso da Atenção Primária à Saúde (APS), mesmo que indiretamente, além de seus resultados auxiliarem a reflexão e tomadas de decisões dos profissionais que atuam na gestão da saúde em cidades, Estados e países, aliado ao meu novo cargo correspondido, resolvi desenvolver a presente pesquisa com o intuito de aclarar novos caminhos a serem trilhados no fazer saúde em Guarulhos, uma vez que o campo das interações sensíveis ainda é pouco explorado no município.

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem impactado as discussões a respeito da organização dos complexos assistenciais em todo o mundo. Considerada a porta de entrada do sistema de saúde, a APS fundamenta-se pela atuação sobre a promoção e prevenção da saúde, com foco nas enfermidades e agravos mais prevalentes que acometem a população, além do manejo sobre as doenças existentes (Tura, Soares, Casartelli, 2014).

Para que a APS possa cumprir seu papel enquanto estratégia de orientação e organização da rede assistencial, suprimindo as necessidades da população é fundamental que os atores inseridos neste modelo compreendam a saúde como direito coletivo com foco no enfrentamento dos aspectos sociais que determinam tais necessidades, rumo às iniquidades (Souza, 2014).

Tem-se por consenso que a atenção primária é imprescindível na construção de um sistema de saúde robusto e que garanta resultados positivos para a assistência. Seu desdobramento disponibiliza uma organização eficiente dos cuidados básicos, cujos objetivos vão desde alcançar princípios de equidade, universalidade e integralidade até o acompanhamento dos cuidados continuados, num movimento de reorganização do modelo assistencial (Leone, Dussault, Lapão, 2014; Shi, 2012).

Starfield (2004) descreve que a atenção primária não se limita apenas ao diagnóstico da doença e do tratamento oportuno, todavia trata-se de uma ferramenta potencial na determinação do processo de trabalho de toda a rede de saúde, ordenando as necessidades assistenciais dos usuários num eixo multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial.

Entre os países da América Latina, a implantação da APS foi conquistada gradualmente em meio às lutas travadas pelos movimentos sociais, no final da década de 1960, contra as concepções da saúde individual, curativa e hospitalocêntrica, ligadas

exclusivamente aos processos biológicos, atendendo apenas às demandas do sistema econômico vigente (Vaitsman, Ribeiro, Lobato, 2013).

No Brasil, tais reflexões e mudanças na assistência legitimavam o movimento da Reforma Sanitária e edificavam no país, o conceito de Saúde Coletiva, constituído nos limites entre o biológico e o social, surgindo como um novo campo de teorias e práticas em oposição à Saúde Pública (Egry, Fonseca, Oliveira, 2013).

A luta brasileira pela transformação do paradigma assistencial biologicista permitiu o desenvolvimento da APS com primazia a partir da Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que assumiu em suas políticas assistenciais o conceito “Atenção Básica (AB)” em vez de Atenção Primária à Saúde. Mesmo permeadas por críticas e por mais que carreguem contextos conceituais e ideológicos distintos, abrangendo desde os referenciais funcionalistas e racionais até os mais progressistas, quase que numa significação oposta, as definições de AB e APS são empregadas no país como sinônimas (Mello, Fontanella, Demarzo, 2009; Mendes, 2011).

Sendo assim, a AB passou a representar o primeiro contato da assistência sanitária, responsável pelo conjunto de serviços voltados para as principais demandas assistenciais dos indivíduos. Esta nova forma de atenção à saúde se tornou responsável pela integração setorial hierarquizada, sendo destinada aos procedimentos básicos à prevenção, cura, reabilitação e promoção da saúde, ao passo que os níveis de média e alta complexidade corresponderiam à assistência secundária e hospitalar (Silva, 2011).

Avançando neste contexto, surge no Brasil o Programa Saúde da Família (PSF), criado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, com o propósito de (re)orientar a organização da AB no país, no sentido de garantir as políticas de territorialização, longitudinalidade

do cuidado, intersectorialidade, descentralização e corresponsabilização, priorizando grupos populacionais do território (Brasil, 2009a).

O PSF sugeria atividades de operacionalização mediante o trabalho de prevenção das enfermidades mais comuns na população, além da manutenção da saúde de famílias localizadas numa área geográfica delimitada, a partir da implantação de equipes multiprofissionais. Visava ainda, à provocação de mudanças no modelo assistencial, ou seja, romper com a referência passiva das Unidades Básicas de Saúde (UBS), através do envolvimento das ações ligadas diretamente à comunidade (Souza, 2010).

Inicialmente, o Programa foi implementado na região Nordeste do país, após a assertiva do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1990, que era voltado para ações comunitárias relacionadas aos determinantes do processo saúde-enfermidade infantil e materno (Sampaio, Mendonça, Junior, 2012).

Em seguida, sua expansão foi acelerada com a declaração da Norma Operacional Básica 01/1996 do SUS (NOB/96), que instituiu um novo modelo de financiamento para a APS, denominado Piso de Atenção Básica (PAB). Este modelo propôs que os municípios que aderissem e fossem habilitados passariam a receber um valor substancial, *per capita*, para o custeio da atenção primária em função da população atendida, e não mais pelo número de procedimentos realizados (Portela, Ribeiro, 2011; Sampaio, Mendonça, Junior, 2012).

Posteriormente, o MS publica a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), através da Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006, reafirmando os princípios gerais da AB e da Saúde da Família (SF), juntamente com os Estados e municípios. Tal compromisso ficou conhecido como Pacto pela Saúde, que pretendia superar a estrutura da rede regionalizada de ações e serviços capazes de qualificar o processo de gestão e melhorar as

atividades em saúde ofertadas aos brasileiros, garantindo o acesso a todos (Brasil, 2006).

A partir daí, houve definição exata das responsabilidades de cada esfera governamental quanto à atuação da AB e a validação da SF como estratégia nacional, alterando a nomenclatura *programa* para *estratégia*, tornando-se Estratégia Saúde da Família (ESF), no intuito de melhor representar a política nacional de saúde (Sampaio, Mendonça, Junior, 2012).

No último mapeamento realizado até agosto de 2011, mais da metade da população brasileira estava coberta por equipes de Saúde da Família (Figura 1). Já em 2013, constatou-se quase 110 milhões (57,3%) de usuários cobertos pela Estratégia, contra apenas 1,1 milhão em 1994, no início do programa (Brasil, 2014a).

Destaca-se ainda que a caracterização da ESF, enquanto modelo de atenção básica, passa a assumir a lógica ordenadora do cuidado por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS) que se traduzem em novos arranjos organizativos da atenção e da gestão em saúde com o objetivo de superar a fragmentação nos diversos eixos assistenciais, considerando a APS/ESF como o centro de comunicação de toda a rede (Brasil, 2010).

As RASs foram formalizadas por meio da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro 2010, publicada pelo MS, pela qual estabelece o aperfeiçoamento do funcionamento político-institucional do SUS, com a finalidade de substanciar positivamente os indicadores em saúde brasileiros, possibilitando a integralidade, equanimidade e continuidade do cuidado de maneira centrada no usuário (Brasil, 2010).

Figura 1 – Evolução da cobertura do Programa Saúde da Família no Brasil 1998 - Agosto 2011. São Paulo, 2014

Fonte: Brasil, (2014b) adaptado pelo autor.

Nessa trajetória evolutiva da AB, destacam-se ainda importantes aprimoramentos que foram sendo construídos em consonância à consolidação da ESF, como os compromissos intersetoriais. A título de explanação, tem-se a parceria com o Ministério do Desenvolvimento Social, por meio do Programa Bolsa Família (PBF) que se configura numa ação governamental de transferência de renda para famílias carentes. Com isso, é exigida dessas famílias sua participação no monitoramento realizado também pelas equipes de saúde, as quais têm como função acompanhar alguns componentes básicos do cuidado, como: avaliação nutricional, verificação da carteirinha de imunização, acompanhamento da gestante no pré-natal, entre outros.

Além disso, estreitou vínculo com o Ministério da Educação universalizando o Programa Saúde na Escola (PSE) que visa a contribuir com atividades de prevenção, promoção e atenção à saúde na formação integral dos estudantes da rede básica de ensino. Passou a articular também com importantes iniciativas do próprio SUS, como a Academia da Saúde, desenvolvendo práticas corporais, orientação de atividade física, educação alimentar, entre outras (Sampaio, Mendonça, Junior, 2012).

A ESF evoluiu com a inclusão de Equipes de Atenção Básica (EAB) para a população de rua conhecida como Consultórios na Rua, assim como passou a ampliar o número de municípios que dispõem dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), expandindo os trabalhos multiprofissionais e interdisciplinares de forma integrada com a APS, apoiando-a e consolidando-a no território (Brasil, 2012a, 2009b).

Os efeitos desse crescimento e o impacto gerado por ele são demonstrados por um número ascendente de pesquisas publicadas em periódicos nacionais e internacionais que, em suma, comprovam a melhoria dos indicadores de saúde e social no país, representados principalmente pela mortalidade infantil, taxas de morbidades, indicadores da iniquidade, entre outros (Facchini et al., 2006; Guanais, Macinko, 2009; Paim et al., 2011; Rasella, Aquino, Barreto, 2010; Roncalli, Lima, 2006; Sampaio, 2008; Sampaio, Mendonça, Junior, 2012; Victora et al., 2011).

Embora a ESF busque maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais (Alfradique et al., 2009) e tenha produzido resultados favoráveis no que se refere à avaliação dos usuários, dos gestores e dos profissionais de saúde (Elias, Magajenski, 2006), pesquisas avaliativas de ações e resultados da atenção primária continuam sendo fundamentais para adequação e melhoria de políticas e planos assistenciais delineados em relação à mesma.

Nesse sentido, um instrumento que tem sido utilizado para avaliação indireta do primeiro ponto de atenção à saúde refere-se às Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), conhecida também como internações por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial (CSAA) ou internações potencialmente evitáveis (Caminal Homar, Casanova Matutano, 2003).

Este indicador contribui como estratégia no fortalecimento da APS/ESF, viável para melhorar a coerência e a coordenação da porta de entrada ao sistema especializado, relacionando a acessibilidade aos serviços ambulatoriais e analisando a qualidade da atenção básica (Campos, Theme-Filha, 2012).

O termo Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) é uma tradução livre da expressão inglesa *Ambulatory Care Sensitive Conditions* (ACSC) que passou a ser aplicada para grupos de diagnósticos específicos, para os quais uma APS resolutiva, de qualidade e oportuna, auxilia a diminuição das chances de hospitalização do indivíduo (Alfradique et al., 2009; Rosano et al., 2011).

O conceito de internações potencialmente evitáveis, como reflexo de problemas com a acessibilidade e efetividade da APS, surgiu no final da década 1980, nos Estados Unidos da América (EUA) (Billings, Teicholz, 1990).

Desde então, inúmeras pesquisas vêm se dedicando à análise de situações associadas às internações preveníveis ou evitáveis em diferentes dimensões territoriais, utilizando-as como ferramentas para avaliar e monitorar a APS, a partir de dados hospitalares (Bardsley et al., 2013; Boing et al., 2012; Cardoso et al. 2013, Gibson, Segal, McDermott, 2013; Pazó et al., 2013; Rehem, Egry, Ciosak, 2013; Rodrigues-Bastos et al., 2013; Rubinstein et al., 2014).

Uma internação sensível à atenção primária é aquela que poderia ter sido evitada através da utilização de recursos básicos dispostos no primeiro nível de atenção à saúde, desde que estes

sejam eficazes e de qualidade. As ICSAPs incluem doenças crônicas, tais como diabetes, asma, hipertensão; e doenças agudas, como pneumonia e outras infecções. Portanto, intervenções advindas do acesso hábil e da resolução adequada na APS potencializam a prevenção das hospitalizações sensíveis a ela.

No cenário internacional, diferentes listas de diagnósticos elencados como evitáveis pela APS são empregadas como marcadores de desempenho dos cuidados primários à saúde (Ansari et al., 2012; Rosano et al., 2011). No Brasil, o marco conceitual para a construção da lista nacional de ICSAP, objetivando avaliar a APS e comparar seu desempenho em todo o país, seguiu o modelo proposto por Caminal Homar e Casanova Matutano (2003). Desse modo, as causas foram selecionadas com base na listagem americana, aplicada em estudos realizados na Espanha e adaptadas à realidade brasileira (Alfradique et al., 2009).

De acordo com esse modelo, tem-se que para algumas condições de saúde que leve à hospitalização, uma APS/ESF oportuna e de boa qualidade, pode evitar a internação ou reduzir a sua frequência. Diante disso, em 2005 um grupo de pesquisadores (brasileiros e estrangeiros) e gestores do SUS, com experiência na APS, decidiu elaborar a primeira lista nacional de diagnósticos sensíveis à atenção primária (Alfradique et al., 2009).

Primeiramente, o grupo fez uma revisão das listas nacionais existentes nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, concomitante à revisão das listagens internacionais das ICSAPs. Concluíram que 38 diagnósticos faziam parte de todas as listas nacionais, enquanto somente nove faziam parte de todas as estrangeiras (Alfradique et al., 2009).

Durante as oficinas, os envolvidos no trabalho adaptaram os critérios de inclusão e exclusão dos diagnósticos sensíveis, seguindo as preconizações estabelecidas por Caminal et al. (2004): (1) enfermidades com evidência científica de que a causa de internação

é sensível à atenção primária; (2) ser uma condição de fácil identificação diagnóstica; (3) deve se tratar de um problema de saúde não raro; (4) o diagnóstico deve ser compatível com a capacidade de resolução da APS ou ao menos prevenível por ela; (5) haver necessidade de internação quando a condição estiver presente; (6) o diagnóstico não pode ser induzido por incentivos financeiros (Alfradique et al., 2009).

Diante de uma lista preliminar, os profissionais do Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde do MS revisaram os diagnósticos elencados pelo grupo e encaminharam a lista à Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade (SBMFC) para nova revisão, sugestões e alterações. Em seguida, a listagem foi submetida à consulta pública mediante os processos formais estabelecidos pelo MS nos últimos meses de 2007. Por fim, após nova avaliação do grupo operativo foi publicada a Lista Brasileira de ICSAP, com seus grupos de diagnósticos alinhados à décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (Alfradique et al., 2009; Brasil, 2008a).

O MS descreve que a lista será utilizada como instrumento de avaliação da APS e/ou da utilização do complexo hospitalar, cogitada ainda como estratégias de monitoramento do desempenho do sistema de saúde nos âmbitos nacional, estadual e municipal, a exemplo de Minas Gerais (Perpetuo, Wong, 2007), Ceará (Ceará, 2001) e Curitiba (Curitiba, 2006).

Caminal Homar e Casanova Matutano (2003) esclarecem que o critério que sustenta esse indicador revela que quanto maior a capacidade potencial da atenção primária em resolver os problemas básicos de saúde, menores serão os ingressos hospitalares, devido às atividades de prevenção e à melhoria dos tratamentos ambulatoriais.

Dessa forma, os resultados das ICSAPs atraem os epidemiologistas, pois retratam as morbidades evitáveis mais

prevalentes num determinado território. Além disso, a taxa de internação hospitalar por condições sensíveis à atenção primária pode servir de subsídio para gestores de saúde no momento de refletir sobre o financiamento adequado ao sistema, repercutindo na assistência de forma global (Alfradique et al., 2009; Bermúdez-Tamayo et al., 2004; Caminal et al., 2004; Carneiro, Caldeira, Santana, 2011).

Macincko (2008) reforça que uma atenção primária de qualidade e com acesso adequado poderá refletir em hospitalizações evitáveis, e esclarece que o estudo das ICSAPs auxilia na identificação dos problemas de acesso aos serviços de APS e avalia políticas de saúde diretamente ligadas a um território predefinido.

Pesquisas semelhantes também demonstram que quanto melhor o acesso à atenção primária e maior qualidade neste nível, menor as internações por CSAP (Chang, Pope, 2009; Hossain, Laditka, 2009; Starfield, 2008).

No entanto, Magan et al. (2011) alertam quanto à possibilidade de essas internações estarem relacionadas pujantemente às variáveis socioeconômicas em vez das características das atividades próprias da atenção primária.

Em consonância, autores têm identificado associações nos resultados das ICSAPs ao considerarem variáveis relacionadas ao sexo (feminino), faixa etária (crianças e idosos), baixo nível de renda, situações demográficas (áreas rurais), disparidades étnicas e raciais (não latinos e negros) (Ansari et al., 2012; Chang, Pope, 2009; Elias, Magajenski, 2008; Roos et al., 2005; Silva, 2011), além de determinações quanto à visão de mundo (idealista) e a compreensão do processo saúde-doença (multicausal) por parte dos atores envolvidos na execução das políticas de saúde (Rehem, 2011).

Contudo, a maioria dos estudos considera as internações por CSAP um indicador da efetividade do primeiro nível de atenção do sistema de saúde, pressupondo que as pessoas internadas por essas condições não receberam assistência efetiva e em momento oportuno, levando ao agravamento de sua condição clínica e exigindo hospitalização (Bermúdez-Tamayo et al. 2004; Brasil, 2008b; Castro, 2004).

Em confronto a esse pressuposto, médicos da APS na Espanha demonstram resistência à avaliação da própria prática clínica por meio das ICSAPs, uma vez que são diagnósticos de alta hospitalar e tendem a mensurar indiretamente a resolubilidade do cuidado primário (Gérvás, Homar, 2007). Em contrapartida, brasileiros da mesma categoria profissional foram favoráveis quanto às suas responsabilidades sobre o cuidado com afecções cujos desfechos podem gerar internações desnecessárias (Carneiro, Caldeira, Santana, 2011).

Hoje se pode afirmar que a avaliação das internações por CSAP é uma ferramenta imprescindível para o monitoramento do desempenho da rede assistencial e a avaliação da qualidade da atenção primária em várias nações, incluindo o Brasil. Conhecer a realidade para transformá-la é a finalidade deste estudo que teve como ***objetivo conhecer o panorama das ICSAPs registrado na cidade de Guarulhos***, maior cidade não capital do país, no período de 2008 a 2012.

Por estar inserido diretamente na APS de Guarulhos, o autor desta dissertação se interessou pela análise detalhada do comportamento das ICSAPs no município, uma vez descrita no Plano Municipal de Saúde (PMS) (2010-2013) (Guarulhos, 2010) com pouca ênfase e limitada investigação das reais causas dessas internações.

Portanto, justifica-se a pesquisa por Guarulhos apresentar, como uma das metas a ser alcançada em seu Plano, a diminuição

do número de internações sensíveis à atenção primária, constatando a necessidade do fortalecimento da Gestão do Cuidado e das Redes de Saúde ordenadas pela Atenção Básica (Guarulhos, 2010). Desse modo, o panorama das hospitalizações por CSAP, analisado à luz da Saúde Coletiva, subsidia os gestores na tomada de decisão e direciona suas reflexões para as políticas equitativas da atenção primária e garantia de uma atenção integral e universal.

2 Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Conhecer o panorama das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) de residentes de um município da Região Metropolitana de São Paulo.

2.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar o município em termos demográficos e socio sanitários, com base nas informações das condições de saúde, mortalidade, morbidade, vulnerabilidade social e desenvolvimento urbano, sendo estes resultados determinados historicamente.
- Descrever a rede hospitalar municipal, o perfil das ICSAPs e não ICSAPs que ocorreram no território entre 2008 e 2012 e sua relação com a disposição da atenção primária presente na cidade.
- Analisar as ICSAPs de acordo com o ano, a faixa etária, sexo e grupos de causas mais evidentes.
- Relacionar estes resultados diante das questões sociais, demográficas, ambientais, políticas, econômicas e culturais dispostas na realidade do município.

3 Referencial teórico– metodológico

3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária foram pensadas inicialmente como um indicador hospitalar com o objetivo de avaliar a qualidade e o acesso da Atenção Básica. Entretanto, estudos posteriores à publicação da Lista Brasileira de ICSAP demonstraram que esta avaliação deve ser realizada em consonância com o reconhecimento dos limites da APS, à qual sua (in)eficácia não é a única responsável pela hospitalização evitável de um indivíduo (Rehem, 2011).

Nesse sentido, a compreensão da determinação social do processo saúde-doença, objeto da Saúde Coletiva (SC), é essencial na análise empregada às ICSAPs, uma vez que o adoecimento do indivíduo ou família não é um simples resultado de múltiplos fatores, mas sim determinado pelo comportamento da sociedade frente ao modo de produção e reprodução econômica vigente.

Além disso, conhecer o histórico da urbanização e industrialização do município de Guarulhos nos auxilia a compreensão de determinadas realidades sociais e de saúde encontradas atualmente.

Sendo assim, há necessidade de fundamentar este estudo com base nestes arcabouços teóricos e filosóficos, os quais sustentam a interpretação das ICSAPs e iluminam as reflexões que norteiam os arbítrios deliberados na área da saúde.

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Historicamente, a doutrina da APS foi empregada como modalidade de organização dos sistemas de saúde na Inglaterra, por meio do Relatório Dawson, em 1920. Este documento do governo inglês buscou, por um lado, contrapor-se ao modelo flexineriano americano (estritamente biológico e individual), e por outro, constituiu-se numa referência para a organização do modelo de

saúde inglês, já que seus elevados custos preocupavam as autoridades daquele país, devido à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolubilidade (Mendes, 2002).

Apoiado numa forte crítica às concepções tradicionais da prática médica curativa e em meio às observações das iniquidades geradas no campo assistencial, o termo Atenção Primária à Saúde foi lançado primeiramente por White et al. em 1961, e a partir daí passou a ser difundido mundialmente, tendo por finalidade a reorganização estrutural dos serviços de saúde (Mendes, 2009a).

Entretanto, de acordo com Mota e Schraiber (2011), o projeto da APS ganhou destaque no cenário internacional somente no final da década de 1970, numa trajetória em que se pretendia relacionar os estudos em saúde com o desenvolvimento da sociedade. Nessa época, acontecia a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de Alma-Ata (1978), na qual representantes de diversos países, no âmbito da Organização Mundial da Saúde (OMS), deram início ao movimento da APS e definiram os cuidados primários como:

[...] cuidados essenciais [...] baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constitui a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978 apud Gusso, Benseno, Olmos, 2012, p. 94).

Dessa forma, constata-se que o modelo de atenção primária foi fundamentado num impulso de descentralização dos serviços e com apoio de programas inovadores, com o objetivo de ofertar acesso universal e ampliar o trabalho na saúde, além de expandir a

cobertura a outras áreas do cuidado (recursos diagnósticos, terapêuticos e hospitalares) e, principalmente, firmar uma assistência intersectorial de promoção da saúde e prevenção de doenças (Paim et al., 2011).

Com isso, a noção da Atenção Primária como núcleo do sistema de saúde nacional, passou a disseminar-se entre os países seguindo suas particularidades políticas, econômicas, sociais e culturais, porém com foco nas nações em desenvolvimento, inspirando espírito de justiça a uma condição aceitável de saúde (Andrade, Barreto, Bezerra, 2012).

Nesse íterim, reforçou-se a meta “Saúde para todos no ano 2000”, adotada pela OMS com a intenção de incentivar os governos e a própria instituição em alcançar um nível de saúde, até o ano 2000, que permitisse a todos os indivíduos a possibilidade de uma vida social e economicamente produtiva (OMS, 1981 apud Aguiar, 2003; Rodrigues, Anderson, 2011).

No sentido de reforçá-la, em 1998, Starfield publicou uma obra demonstrando evidências do impacto positivo da APS em diversos países, propondo métodos inovadores para avaliar os resultados produzidos pelo próprio nível assistencial e pelos profissionais da atenção primária (Starfield, 2004).

Segundo a autora e outros pesquisadores que a corroboram, a APS utiliza capital e trabalho em menor intensidade que as especialidades médicas, sendo ainda adaptável às necessidades de saúde básicas advindas de uma determinada sociedade. Os países que direcionam a assistência à saúde para a atenção primária apresentam melhores índices saudáveis, maior satisfação popular, quedas nos gastos e na mortalidade infantil (Mendes, 2009b; OPAS, 2005; Souza, Melo, 2013; Starfield, 2004).

De acordo com o Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde, que analisou reformas orientadas pela APS em países da União Europeia a partir de 1990, as funções desse modelo

são resumidas em: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, centralização na família, orientação para a comunidade e compreensão de um conjunto de ações de caráter individual e coletivo (Saltman, Rico, Boerma, 2010; Starfield, 2004).

Giovanella (2006), Leone, Dussault, Lapão (2014) e Mendes (2009b), destacam que vários países tomaram a atenção primária como “re-ordenadora” de seus sistemas de saúde, declarando motivação quanto à redução das despesas, à substituição das especialidades médicas que encarecem o financiamento na saúde e ao uso abusivo das tecnologias diante de situações corriqueiras no adoecimento da população, além de implicações na cultura organizacional do próprio sistema de saúde.

É importante lembrar que a compreensão de APS não segue um modelo consensual, variando entre um país e outro, de acordo com seus contextos históricos e interesses políticos vigentes (Mello, Fontanella, Demarzo, 2009).

A respeito disso, Tarismo e Webster (1997) citado por Aguiar (2003), ao reinterpretarem a APS, destacaram a polaridade entre duas compreensões: a primeira concebe a APS como um *nível de atenção à saúde*, ou seja, noção técnico-administrativa de como deve ser o contato de um indivíduo com o sistema de saúde e seu trânsito pelo mesmo; a segunda, como uma *abordagem dos problemas de saúde*, dividida em quatro princípios norteadores: 1) acesso universal e cobertura de acordo com as necessidades; 2) envolvimento individual e comunitário; 3) ações intersetoriais em prol da saúde e; 4) uso de tecnologia apropriada e custo-efetiva.

Já a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em conjunto com a OMS classificam a atenção primária didaticamente em três categorias: 1) nível de atenção (igualmente definida por Tarismo e Webster, anteriormente); 2) programa (com objetivos restritos à satisfação de necessidades elementares de grupos humanos de extrema pobreza); 3) estratégia (propondo minimizar os

problemas econômicos e gerenciais que permeiam usualmente os serviços de saúde) (Aguilar, 2003).

Mesmo essas interpretações guardarem certa semelhança entre si e até algumas limitações conceituais, como a adoção mais completa e fiel da proposta da APS originada em Alma-Ata (Aguilar, 2003), alguns autores repreendem-nas quanto ao seu conceito preventivista, idealizador e pouco real, declarando que as compreensões da APS não consideraram a capacidade do sistema de saúde nem as demandas dos usuários, tendo ainda um aspecto emocional e ideológico (Conill, 2008; Merhy, 2002; Moore, Showstack, 2003).

No Brasil, a APS foi se consolidando a partir do fortalecimento da Reforma Sanitária e dos movimentos sociais em luta pela redemocratização da nação, resultando na criação do SUS e com ele novos princípios norteadores para a atenção primária no país, tais como: universalidade, integralidade, equidade e controle social (Andrade, Barreto, Bezerra, 2012; Brasil, 2012b; Mota, Schraiber, 2011).

Não obstante as críticas, a APS brasileira se tornou referência na construção das propostas políticas do Ministério da Saúde. Sua transformação ocorreu principalmente com a implantação do PSF (1994), desenvolvido com o propósito de substituir a rede de atenção básica tradicional, ofertando uma política de acolhimento voltada às necessidades de saúde dos indivíduos e famílias, assistindo com humanização, cidadania e solidariedade todos os que procuram o serviço de saúde (Mota, Schraiber, 2011).

Com isso, num movimento de revitalização dos cuidados primários e reorientação da discussão em torno da APS, o MS lança o primeiro documento da Política Nacional de Atenção Básica em 2006, construída com a participação de membros das universidades, profissionais da saúde, trabalhadores do SUS, usuários e entidades representativas do sistema de saúde, num sentido de fortalecimento

do ponto de partida da assistência pública (Brasil, 2006, 2012b; Nascimento, Santos, Carnut, 2011).

A partir de então novos recursos repassados fundo a fundo desde a criação do PAB, assim como estratégias de avaliação, informatização e qualificação da APS, por meio da ESF, passaram a compor a agenda dos governantes num sentido de consolidação e ampliação da atenção primária em todo o território brasileiro.

Inúmeros trabalhos nacionais foram publicados com apresentações dos parâmetros favoráveis a um sistema de saúde organizado e coordenado através da atenção primária, particularmente pela ESF (Alfradique et al., 2009; Gomes, Silva, 2011; Machado, Baptista, Nogueira, 2011; Macinko, Guanais, Souza, 2006; Mendonça et al., 2012; Paim et al., 2011; Roncalli, Lima, 2006).

Sendo assim, uma nova Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), em 2012, foi instituída no país atualizando conceitos na política e introduzindo elementos ligados ao papel desejado da APS. Neste documento, a atenção primária passa a comandar a ordenação das Redes de Atenção, como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população (Brasil, 2012b).

Vale lembrar que as RASs partiram da concepção “dawsoniana” de sistemas públicos de saúde e se disseminaram por outros países na busca pela superação da fragmentação dos serviços médicos, tomando forma em 1990, nos EUA como sistemas integrados de saúde (Mendes, 2007). Esta nova estratégia corresponde à proposta de um sistema agregado tanto em atividades de suporte e na integração dos profissionais que atuam em diferentes níveis de atenção quanto no cuidado clínico, de forma coordenada e continuada (Linard, Castro, Cruz, 2011; Mendes, 2009b).

Além disso, representadas de maneira produtiva e econômica, as redes assistenciais podem ser organizadas de forma heterogênea, combinando concentração de certos serviços com a dispersão de outros. Seus modos de organização têm por natureza a descentralização frente aos setores sociais com base nos fundamentos de economia de escala, disponibilidade tecnológica, qualidade e acesso facilitado, territórios sanitários, integração horizontal e vertical, processos de substituição e níveis de atenção (Mendes, 2009b).

Contudo, as RASs se sustentam por meio das contribuições derivadas da própria atenção básica, tais como: a) balizadora na assistência à saúde; b) resolutiva, utilizando uma perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais; c) coordenadora do cuidado, acompanhando e organizando o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção; d) identificada como centro de comunicação entre os diversos pontos; e) ordenadora das redes, de acordo com as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade (Brasil, 2012b).

Diante disso, um novo conceito de APS foi descrito na PNAB, em 2012, e adotado como definição para este estudo:

A atenção básica [ou APS] caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência [...]. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. [...] (Brasil, 2012b, p.19).

Destaca-se ainda, que esta nova política considera como fundamentos da APS no território brasileiro, as seguintes diretrizes:

1) ter território com população adscrita; 2) possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde; 3) desenvolver relações de vínculo com os usuários e responsabilização entre as equipes e a comunidade adscrita; 4) coordenar a integralidade em seus vários aspectos e; 5) estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade de construção do cuidado à sua saúde, das pessoas e das coletividades (Brasil, 2012b).

Dessa forma, o Brasil tem se distinguido na discussão sobre os sistemas de saúde no mundo, em particular pelos avanços alcançados no desenvolvimento de sua atenção primária, como já reconhecido pela OMS, em 2008, que recomenda a implantação da ESF e a define como ação bem-sucedida e capaz de atender com qualidade às necessidades da população (OMS, 2008).

Partindo dos conceitos básicos da APS no Brasil, o MS passou a recomendar o uso de indicadores da atenção primária para o processo de avaliação da mesma, com a finalidade de acompanhar a qualidade, o acesso e o funcionamento das redes de atenção pertencentes ao sistema de saúde, mesmo que ainda incipientes.

Sendo assim, conhecer o perfil das ICSAPs possibilita verificar se o desenvolvimento das diretrizes da atenção primária está contribuindo para a redução ou prevenção da ocorrência das internações evitáveis, e assim, promover esses fundamentos nos diferentes territórios nacionais.

3.2 SAÚDE COLETIVA

A Saúde Coletiva (SC) compreende um conhecimento em que o coletivo se insere em seu contexto de construção histórica. Sua edificação ultrapassa as noções teóricas do Sanitarismo (ou modelo campanhista, que correspondia às ações de controle e higiene, para preservação e o aumento da força de trabalho) (Bertolozzi, Greco, 1996) e da Patologia Social (preocupação com as condições de vida da população e a adoção de medidas da promoção da saúde, mais

tarde direcionadas às populações carentes, alinhando-se aos projetos sociais de assistência à pobreza, próprios das sociedades classistas) (Almeida-Filho, Rouquayrol, 2002 apud Fonseca, Egry, 2010), que compreende as mudanças na sociedade como uma categoria e não como fator causal do processo saúde-doença, recompondo a noção do indivíduo de modo a transcender os limites do ser biopsicossocial (Egry et al., 2010).

No final da década de 1960, instalou-se uma profunda crise mundial do capitalismo acentuando a má distribuição de renda e riqueza que atingiu toda a sociedade, principalmente os indivíduos mais pobres. Nas nações latino-americanas, ocorria uma série de movimentos sociais que eram também motivados pela inquietação na assistência, questionando tanto a prática como a educação médica, as quais eram voltadas principalmente para os processos biológicos, centrados nos hospitais, de caráter individual e curativista (Yonekura, 2011).

Nesse contexto, nasce o movimento da Saúde Coletiva em meio às discussões técnicas, teóricas e empíricas, desenvolvidas em instituições de ensino, que acabaram ultrapassando os muros acadêmicos e difundindo-se entre os sindicatos dos trabalhadores, organizações civis e religiosas, partidos políticos, associações profissionais e entidades de saúde, num contexto de lutas por uma nova democracia no Brasil (Nunes, 2011).

As mudanças ocorridas nessa área autenticavam a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) que ansiava pela alteração na concepção de saúde com pretensões acima de uma simples reestruturação social. No decorrer da década de 1980, a exclusão do direito à saúde da maioria dos cidadãos, constituída na assistência prestada pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), energizava o movimento a propor a saúde como direito social e dever do Estado (Paim et al., 2011).

Tal fato culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, com a participação de técnicos do setor, gestores e representantes da sociedade organizada. Em seu relatório final, a saúde foi descrita como resultante não só das condições de alimentação, habitação, educação, trabalho, lazer e acesso aos serviços, mas, antes de tudo, das formas de organização da produção social e das desigualdades nela existentes (Brasil, 1986).

Exatamente a partir desse contexto histórico que se consegue congrega o conceito de Saúde Coletiva, que veio se transformando desde o início da década de 1970 e superando a orientação da saúde pública clássica e da medicina comunitária, tornando-se, portanto, um novo campo de saber e prática (Nunes, 2011).

Paim e Almeida Filho (1998, p.309) afirmam que o trabalho teórico-epistemológico empreendido mais recentemente aponta a Saúde Coletiva como um campo interdisciplinar e não propriamente como uma disciplina científica, muito menos uma ciência ou especialidade médica.

Para os autores, a SC se fundamenta em conhecimentos da epidemiologia, da administração da saúde e das ciências sociais para compor a noção de assistência. Em conformidade, Soares (2007) declara que o desenvolvimento da Saúde Coletiva ajudou a compreender o processo saúde-doença enquanto reflexo das determinações históricas e estruturais, enfrentado de diferentes formas, de acordo com as distintas classes sociais.

Nota-se que a partir daí, o interesse de se relacionar as condições de vida e as formas de organização da sociedade com os perfis patológicos contribuiu na elaboração teórica da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, teoria fundamentada na identificação das mediações envolvidas entre as classes sociais, os padrões de adoecimento e o perfil epidemiológico da população, considerando as formações sociais contemporâneas (Breilh, Granda, 1989; Possas, 1999 apud Yonekura, 2011).

Muitos são os aspectos que podem ser retomados neste referencial teórico. Entretanto, não se pode deixar de citar alguns fatos importantes que ocorreram durante a construção deste novo campo interdisciplinar. Primeiro, a gênese do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em 1976, e em seguida a criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), em 1979, ambas as instituições com perspectivas críticas à abordagem médica tradicional das condições de saúde, naquela época, que alavancaram o processo da reforma e de uma nova atuação prática na saúde (Lima, Santana, 2006).

Nesse sentido, observa-se a intencionalidade do conceito de Saúde Coletiva em redefinir o paradigma positivista da saúde pública, através de uma análise marxista potente que modificava as referências conceituais e metodológicas, por meio do materialismo histórico e dialético (MHD) (Breilh, Granda, 1989; Soares, Campos, Yonekura, 2014).

Breilh (1991) traduz que a Saúde Coletiva emprega como categoria central a produção e reprodução social, baseada nos estudos de Karl Marx, uma vez que ela permite analisar o processo produtivo em seu movimento e estuda a oposição dialética entre produção e consumo individual.

Acrescentando, Fonseca (1997) considera a importância da utilização do referencial filosófico do MHD como marco teórico, pois a compreende como teoria do conhecimento que objetiva não só interpretar a realidade, mas também transformá-la.

Diante disso, as considerações de Nunes (1994, p.19) sobre a SC retratam que ela ainda “continua a ter pela frente a tarefa de investigar, compreender e interpretar os determinantes da produção social das doenças e da organização social dos serviços de saúde [...]”.

O autor defende que a Saúde Coletiva é constituída de uma tripla dimensão: 1) como **corrente de pensamento**: promovida

através da superação do raciocínio preventivista e de medicina social, apresentando aspectos que os diferenciam na compreensão do social e do coletivo; 2) como **movimento social**: as discussões teóricas sobre as relações saúde-sociedade impulsionaram os movimentos populares (operários e universitários) que objetivavam a visibilidade social na redefinição da saúde pública e; 3) como **prática teórica**: houve necessidade de reforma no projeto pedagógico da medicina, inserindo conceitos sociológicos, antropológicos, demográficos, epidemiológicos e ecológicos, criticando a biologização do ensino e adotando uma nova circunscrição à prática médica (Nunes, 1994).

Tem-se, portanto, que a saúde pública tradicional deve ser reinterpretada pela ótica da Saúde Coletiva, a qual possui a determinação social como objeto de análise do processo saúde-doença.

Embasar a apreensão da SC neste contexto é fundamental para uma visão ampliada da realidade das ICSAPs, visto que o modo de produção e de consumo da sociedade, considerando sua historicidade e transformação ao longo do tempo, determina o processo saúde-doença que, por sua vez, interfere nos padrões de morbidade e hospitalização de indivíduos, grupos e famílias (Rehem, 2011).

3.3 DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

A definição da saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social” descrita pela OMS, em 1946, não atingiu o entendimento de vários pesquisadores sobre o processo saúde-doença (PSD), encarado pela maioria dos profissionais, políticos e gestores em saúde como resultado de múltiplas causas e fatores, desconsiderando sua historicidade e dinamicidade (Arouca, 2003; Breilh, 1995).

De fato, a compreensão da saúde como simples ausência de doença ainda é realidade em muitas nações e também no Brasil. A visão idealista de mundo retrata o conceito de saúde por meio da teoria da multicausalidade que embasa a epidemiologia clássica hegemônica atual elencando fatores associados às causas das doenças (Fonseca, Egry, 2010; Puttini, Pereira Junior, Oliveira, 2010).

De acordo com Breilh e Granda (1989), a abordagem interpretativa do processo saúde-doença deve ocorrer articulada aos processos gerais da sociedade e sua relação mútua com processos particulares, confrontando a visão idealista e imóvel da corrente positivista. Para os autores, há um caráter dinâmico e dialético dos fatos que envolvem o PSD em todas as dimensões: estrutural, particular e singular, explicitadas da seguinte forma:

[...] a) **dimensão estrutural**, formada pelos processos de desenvolvimento da capacidade produtiva e das relações sociais que operam no contexto onde apareceu um dado problema epidemiológico. [...]; b) existe uma **dimensão particular** formada pelos processos ditos de reprodução social, isto é, aqueles relativos à forma específica de produzir e consumir de cada grupo socioeconômico. [...]; constitui assim um nível intermediário do estudo que explica o padrão de vida do grupo como base para explicar achados empíricos de doença ou saúde nos indivíduos que o compõe; c) existe uma **dimensão individual**, formada pelos processos que, em última instância levam adoecer ou morrer ou que, ao contrário, sustentam a normalidade e o desenvolvimento somáticos e psíquicos (Breilh, Granda, 1989, p.40).

Essa descrição considera a saúde como objeto multidimensional, se reproduzindo do geral (sociedade com suas relações de lógica econômico-política e cultural, assim como formas de transformação da natureza pelo homem) ao particular (modos de viver dos grupos/classes), indo até o individual (estilos de vida familiar e individual) (Breilh, 2013).

Egry (1996) complementa que o PSD é determinado com a transformação da natureza pelo homem por meio do trabalho, sendo este determinado pelo desenvolvimento das forças produtivas

(meios de produção e força de trabalho) e das relações sociais de produção, de acordo com o modelo econômico vigente na sociedade, num determinado tempo histórico.

Sendo assim, a ascensão da teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença balizou a compreensão da OMS na formulação conceitual da saúde-doença, motivando-a a criar, em 2005, a Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS), com o objetivo de superar as iniquidades sociais que afetam diretamente o PSD (CDSS, 2005).

No ano seguinte, o Brasil foi o primeiro país latino-americano a se conscientizar da relevância do emprego dos determinantes sociais na saúde dos indivíduos, grupos e sociedade, e com isso promoveu a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), inspirada no modelo de Dahlgren e Whitehead (1991). Em seu relatório final foi descrita a proposta de elaboração de novas políticas, programas e intervenções relacionado aos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), a partir da avaliação das políticas em curso (CNDSS, 2008).

Observa-se, portanto, uma nova tendência na compreensão do PSD estabelecido entre os países e divulgado pelo Relatório da OMS em 2008, pelo qual demonstra avanços na definição da saúde e dos problemas decorrentes da doença. Porém, tanto as ideias descritas pelas comissões como as publicadas pela OMS, continuaram sendo criticadas por diversos autores, segundo os quais, as (in) compreensões não adentraram no campo das razões sociais e econômicas que geram as doenças e a perpetuação dos problemas de saúde (Garrafa, Córdon, 2009; Nogueira, 2009). Além disso, criticaram a expressão dos DSSs numa ideia de causalidade, de uma categoria de natureza ou caráter social que alude à compreensão de um fator causal, desconsiderando as dimensões políticas, sociais e econômicas como produtoras das desigualdades (Costa, 2009; Nogueira, 2009; Tambellini, 2009).

Em complementação, Breilh (2013) relata que o paradigma da chamada epidemiologia social proposta pela CDSS da OMS trata de um “causalismo” de transição. Segundo ele, a comissão assimila as dimensões como variáveis e não como categorias de análise do movimento histórico do capitalismo, não oferecendo uma crítica direta à composição da sociedade e do mercado com suas implicações na saúde.

O autor esclarece que a determinação social está impregnada na visão de mundo realista, dialética e transformadora, ao passo que os determinantes sociais possuem características de uma visão idealista, fatorial, de causa e efeito (Breilh, 2013).

Vale lembrar que os questionamentos a respeito do caráter biológico ou social da doença, culminados na década de 1970, confrontavam o paradigma médico-centrado que já não respondia mais às indagações a respeito dos principais problemas de saúde da coletividade, resultando, portanto, na busca por novas soluções para as condições assistenciais da população (Breilh, 1991; Breilh, Granda, 1989; Laurell, 1982).

Nesse contexto, a compreensão da doença como simples somatória de elementos biológicos e sociais enquanto fatores causais comprimiam a realidade do processo saúde-doença, havendo a necessidade de ser superada pela noção de que ele está intimamente ligado à dinâmica de produção e reprodução social, como evidenciado na crítica realizada por Laurell (1982, p.155):

A limitação mais imediata do modelo multicausal, sem dúvida reside em sua redução da realidade complexa a uma série de fatores que não se distinguem em qualidade e cujo peso no aparecimento da doença é dado por sua distância dela. Assim conceituada a causalidade, o social e o biológico não se colocam como instâncias distintas, pois ambos são reduzidos a “fatores de risco”, que atuam de maneira igual.

Breilh (1991) relata, ainda, que a quebra do paradigma reducionista da saúde só é alcançada através dos estudos voltados para a chamada Epidemiologia Crítica, a qual fornece subsídios aos pensamentos críticos da saúde coletiva, sendo a determinação social da saúde uma das três categorias centrais desta proposta.

Segundo ele, em parceria com Granda (1989), a insuficiência da epidemiologia clássica em descrever o PSD de forma abrangente, considerando a determinação histórico-social, é abordada da seguinte forma:

Em lugar de interpretar os processos sociais (e entre eles a saúde-doença) como expressões de certos modos de produção, das classes em que se divide a sociedade, e em lugar de explicar as razões pelas quais cada classe social está exposta a diferentes riscos de adoecer e possibilidades de manter a saúde, se inventa um sistema ecológico equilibrado, no qual o equilíbrio (i.e. saúde), portanto, tudo o que rompe o equilíbrio é considerado patogênico ou anormal (i.e. doença) (Breilh, Granda, 1989, p.18-19).

Nesse contexto, tem-se que a epidemiologia social supera o PSD individual e passa a caracterizá-lo com base nos perfis de reprodução social e de saúde-doença, expondo as contradições que ocorrem entre as dimensões da vida social que possui como base a relação dialética entre produção e consumo (Breilh, 1991).

Contudo, vale ressaltar que o PSD, enquanto teoria da produção social adotada por Laurell e Breilh, utiliza como modelo explicativo o MHD no mesmo contexto de pensamento da Saúde Coletiva, expressando a determinação social, econômica e política na distribuição da saúde e da doença entre as sociedades, apresentando ainda os fatores de proteção e de desgaste à saúde, evidenciados na organização social (Barata, 2005).

Dessa forma, Breilh (2013) retoma que a determinação social do processo saúde-doença age como uma ferramenta de ruptura para uma nova saúde pública. Esta releitura da epidemiologia

clássica visa a entender como as formas de trabalhar e as condições de vida estão relacionadas com o PSD.

Diante disso, há necessidade de se refletir a respeito da maneira como formuladores de políticas voltadas para a Atenção Primária à Saúde e profissionais que nela atuam compreenderam a determinação social no processo saúde-doença da sociedade.

Em síntese, Rehem (2011, p.49) alerta que

[...] a abordagem da APS deve entender os seus limites considerando os processos de produção e reprodução social, que são consequências da forma de inserção das pessoas nos processos de trabalho e que, ao mesmo tempo, definem tanto a função exercida pelo acesso ou não da população, a informação e educação, as condições de emprego e trabalho, saneamento básico e habitação, alimentação e nutrição, renda, entre outras questões.

Ou seja, os limites da APS são reconhecidos e declarados como propulsores às mudanças na atenção básica, havendo necessidade de uma mobilização intersetorial, de controle social e de enfrentamento das iniquidades (Rehem, 2011).

Portanto, os resultados das interações sensíveis à atenção primária demandam cautela no julgamento real da qualidade da APS, pois o processo de adoecimento (internação) do indivíduo/família está intimamente ligado a outras dimensões estruturais que determinam essa realidade na sociedade como um todo, e não apenas na dificuldade ao acesso oportuno ou carência da resolubilidade dos serviços de saúde.

4 Material e método

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo retrospectivo com delineamento ecológico que utilizou dados secundários de domínio público para a descrição das taxas de internação por condições sensíveis à atenção primária, no município de Guarulhos-SP, entre 2008 e 2012.

Para Medronho et al. (2006), os estudos ecológicos geralmente são realizados combinando-se bases de dados diferentes a um número grande de pessoas. Com isso, contemplam estudos mais baratos e rápidos, em relação àqueles envolvendo grupo de indivíduos como unidade de observação. Pesquisas com esta abordagem são essenciais para a epidemiologia e a saúde pública, pois contribuem na identificação de características da saúde em variações regionais, permitindo formular hipóteses a serem investigadas em estudos futuros (Tulchinsky, Varavikova 2008).

A captação e interpretação dos dados quantitativos e estatísticos foram ancoradas pela Teoria da Intervenção Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC) (Egry, 1996), método fundamentado em categorias conceituais a exemplo da Saúde Coletiva e da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, entendidos como socialmente determinados e admitidos neste estudo como referencial teórico para a compreensão dos resultados das ICSAPs em Guarulhos.

Estas categorias são dinâmicas e ao mesmo tempo ideológicas, submetidas à visão de mundo hegemônica nos processos sociais. A TIPESC está assentada na visão de mundo materialista, histórica e dialética, e, segundo Egry (1996), esta teoria:

Na sua vertente metodológica, é a sistematização dinâmica de captar e interpretar um fenômeno articulado aos processos de produção e reprodução social referentes à saúde e doença de uma dada coletividade, no marco de sua conjuntura e estrutura, dentro de um contexto social historicamente determinado; de intervir nessa realidade e, nessa intervenção, prosseguir

reinterpretando a realidade para novamente nela interpor instrumentos de intervenção (Egry, 1996, p. 103).

Dessa maneira, sua operacionalização ocorre iluminando diferentes partes do fenômeno captado da realidade objetiva (RO), expondo as contradições dialéticas entre as partes e o todo, ou seja, entre as dimensões estrutural, particular e individual (Egry, 1996).

A partir desses fundamentos, a TIPESEC deve ser desenvolvida em etapas: 1) captação da realidade objetiva (conhecimento do fenômeno em sua historicidade e situacionalidade); 2) interpretação da RO (explicitação das contradições dialéticas); 3) projeto de intervenção na RO (com definição conceitual, objetivos, métodos, estratégias, realizado coletivamente); 4) intervenção na RO (desenvolvimento do que foi planejado para a superação das contradições dialéticas na RO); 5) reinterpretação da RO (avaliação de processos e produtos com a finalidade de expor as contradições dialéticas surgidas a partir da execução das fases anteriores) (Egry, 1996; 2010).

Sendo assim, explicita-se que as duas primeiras fases da TIPESEC (captação e interpretação da realidade objetiva) foram desenvolvidas nesta pesquisa por meio da descrição do cenário do estudo, do levantamento das ICSAPs dos residentes em Guarulhos na base de dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) e por intermédio da análise do panorama dessas internações, de acordo com os grupos de causas, ano, sexo e faixa etária.

A análise da dimensão estrutural constitui-se pelo Plano de Saúde Municipal de Guarulhos (2010-2013) (Guarulhos, 2010) que descreve como objetivo a redução das internações evitáveis no território e compreende as questões sociais como fatores de risco para estas internações; a dimensão particular foi composta pelo crescimento dos resultados dos indicadores de morbidade hospitalar que delineiam o perfil epidemiológico da população guarulhense, relacionada às causas evitáveis de internação pela APS.

Assume-se, como contradição dialética disposta na dimensão estrutural da realidade objetiva, o Plano Municipal de Saúde de Guarulhos (2010-2013) que declara melhoria no acesso e na qualidade da atenção básica por meio da análise da última série histórica (2005-2009) das ICSAPs no município, não compreendendo os aspectos sociais na determinação do processo saúde-doença da população guarulhense, contrariando os resultados dos indicadores de morbidade hospitalar que demonstram crescimento expressivo de diagnósticos relacionados às causas evitáveis pela APS, além da deficiência dos indicadores sociais na cidade (Guarulhos, 2010; São Paulo, 2012a).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

4.2.1 A Cidade de Guarulhos: formação e desenvolvimento histórico

O município de Guarulhos foi fundado em 1560 com a nomenclatura de Nossa Senhora da Conceição, uma remota aldeia indígena jesuítica ligada ao desenvolvimento da vila de São Paulo (SP), considerada o centro político-administrativo e econômico da região, desde então (Guarulhos, 2011).

O recrutamento da mão de obra indígena e as vastas áreas de extração do ouro disponíveis, no território guarulhense, definiam a importante função do município para a vila de SP, ou seja, seus atrativos financeiros eram fatores de cobiça pela região vizinha.

As descobertas das jazidas auríferas atraíram os novos colonos paulistas a ocuparem as terras indígenas e, por volta de 1625, iniciou-se um processo de concessões de sesmarias na área, no intuito de promoverem a exploração das minas, organizando a localidade e valorizando o espaço de Conceição (Renali, 1986 apud Gama, 2009).

Elevada à condição de freguesia, em 1685, o território passou a designar-se como Nossa Senhora da Conceição dos Guarulhos, bastante almejada pela população paulistana que se interessava em preservar glebas de terras neste novo órgão administrativo, considerado subúrbio de São Paulo (Guarulhos, 2011).

Dessa forma, observa-se que Guarulhos vem se apresentando como espaço de grande representação demográfica e importante lugar econômico para o desenvolvimento do planalto paulista, sendo evidente que as determinações espaciais no município foram extremamente influenciadas pelas transformações da cidade de São Paulo.

Aproximadamente 150 anos mais tarde, no decorrer do período colonial, o cultivo do café se tornou preponderante na base da economia do Sudeste brasileiro, todavia sua importância se concentrava na prática do trabalho escravo nas lavouras (cultivo e colheita), considerada mais importante que a propriedade das terras (Gama, 2009).

Essa realidade passou a ser modificada mediante as transformações nas relações de trabalho, principalmente a partir da extinção do escravagismo e sua substituição pelo imigrante europeu, momento de inversão da renda capitalizada escravista para a renda capitalizada na terra.

Essas grandes transformações na constituição de novas riquezas foram permeadas por promulgações de novas leis, como a Lei Eusébio de Queirós (1833), Lei de Terras (1850), além da proibição do tráfico de escravos pelos ingleses, também em 1850 (Gama, 2009).

O crescimento dos plantios de café na província de São Paulo reorganizava as relações ligadas a terra e ao trabalho, interferindo nos padrões econômicos e sociais, permitindo novas associações trabalhistas constituídas na ideologia do trabalhador livre (Mello, 1990 apud Gama, 2009).

Nessa época, inicia-se a resignificação da riqueza através da valorização da propriedade privada. Com isso, tem-se um momento importante na espacialidade do município de Guarulhos: a venda das antigas terras indígenas àqueles que detinham posse do capital, reflexo da expansão urbana de SP e da necessidade de novas vias de articulação para a monopolização do espaço urbano aos seus arredores, concretizando a existência da “Grande São Paulo” (Petrone, 1958 apud Gama, 2009).

As primeiras fazendas de Guarulhos se localizavam na zona leste da cidade, áreas que posteriormente se conformariam na periferia municipal (Guarulhos, 2011).

A partir da segunda metade do século XX, a estrutura urbana nas principais cidades do Brasil começa a se modificar com o processo de industrialização, com ênfase no pós-guerra e alavancado pela política desenvolvimentista de Getúlio Vargas. Guarulhos teve suas primeiras indústrias ligadas à área têxtil, elétrica, de cerâmica e plástico, na década de 1930 a 1940, época em que o município apresentava aproximadamente 12 mil habitantes (Gama, 2009).

A industrialização tinha como objetivo específico fornecer materiais destinados à urbanização da capital, facilitada com a criação da Estrada de Ferro Ramal de Guarulhos e o intenso desenvolvimento provocado com a chegada dos imigrantes portugueses, japoneses, italianos e libaneses (Ribeiro, 2006). Entretanto, a economia soberana municipal, nesse período, ainda provinha das olarias, setores agrícolas e extração da areia, além da produção hortifrutigranjeira (Santos, 2006).

Contudo, alguns projetos de isenção tributária no município aceleraram o processo de industrialização, atraindo principalmente as empresas metalúrgicas. Começa uma nova fase de transformação no espaço político, econômico e social do município.

A intensificação industrial pode ser observada com a inauguração da rodovia Presidente Dutra, em 1952, ligando os dois grandes polos capitalistas: São Paulo - Rio de Janeiro e promovendo nova ocupação do território guarulhense com a substituição da predominância agrícola pelos galpões industriais, por meio da divisão da terra em lotes ofertados aos operários das fábricas. Dessa maneira, ocorria a conformação dos bairros periféricos de Guarulhos em torno da rodovia, sem preocupações com a infraestrutura, urbanização e equipamentos públicos, como visualizados na Figura 2 (Pires, 2010; Sachs, 1999 apud Gama, 2009).

Figura 2 – Formação da comunidade localizada no Jardim São João, região periférica de Guarulhos. São Paulo, 2014

Fonte: Arquivo histórico do município de Guarulhos citado por Gama, 2009.

A saturação populacional em SP sustentava a caracterização de subúrbio à cidade de Guarulhos, definida então como polo industrial. A mudança da paisagem guarulhense acentuou-se com a instalação da Base Aérea de Cumbica, transferida do Campo de Marte para lá, e em seguida a construção do Aeroporto Internacional

de Guarulhos, em 1979, provocando grandes transformações no espaço urbano (Pires, 2010).

Segundo Gama (2009), há registro nesse período do primeiro assentamento precário (favela) em Guarulhos, denominado núcleo Vila Flórida, e com o passar dos anos esses assentamentos foram ocupando outras áreas, principalmente próximas aos corredores industriais, como pode ser observado até hoje.

A área vegetativa passou a ser consumida com o processo de urbanização, industrialização e a rápida migração de indivíduos e famílias em busca de melhor qualidade de vida na região. A biota do município, originariamente composta pela Mata Atlântica, também conhecida como Floresta Cantareira, Mata Planaltina e Transição se encontra extremamente ameaçada com uma pequena parcela de cobertura verde localizada ao norte do município (30%), para onde a civilização tem avançado (Guarulhos, 2008).

O alto índice populacional turbinou as relações capitalistas de reprodução do espaço e estendeu a necessidade por moradia, contribuindo para a instalação de loteamentos periféricos, assim como a favelização daqueles que não conseguiram recursos para obter um lote na periferia. Trata-se de um espaço privilegiado para a reprodução da força de trabalho (Gama, 2009).

Sendo assim, Guarulhos passou a compor o plano de desenvolvimento regional ligado à infraestrutura da capital, tendo um aspecto ou um *status* de um espaço “metropolizado”, explicado por Gama (2009) como a exemplo do Aeroporto Internacional de Guarulhos/São Paulo que simbolicamente transmite a noção da existência de um espaço integralizado, mas que, na realidade, trata-se de um equipamento instalado com a finalidade de contemplar o desenvolvimento econômico e espacial da maior cidade do país.

Contudo, a influência histórica da industrialização, na (re) produção do espaço, nas alterações da paisagem e na configuração do território, fruto da reprodução do capital, contribuiu com o

surgimento dos conjuntos de habitações precárias em Guarulhos, configuradas pelas dificuldades na estruturação, no desenvolvimento humano de qualidade e na ascensão da vulnerabilidade social, ou seja, uma realidade concreta capaz de determinar socialmente o processo de saúde e doença de seus cidadãos.

4.2.2 Perfil atual da Cidade de Guarulhos

Guarulhos se localiza a nordeste da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP), sendo um dos 39 municípios que a integram. Pertence ao Departamento Regional de Saúde (DRS) I (Grande São Paulo) com 38 municípios conjuntos (Figura 3) e à Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS) 02 (Alto do Tietê), com 10 outras cidades.

Figura 3 – Localização geográfica do município de Guarulhos em relação à RMSP. A área verde, corresponde a RRAS 2 (Alto Tietê). São Paulo, 2014

Fonte: Paula RA. Região Metropolitana de São Paulo: modificá-la ou não? [Internet]. s.d. [cited 2014 Feb. 28]. Disponível em: <http://www.skyscrapercity.com/showthread.php?t=1578109> adaptada pelo autor.

O município é cortado pelo Trópico de Capricórnio e possui uma área de 318,68 km², sendo sua população totalmente urbana. Guarulhos demarca divisa ao Sul, Sudoeste e Oeste com os municípios de São Paulo e Itaquaquecetuba, e devido a essa característica fronteiriça, provavelmente faz com que a população destas regiões acesse os serviços públicos nas duas cidades (São Paulo, 2014).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (Guarulhos, 2012), o município constitui o 8º lugar na economia do país e o 2º do Estado de São Paulo (SP). Os resultados do perfil de Guarulhos, estabelecidos pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), do Estado de SP, apontaram a cidade com 1.260.840 habitantes, com densidade demográfica de 3.956,45 habitantes/km² (São Paulo, 2014).

O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), por meio do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil de 2013, apontou o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Guarulhos, que avalia a renda, a longevidade e a educação dos municípios brasileiros, situado na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799), melhorando seu resultado de 0,544 em 1991 para 0,763 em 2010, ou seja, incremento de 40,2% nas últimas duas décadas, abaixo da média de crescimento nacional (47,4%) e acima da média de crescimento estadual (35,4%) (PNUD, 2013).

A renda *per capita* municipal apresentou taxa média anual de crescimento igual a 19,4%, passando de R\$ 694,75 no ano 2000 para R\$ 829,91 em 2010. Com isso, a extrema pobreza (medida pela proporção de indivíduos com renda doméstica *per capita* inferior a R\$ 70 reais) diminuiu de 2,5% em 2000 para 1,9% em 2010 (PNUD, 2013).

Em contrapartida, o Índice de Gini, que indica a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos, variando

numericamente de 0 a 1, apresentou redução de 0,52 em 2000 para 0,51 em 2010, demonstrando aumento na desigualdade social, situando-se acima do Estado (0,50) e abaixo do país (0,52). Cerca de 48% dos guarulhenses ganham até três salários-mínimos, e a porcentagem de pessoas vulneráveis à pobreza alcança 20,6% (IBGE, 2010a).

Complementarmente, o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS), que sintetiza a situação dos municípios paulistas no que diz respeito à riqueza, escolaridade e longevidade, acompanhando o paradigma que sustenta o IDHM, classificou a variável riqueza em Guarulhos com nível igual ou acima da média estadual, porém posicionado no Grupo 2, ou seja, cidades com bom desenvolvimento do capital, mas com deficiência em, pelo menos, um dos indicadores sociais, neste caso a longevidade e a escolaridade que por mais que tenham melhorado, ainda se encontram abaixo da média estadual (São Paulo, 2012a).

Apesar de o município apresentar bom posicionamento na economia nacional, a melhoria das condições de vida de seus moradores não acompanhou o mesmo crescimento. O acentuado fluxo populacional migratório que se dirigiu à cidade em busca de oportunidades de trabalho e emprego ocorreu de forma desordenada, criando um movimento socioterritorial, onde faixas da população de menor renda foram privadas de condições básicas de urbanidade e de inserção efetiva ao território, gerando graves iniquidades, transformando os condicionantes sociais e determinando o processo saúde-doença do município (Figura 4) (Guarulhos, 2010).

O fato é revelado com vistas às condições habitacionais precárias, consideradas pela administração local como instáveis e exibidas por inúmeras favelas, com domicílios em risco de desabamento e solapamento, que surgem e se adensam em terrenos públicos ou particulares (Guarulhos, 2010).

Segundo o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS) de 2010, Guarulhos apresenta 48,3% da população classificada com vulnerabilidade média, alta e muito alta, sendo apenas 1,6% das pessoas classificadas com vulnerabilidade baixíssima (São Paulo, 2010). As políticas públicas municipais objetivam combater tais iniquidades em todo o território, todavia estes direcionamentos ocorrem fundamentalmente por meio de programas de distribuição de renda voltados para a população em situação de vulnerabilidade (Guarulhos, 2010).

Figura 4 – Mapa dos bairros em Guarulhos classificados de acordo com as condições socialmente prioritárias. São Paulo, 2014

Fonte: Secretaria de Assistência Social e Cidadania. Kairós Desenvolvimento Social. Diagnóstico Social de Guarulhos. Mapa Social [Internet]. s.d. [cited 2014 Fev. 25]. Disponível em: http://planosocial.guarulhos.sp.gov.br/site_social/mapa.html adaptada pelo autor.

Em relação à longevidade, Guarulhos apresentou aumento na esperança de vida ao nascer de 2,6 anos, passando de 72,2 anos

em 2000 para 74,8 anos em 2010, porém permanecendo abaixo da média estadual (75,7 anos) e do país (73,9 anos). A mortalidade infantil reduziu 33%, passando de 19,1 por mil nascidos vivos em 2000 para 12,8 em 2012. Nesse mesmo ano, as taxas de mortalidade infantil no Estado e no Brasil equivaleram a 11,4 e 15,7 por mil nascidos vivos, respectivamente. De acordo com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) das Nações Unidas, a mortalidade infantil para o país deve estar abaixo de 17,9 óbitos por mil em 2015 (PNUD, 2013).

No decênio 2000-2010, a população guarulhense apresentou média de crescimento anual de 1,3%, sendo que na década anterior essa taxa era de 3,5%. A urbanização aumentou 1,3% somando as duas décadas (1990-2010) (PNUD, 2013).

As pirâmides etárias de Guarulhos revelam mudanças em sua geometria, no decorrer dos anos 2000 a 2010 (Figura 5), demonstrando redução na proporção de crianças e adolescentes (região de base do polígono). A faixa etária dos menores de cinco anos apresentou decréscimo expressivo do ano 2000 (12,2%) para 2010 (8,9%) (IBGE, 2010a); e a população com menos de 15 anos, atualmente corresponde a 22,9% (289.615) do total (São Paulo, 2014).

Verifica-se, ainda, que o grupo de indivíduos com 25 a 29 anos supera as demais faixas etárias, de acordo com o último censo de 2010, tanto para os homens (56.313) quanto para as mulheres (58.231) (Figura 5). Além disso, houve crescimento gradativo na proporção de pessoas acima dos 60 anos, evoluindo de 5,6% em 2000 para 8,2% em 2010. Nota-se, contudo, tendência à senilidade dos guarulhenses, evidenciada pela taxa de envelhecimento que avançou 44% entre 2000 (3,6%) e 2010 (5,2%) (IBGE, 2010). O índice de envelhecimento atual é de 40,1% (Estado, 55,6% e país, 61,5%) e a proporção de idosos corresponde a 9,2% (116.249) (São Paulo, 2014).

A razão de sexos atingiu em 2013 o valor de 94,9; ou seja, há perpetuação do número de pessoas do sexo feminino acima do masculino, acompanhando o mesmo resultado encontrado no Estado e no país, e em contraste com os demonstrados nas regiões brasileiras Norte e Centro-Oeste, estas por razões socioeconômicas que condicionam o emprego majoritário de mão de obra masculina (Brasil, 2012c; São Paulo, 2014).

Figura 5 – Representação gráfica das pirâmides etárias distribuídas por sexo, segundo grupos de idade, do município de Guarulhos, entre os anos 2000 e 2010. São Paulo, 2014

Fonte: PNUD (2013), adaptado pelo autor.

No que concerne às estatísticas vitais, Guarulhos atingiu uma taxa de natalidade igual a 17,1 nascidos vivos (NV) por mil habitantes, 14% maior que no Estado (14,7), em 2012. O último cálculo publicado da taxa de fecundidade geral (por mil mulheres entre 15 e 49 anos) atingiu 57,2, em 2011, revelando-se acima do Estado (51,6) (São Paulo, 2014).

Destaca-se a alta taxa de mortalidade da população entre 15 e 34 anos (por cem mil habitantes nessa faixa etária) que alcançou em 2011, 138,08 contra 119,61 em todo o Estado (13% menor). Os óbitos são relacionados principalmente pelas causas externas (acidentes de trânsito, violência e envenenamentos). Da mesma forma, a taxa de mortalidade da população de 60 anos e mais (por cem mil habitantes nessa faixa etária) foi de 3.733,64 em Guarulhos, 3% superior aos 3.611,03 óbitos no Estado paulista (Guarulhos, 2010; São Paulo, 2014).

O componente da educação foi o que mais cresceu entre as variáveis do IDHM, demonstrando aumento percentual na proporção de crianças e jovens que frequentam e completam o Ensino Fundamental e Médio. No entanto, os anos esperados de estudo, que indicam o número de anos que a criança que inicia a vida escolar, no ano de referência, tende a completar, apontaram Guarulhos com 10,1 anos esperados em 2010, abaixo do Estado, que apresentou 10,3 anos no mesmo período (PNUD, 2013).

Ademais, por mais que a taxa de analfabetismo da população de 15 anos e mais tenha atingido 4,1% (abaixo do Estado - 4,3%), o percentual de pessoas de 18 a 24 anos com Ensino Médio Completo correspondeu a 56,4% contra 58,6% no Estado, piorando a colocação do município no *ranking*, em 2010 (São Paulo, 2014).

Com isso, Guarulhos ocupou a 320^a posição no *ranking* do IDHM em 2010, em relação aos 5.565 municípios do Brasil. Comparando-o aos 645 municípios de São Paulo, Guarulhos preencheu a 145^a posição (PNUD, 2013).

Do ponto de vista epidemiológico, verifica-se no município predomínio das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), com elevação das internações por lesões, envenenamentos e algumas consequências de causas externas (Capítulo 19 da CID-10) em 2009, seguida das doenças do aparelho digestivo e respiratório. As neoplasias aparecem em níveis percentuais como importantes causas de morbidade hospitalar, ultrapassadas somente pelas doenças do aparelho geniturinário (Guarulhos, 2010).

A doença infecciosa mais prevalente continua sendo a Tuberculose Pulmonar (TB), com coeficiente no período de 2005 a 2009 acima de 30 por 100 mil habitantes, com leve tendência decrescente. Em 2009, a taxa de cura dos casos novos pulmonares foi de 85,6%, atingindo a meta preconizada pelo MS para o controle da doença e motivo de destaque internacional (Guarulhos, 2010).

Entre as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), na série 2005 a 2009, observou-se queda acentuada no coeficiente de incidência do vírus-HIV no município, assim como tem ocorrido em outros centros urbanos, compreendido pelos gestores como resultado da conscientização em massa por meio das campanhas de prevenção e promoção nesta área (Guarulhos, 2010).

Os indicadores de mortalidade, publicados em 2010, demonstraram mortes causadas principalmente pelas Doenças do Aparelho Circulatório (DAC), seguido pelas Neoplasias, Doenças do Aparelho Respiratório, Causas Externas (com destaque aos Homicídios) e Doenças do Aparelho Digestivo (Guarulhos, 2010).

Em 2005, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) deu início ao processo de territorialização como instrumento para reconstrução de um modelo de atenção à saúde. A SMS possui como estratégia prioritária a adoção de equipes Saúde da Família (SF) para organização e ordenação do sistema assistencial (Guarulhos, 2010).

Conforme demonstrado na Tabela 1, o crescimento de equipes SF, no período estudado, foi de aproximadamente 16% (no Estado,

o crescimento foi de 22,4%), ao passo que de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) correspondeu a 21% (no Estado, 24,5%). Já a população guarulhense reduziu 0,5% (no Estado, aumentou 2,2%) (Brasil, 2014a; IBGE, 2014).

Tabela 1 – População guarulhense e suas coberturas populacionais por equipes Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, entre os anos de 2008 a 2012. Brasil, 2008-2012

População e Coberturas populacionais	Anos				
	2008	2009	2010	2011	2012
População*	1.259.468	1.281.508	1.221.979	1.237.093	1.252.323
Cobertura populacional por equipes SF (%)	18,6	17,5	17,8	21,5	21,5
Cobertura populacional por ACS (%)	29	29,9	29,6	35,1	35

Fonte: Brasil, (2014a).

*IBGE (2014). Estimativas populacionais enviadas para o Tribunal de Contas da União (TCU) (Apêndice 1).

Em 2007, Guarulhos aderiu ao Pacto pela Saúde, pelo qual foram constituídos os respectivos Colegiados de Gestão Intramunicipais (CGI), com representação dos Distritos de Saúde (DS) em cada Região de Saúde (RS), e um Colegiado de Gestão Regional (CGR) com representação dos gestores municipal e estadual (Guarulhos, 2010).

Dois anos mais tarde, após análise da dinâmica populacional dos territórios e atendendo às necessidades observadas (dados demográficos, epidemiológicos, socioeconômicos, acessibilidade, porte das unidades de saúde, oferta da demanda, possibilidade de referência para média e alta complexidade, entre outras), foram reestruturadas as RSs no intuito de facilitar a gestão, os encaminhamentos, o processo de planejamento local e a definição das prioridades, finalizadas em 2010 (Figura 6) (Guarulhos, 2010).

Em verdade, o município busca ainda pela reengenharia de seu sistema de saúde, por meio das RASs eficientes e efetivas que possam superar a fragmentação das ações e dos serviços

assistenciais. Em abril de 2012, a rede de atenção Parto e Nascimento, que integra ações e serviços voltados às gestantes, puérperas e crianças, passou a vigorar na cidade, e, atualmente, outras redes estão em processo de consolidação (Guarulhos, 2010; CNESnet, 2014).

Figura 6 – Áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde, Distritos e Regiões de Saúde em Guarulhos, a partir de 2010. São Paulo, 2014

Fonte: Guarulhos, (2014a).

Os estabelecimentos de saúde em Guarulhos (Quadro 1) sinalizam uma UBS para cada 19.329 habitantes, adequado segundo os parâmetros da PNAB (2006) (uma UBS tradicional para no máximo 30.000 habitantes e uma UBS com ESF para 12.000 habitantes). No entanto, o diagnóstico do município revela desigualdade territorial e vazios de assistência, admitidos como desafios entre as Unidades Básicas de Saúde, em busca do equilíbrio demográfico (Guarulhos, 2010).

Quadro 1 – Estabelecimentos de saúde que compõem o SUS no município de Guarulhos. São Paulo, 2014

Quantidade	Estabelecimentos Assistenciais
1	Academia da Saúde, Central de Regulação do Acesso e Central de Regulação Médica das Urgências
8	Bases do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)
7	Centro de Apoio Psicossocial (CAPS)
1	Centro de Controle de Zoonoses (CCZ)
4	Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)
1	Centro de Atendimento à Pessoa Deficiente (CAPD), Centro de Estimulação Precoce (CEP), Centro de Referência à Saúde do Idoso (CERESI), Centro de Referência à Saúde do Trabalhador (CEREST)
1	Farmácia Popular, Laboratório de Saúde Pública
2	Hospitais Estaduais
3	Hospitais Filantrópicos com convênio SUS
3	Hospitais Municipais
6	Policlínicas
3	Pronto-Socorro Geral
1	Serviço de Profilaxia da Raiva, Serviço de Verificação de Óbito
3	Serviços de Atendimento especializado para DST e AIDS
1	Transporte Sanitário, Unidade de Vigilância em Saúde
41	Unidade Básica de Saúde (modelo Saúde da Família)
4	Unidade Básica de Saúde (tradicional com estratégia PACS)
23	Unidade Básica de Saúde (tradicional)
1	Unidade de Pronto-Atendimento (UPA)

Fonte: CNESnet (2014).

Em 2013, constatou-se até o mês de setembro, apenas 23,8% dos guarulhenses cobertos por equipes de SF, caracterizando-se como baixa cobertura (<25%) (Mendes, 2002), sendo 86 o número absoluto total de equipes. Nesse mesmo período, somam-se ao todo 698 ACSs, classificando o município na camada entre 1% e 90% de cobertura populacional (exatos 32,2%), ou seja, posicionado no menor escore (Brasil, 2014a). O percentual da população coberta pela atenção básica alcançou 44,3% em 2014 (Brasil, 2014a).

Mesmo com a divisão regional, ainda há problemas relacionados à média complexidade, tanto oriundos da atenção primária como da inadequação das referências e da insuficiência de recursos assistenciais disseminados de forma adequada pelo território municipal.

4.3 FONTE E COLETA DE DADOS

Foram empregados dados secundários das internações originados das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) que compõem o banco informatizado do SIH, processado e divulgado nacionalmente pelo Departamento de Informática do SUS (Datasus) (<http://www2.datasus.gov.br>). O sistema disponibiliza informações referentes a todas as hospitalizações realizadas no Brasil, ao longo dos últimos anos.

O SIH-SUS é um sistema considerado de uso dos gestores locais que possibilita reunir a produção de todos os estabelecimentos sob sua governança, auxiliando-os no controle, avaliação e auditoria das instituições de saúde. Além disso, amparam a construção dos perfis de morbidade e mortalidade hospitalar com vistas à avaliação da qualidade assistencial ofertada a uma população (Brasil, 2011).

Para sustentar o conhecimento deste estudo, foram separadas categorias e subcategorias de análise que permitiram balizar a

compreensão do fenômeno das ICSAPs na realidade de Guarulhos, entre os anos de 2008 a 2012.

São elas:

- 1) Políticas e produção de saúde no município com destaque para a APS

Segundo o Plano Municipal de Saúde de Guarulhos, o município vem cumprindo com a aplicação mínima de 15% dos recursos orçamentários próprios em saúde, conforme previsto na Emenda Constitucional nº 29 (Brasil, 2000), desde o ano 2000. Observa-se no Plano que os gastos com as internações hospitalares vêm oscilando, no decorrer dos anos, com trajetória ascendente, principalmente em consequência das doenças crônicas, lesões por envenenamento e algumas outras consequências por causas externas e as neoplasias (Guarulhos, 2010).

Os gestores municipais em saúde compreendem a necessidade de reduzir os gastos e investir na prevenção e promoção da saúde, por meio da atenção básica. Recentemente foi lançada na cidade a Política Municipal de Promoção da Saúde, em 25 de fevereiro de 2014 (Guarulhos, 2014b), com o objetivo de reduzir os indicadores de morbidade e mortalidade da população, por meio das redes de atenção criadas pelo MS e pactuadas pelo município, com foco na atenção primária.

No entanto, segundo o secretário de saúde de Guarulhos, a aprovação da nova política aumenta o compromisso público em pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação de ações assistenciais e envolvimento de todos os setores da Prefeitura, governos estadual, federal e representantes da sociedade civil (Dias, 2014).

A literatura demonstra que o investimento na atenção básica, ampliando sua cobertura populacional, está associado à diminuição das internações hospitalares (Guanais, Macinko, 2009) e no tempo médio de internação (Mafra, 2011). Em consequência ocorre

refreamento nos gastos em saúde (ou economia no setor hospitalar) que poderá ser revertido para a atenção básica, promovendo melhor administração na produção de saúde com vistas ao investimento nos cuidados primários.

Dessa forma, para analisar os gastos com as internações gerais e por ICSAP em Guarulhos, empregaram-se as seguintes subcategorias:

- Oferta de leitos hospitalares.
- Valor total em reais (valor correspondente aos procedimentos realizados no paciente internado).
- Valor médio da AIH (valor médio da AIH paga no período).
- Média de permanência (média de dias que o paciente ficou internado).

2) Perfis de saúde-doença com destaque nas ICSAPs

Considerando a prevenção das ICSAPs de responsabilidade indireta da atenção primária de qualidade, efetiva e oportuna e, automaticamente sua redução refletindo em melhores condições de saúde para a população (Boing et al., 2012), além de gerar economia nos gastos com a produção em saúde (Mafra, 2011), para se alcançar a transformação da realidade desse fenômeno há necessidade de conhecer de que maneira ele se comporta entre os indivíduos e grupos na sociedade.

Ao compreender que a involução das hospitalizações evitáveis depende não só da efetividade da APS, mas também das questões sociais que a determinam, como a escolaridade da população, suas condições socioeconômicas, ambientais, políticas, raciais, culturais, persiste ainda a necessidade de conhecer de que maneira as internações sensíveis acometem os homens, mulheres e as idades que eles possuem, delineando os principais diagnósticos responsáveis pelas hospitalizações evitáveis nesses indivíduos.

Diante disso, adotaram-se para a análise deste estudo as seguintes subcategorias:

- Sexo (masculino, feminino ou ignorado).
- Faixa etária (menores de um ano; 1 a 4 anos; 5 a 14 anos; 15 a 24 anos; 25 a 34 anos; 35 a 44 anos; 45 a 54 anos; 55 a 64 anos e maiores ou iguais a 65 anos).
- Grupos de causas das internações sensíveis à APS: baseados na Lista Brasileira de ICSAP (Anexo 1) composta por 19 grupos, com 74 diagnósticos classificados de acordo com a CID-10, publicada pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria SAS/MS nº 221, de 17 de abril de 2008 (Brasil, 2008a).

A escolha do período selecionado ocorreu no intuito de melhor visualizar o panorama das ICSAPs na unidade de análise, Guarulhos.

As informações sobre o quantitativo de leitos hospitalares SUS e não SUS foram retirados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde na Internet (CNESnet), disponível no seguinte endereço eletrônico: <http://cnes.datasus.gov.br>.

4.4 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Para o levantamento das internações evitáveis no SIH-SUS, confeccionou-se um arquivo de definição (DEF) com a finalidade de tabular os dados a partir da seleção das causas de internação por meio dos respectivos códigos. Utilizou-se como auxílio o aplicativo *Tabwin* - Versão 3.5 - desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (Datasus) do MS e a análise dos dados ocorreu por estatística descritiva simples, com resultados demonstrados por meio de tabelas e figuras elaboradas numa planilha eletrônica do Microsoft Excel®.

A taxa de ICSAP na população total foi calculada pelo número total de ICSAP de pacientes residentes, dividida pela estimativa populacional do meio do ano elaborada pelo IBGE para o Tribunal de Contas da União (TCU) dos residentes em Guarulhos, no período considerado, multiplicado por 10 mil habitantes. O mesmo raciocínio foi aplicado para a taxa de não ICSAP (excluindo os partos) e para as taxas de ICSAP por sexo.

O cálculo das proporções das internações (gerais ou CSAP) foi realizado pelo número total de internações (gerais ou CSAP) de pacientes residentes, no mesmo local e período selecionado, de acordo com a variável de interesse (grupo de causa, ano, sexo, faixa etária), dividido pelo valor correspondente a cada variável escolhida, multiplicado por 100.

A média dos valores apresentados no período, apontando para onde mais se concentram os dados da distribuição, foi realizada por meio da adição dos valores anuais das internações, dividido pela quantidade de valores somados no numerador.

Já a variação percentual foi definida como a diferença entre o total do primeiro valor analisado em relação ao total do último valor de escolha para a variação, dividido pelo total do primeiro valor analisado, multiplicado por 100.

4.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Esta pesquisa não envolveu qualquer tipo de intervenção (direta ou indireta) com seres humanos. Foram utilizados elementos secundários, coletados para fins gerenciais e disponíveis em bancos de dados de acesso público via on-line.

5 Resultados

5 RESULTADOS

5.1 REDE HOSPITALAR DE GUARULHOS

A atenção hospitalar para a população guarulhense conta com dois sistemas complementares: o sistema público, disposto pelo SUS e o sistema de Saúde Suplementar (SS) que corresponde às instituições privadas. Todas as unidades hospitalares se concentram em torno da região central da cidade, à exceção de um hospital municipal que se localiza numa área mais periférica e de alta vulnerabilidade social. Ao todo se somam 13 unidades (Tabela 2), sendo três delas especializadas: uma pediatria, uma maternidade/obstetrícia e uma neurologia crônica (Unidade de Longa Permanência - ULP).

Tabela 2 – Quantidade de Unidades Hospitalares por natureza seguida pelo número e variação percentual de Leitos não SUS e Leitos SUS, no período de 2008 a 2012. Brasil, 2008-2012

Unidades Hospitalares	Nº. Unidades	Leitos não SUS			Leitos SUS		
		2008	2012	Variação % 2012-2008	2008	2012	Variação % 2012-2008
Estadual	2	0	0	----	399	389	-3%
Municipal	3	0	0	----	150	226	51%
Filantrópica com convênio SUS	3	135	79	-41%	826	802	-3%
Privada	5	294	411	40%	0	0	----
Total	13	429	490	14%	1.375	1.417	3%

Fonte: CNESnet, (2014).

Nota-se pela Tabela 2 que o número de leitos não SUS cresceu 14% no período 2008-2012, praticamente cinco vezes superior ao aumento dos leitos SUS (3%). Destaca-se que a primeira elevação é consequente do aumento de leitos nos hospitais privados (40%), pois se observa que entre as unidades filantrópicas houve queda percentual de 41%. Em contraste, os leitos SUS apresentaram redução tanto nos hospitais estaduais quanto nos filantrópicos, de apenas 3%, porém as unidades municipais

assinalaram ganho de 51% no percentual de leitos públicos, nos cinco anos analisados (Apêndice 2).

Destaca-se que, dentre o total de leitos SUS, quase metade pertence à ULP (600 leitos) que realiza atendimentos a pessoas com transtornos mentais, comportamentais (demências) e doenças do sistema nervoso (plegias, sequelas inflamatórias do sistema nervoso, síndromes epiléticas, entre outras). O número de leitos hospitalares em Guarulhos, por mil habitantes, cresceu aproximadamente 7%, passando de 1,4 leito em 2008 para 1,5 leito em 2012.

Com relação à saúde suplementar, em 2008, 40% dos guarulhenses estavam cobertos por planos de saúde privados e em 2012 essa cobertura aumentou para 45% da população (variação positiva de 12,5%). Nota-se, ainda, que dentre os beneficiários, mais de 65% deles, em todo o período, possuíam contratação do tipo coletivo empresarial, o qual presta assistência à saúde dos funcionários da empresa contratante graças ao vínculo empregatício ou estatutário (Tabela 3).

Tabela 3 – Beneficiários de planos privados de saúde no município de Guarulhos por tipo de contratação, entre os anos de 2008 a 2012. Brasil, 2008-2012

Tipo de contratação	Anos					% Variação
	2008	2009	2010	2011	2012	
Individual ou Familiar	91.345	95.147	109.311	109.204	108.033	18%
Coletivo Empresarial	347.332	364.077	399.159	413.144	414.755	19%
Outros	78.405	73.800	68.753	54.983	43.457	-45%
Total	517.082	533.024	577.223	577.331	566.245	10%

Fonte: ANS, (2014).

Os planos individuais e familiares, que são negociados diretamente com a operadora, também tiveram sua contratação ascendente, obtendo pequena redução entre 2011 para 2012, de apenas 1%. Já a queda de 45% (Tabela 3) nos outros tipos de

contratação corresponde ao plano coletivo por adesão (contratados por pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial, como conselhos, sindicatos e associações profissionais), ao plano coletivo não identificado e aos planos não informados.

No que concerne ao gerenciamento das instituições públicas, um hospital municipal é comandado por uma Universidade Federal e um hospital estadual é conduzido por meio de Contrato de Gestão com uma Organização Social de Saúde (OSS). Esta Organização se enquadra nas diferentes entidades da iniciativa privada filantrópica que atuam em parceria com o Estado e colaboram, de forma complementar, na consolidação do SUS, conforme previsto na Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, a qual estabelece a organização e o funcionamento dos serviços de saúde no país (Brasil, 1990).

A atuação da rede hospitalar pública municipal é pensada, modificada e negociada por meio de uma “Mesa de Pactuação da Rede Hospitalar do SUS de Guarulhos”, instituída através da Portaria Municipal nº 008/2006-SS e pela qual são elaboradas, sugeridas e referendadas propostas concernentes ao perfil de atendimento dos hospitais e das unidades pré-hospitalares, tendo ainda a responsabilidade na divulgação de documentos apoiadores à regulação da referência e contrarreferência entre os serviços assistenciais do município (Guarulhos, 2010).

Nesta Mesa participam o secretário municipal de saúde, o diretor do Departamento de Planejamento e Gestão, as direções dos hospitais que compõem o SUS guarulhense, representantes do Complexo Regulador e do SAMU, além dos representantes das unidades de pronto-atendimento 24 horas que participam a cada três meses das reuniões. Os encontros são realizados com o objetivo de enfrentamento das diferenças e dificuldades de gestão entre os entes federativos envolvidos com as ações de saúde de média e alta complexidade, promovendo um entendimento consensual de que o grupo é responsável de maneira interdependente pelas

potencialidades e fragilidades da rotina de atendimento na rede de internação (Guarulhos, 2010).

Observa-se que, mesmo as ICSAPs sendo um indicador indireto da APS podendo ser empregado também como instrumento de avaliação da utilização dos hospitais, não se identificou o uso dessa ferramenta em nenhuma das unidades de internação no município. Segundo a última publicação do Plano Municipal de Saúde (Guarulhos, 2010), os atendimentos das urgências e emergências, assim como a procura pela rede hospitalar no território, são caracterizados pela alta produção de consultas de casos que poderiam ser solucionados pela atenção básica, ou seja, as internações sensíveis delineiam fortemente o comportamento da atenção hospitalar.

5.2 PERFIS DAS INTERNAÇÕES QUE OCORRERAM EM GUARULHOS

De acordo com a Tabela 4, ocorreram em Guarulhos 332.435 hospitalizações no período de 2008 a 2012. Verifica-se que houve elevação de 19,1% nas internações e apenas do ano 2009 para 2010 que ocorreu certa estabilidade no montante, tornando a trajetória ascendente logo a partir de 2011. Em contrapartida, a média de permanência em dias de internação obteve queda percentual entre 2008-2012, sendo o maior valor identificado no ano de 2008 (9,7 dias), oscilando com redução no decorrer dos quatro anos seguintes.

Em relação aos gastos com as internações, os hospitais tiveram suas AIHs pagas no valor de R\$ 397.744.286,65 reais, durante os cinco anos do estudo. No entanto, a variação do valor médio de cada autorização de internação hospitalar aumentou em menos da metade percentual (15,6%) da variação do valor total das internações (37,7%) (Tabela 4).

Tabela 4 – Indicadores de produção hospitalar em residentes de Guarulhos registrados no SIH-SUS, entre os anos de 2008 a 2012. Brasil, 2008 a 2012

Indicadores	Anos de Internação					Variação % 2012-2008
	2008	2009	2010	2011	2012	
Frequência das Internações	59.490	66.813	66.887	68.411	70.834	19,1%
Valor total em reais	64.916.294,85	78.506.573,39	79.569.329,31	85.347.863,40	89.404.225,70	37,7%
Valor médio da AIH em reais	1.091,53	1.175,34	1.190,13	1.247,37	1.261,95	15,6%
Média de Permanência	9,7	9,1	9,3	9,4	9	-7,2%

Fonte: SIH-SUS.

Nos cinco anos estudados, 95% das internações ocorreram em pacientes residentes no próprio município de Guarulhos, 3% pertenciam à capital São Paulo, 1% pertencia à cidade de Itaquaquecetuba e as demais hospitalizações juntas alcançaram também 1%, vindas de todas as regiões do país.

Nesse período as mulheres foram internadas mais do que os homens em todos os anos subsequentes (Tabela 5), permanecendo acima dos 55% do total de internações, cujo percentual é superior à média da proporção do sexo feminino na população guarulhense (51,4%) (Apêndice 1). Mesmo subtraindo o total de partos das internações femininas (**2008:** 27.195 internações femininas exceto partos; **2009:** 30.622; **2010:** 30.723; **2011:** 31.546 e **2012:** 33.474), uma vez que se trata de hospitalização exclusiva das mulheres, ainda assim elas se sobressaíram no quantitativo de internações em relação aos homens.

Tabela 5 – Hospitalizações registradas no SIH-SUS, por sexo e partos entre os anos de 2008 a 2012, seguidas por suas proporções. Brasil, 2008-2012

Sexo e Partos	2008		2009		2010		2011		2012		Total	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Feminino	34.998	58,8	38.504	57,6	38.233	57,2	39.424	57,6	41.048	58	192.207	57,8
Masculino	24.492	41,2	28.309	42,4	28.654	42,8	28.987	42,4	29.786	42	140.228	42,2
Partos*	7.803	22,3	7.882	20,4	7.510	19,6	7.878	19,9	7.574	18,4	38.647	20,1

Fonte: SIH-SUS.

*Parto normal, parto normal em gestação de alto risco, parto cesariano, parto cesariano em gestação alto risco, parto cesariano com laqueadura tubária.

Ressalta-se que o número de partos oscilou entre os anos estudados, porém a variação percentual 2012-2008 demonstrou queda de 2,9% nos nascimentos. Contudo, ainda se observa que apesar de os homens terem apresentado menor número absoluto de internações em relação ao sexo oposto, eles apresentaram aumento das hospitalizações, na variação percentual 2012-2008, de 22% ao passo que as mulheres aumentaram apenas 17%.

A maior proporção de hospitalizações em residentes de Guarulhos ocorreu na faixa etária dos 25 aos 34 anos, com 19% no total. Durante os cinco anos, este grupo etário permaneceu na primeira posição. Já os pacientes entre um e quatro anos foram os que menos apresentaram internações, mantendo-se com proporção abaixo dos 5% (Tabela 6).

Tabela 6 – Número e proporção de internações hospitalares registradas no SIH-SUS, por grupo etário selecionado, em residentes de Guarulhos nos anos de 2008 a 2012. Brasil, 2008-2012

Grupo etário	2008		2009		2010		2011		2012		Total	
	N ^o .	%	N ^o .	%	N ^o .	%	N ^o .	%	N ^o .	%	N ^o .	%
< 1 ano	3.397	5,7	4.207	6,3	4.067	6,1	4.020	5,9	4.119	5,8	19.810	6
1 a 4 anos	2.431	4,1	3.105	4,6	3.081	4,6	2.554	3,7	2.615	3,7	13.786	4,1
5 a 14 anos	3.779	6,4	4.411	6,6	4.184	6,3	4.013	5,9	4.104	5,8	20.491	6,2
15 a 24 anos	10.395	17,5	11.199	16,8	10.804	16,2	11.396	16,7	11.630	16,4	55.424	16,7
25 a 34 anos	12.424	20,9	13.048	19,5	12.265	18,3	12.859	18,8	12.587	17,8	63.183	19
35 a 44 anos	8.588	14,4	9.402	14,1	9.480	14,2	9.894	14,5	10.153	14,3	47.517	14,3
45 a 54 anos	6.862	11,5	7.748	11,6	8.021	12	8.194	12	8.510	12	39.335	11,8
55 a 64 anos	4.687	7,9	5.674	8,5	6.221	9,3	6.603	9,7	7.374	10,4	30.559	9,2
≥ 65 anos	6.927	11,6	8.019	12	8.764	13,1	8.878	13	9.742	13,8	42.330	12,7
Total	59.490	100	66.813	100	66.887	100	68.411	100	70.834	100	332.435	100

Fonte: SIH-SUS.

A Tabela 6 atenta que, a partir dos 65 anos, o percurso das internações tende a aumentar acima dos 35%, no período estudado, comparado à faixa etária anterior (55 a 64 anos), sendo que os idosos com 65 anos ou mais ocuparam a quarta posição, entre as internações.

O capítulo 15 da CID-10 (Gravidez, parto e puerpério) correspondeu ao principal grupo de diagnósticos responsável pelas internações, correspondendo a 22,2% (73.902) do total. Em seguida, se apresentaram as doenças do sistema nervoso (Capítulo 6), com 12,4% (41.145); as doenças do aparelho circulatório (Capítulo 9), com 10% (33.151); as doenças do aparelho digestivo (Capítulo 11), com 8,9% (29.497) e as lesões por envenenamento e algumas outras consequências por causas externas (Capítulo 19), com 8,8% (29.294). As doenças do aparelho respiratório (Capítulo 10) ocuparam o sexto lugar entre os diagnósticos de internação, com 8,1% (27.057). Os demais capítulos apresentaram menos de 5% cada, do total das hospitalizações (Apêndice 3).

Quando a análise é realizada excluindo-se o Capítulo 15, exclusivo para as mulheres, o número de internações no sexo feminino cai em 38,4% (118.305), e os homens passam a representar a maior parte (54%) das internações. Com isso, as doenças do sistema nervoso passam a exibir a primeira causa de hospitalização, para ambos os sexos, aumentando sua proporção de 12,4% para 15,9%; seguida das doenças do aparelho circulatório (12,8%) e das doenças do aparelho digestivo (11,4%).

5.3 PERFIS DAS ICSAPs E NÃO ICSAPs QUE OCORRERAM EM GUARULHOS

O número de internações em residentes de Guarulhos foi de 332.435 hospitalizações. As internações por condições sensíveis à atenção primária, no mesmo período, representaram 14,4% (47.703) desse total. Ao subtrair o valor total de internações pelo número de mulheres hospitalizadas devido ao parto (38.647), tem-se o resultado de 293.788, pelo qual, aplicando-se novo cálculo de proporção das ICSAPs neste último montante, verifica-se aumento das hospitalizações evitáveis para 16,2%, ou seja, acréscimo de 12,5% (Tabela 7).

Tabela 7 – Média, total e variação percentual de internações exceto partos, ICSAP, não ICSAP e suas respectivas taxas em residentes de Guarulhos nos anos de 2008 a 2012. Brasil, 2008-2012

Anos	Internações exceto partos	ICSAP	Taxa ICSAP	não ICSAP	Taxa não ICSAP
2008	51.687	8.220	65,3	43.467	345,1
2009	58.931	9.750	76,1	49.181	339,2
2010	59.377	10.393	85,1	48.984	355,7
2011	60.533	9.505	76,8	51.028	351,4
2012	63.260	9.835	78,5	53.425	347,1
Média	58.758	9.541	76,4	49.217	347,7
Total	293.788	47.703	381,5	246.085	1.967,9
Variação % 2012-2008	22%	20%	20%	23%	1%

Fonte: SIH-SUS.

Constatou-se, entre os anos de 2008 a 2010, elevação de 26% no registro de ICSAP, passando de um patamar de 8.220 para 10.393 internações, representando aumento superior ao verificado em todo o período (20%), porém a partir daí houve queda até o ano de 2012 de 5% (9.835 internações). A variação na taxa de ICSAP foi positiva em 20%, aumentando de 65,3 em 2008 para 78,5 em 2012, sendo sua média igual a 76,4 internações por 10 mil habitantes.

As não ICSAPs também variaram positivamente (23%), entretanto sua taxa de internação aumentou discretamente apenas 1% (95% menor que a taxa de ICSAP), sendo que a média resultou em 347,7 internações/10 mil habitantes (Tabela 7).

Ao analisar o valor dispendido em relação às ICSAPs verifica-se que mais de R\$ 55 milhões de reais foram gastos com as hospitalizações evitáveis, correspondendo em média a quase mil e duzentos reais cada AIH. Grande parte deste financiamento poderia ser destinada ao investimento da atenção básica no município, melhorando suas fragilidades com vistas à melhor qualidade dos serviços aos usuários (Tabela 8).

Tabela 8 – Frequência das internações por ICSAP e não ICSAP seguidas de seus valores total e médio da AIH, em residentes de Guarulhos no período de 2008 a 2012. Brasil, 2008-2012

Tipo de Internação	Frequência das Internações	Valor total em reais	Valor médio da AIH
ICSAP	47.703	55.043.315,54	1.153,88
não ICSAP	246.085	320.605.849,22	1.302,83
Total	293.788	375.649.164,76	1.278,64

Fonte: SIH-SUS.

A preocupação com tais gastos é relevante uma vez que o número de ICSAP vem progredindo com o passar dos anos, levando a supor que as ações voltadas para esta involução ainda não foram iniciadas ou estão sendo realizadas de maneira insuficiente e sem conhecimento adequado da importância que estas internações refletem no orçamento público.

5.4 DETALHAMENTOS DAS ICSAPs QUANTO AOS GRUPOS DE CAUSA, AO SEXO E À FAIXA ETÁRIA

5.4.1 Quanto aos grupos de causa

Ao analisar as ICSAPs desagregadas por grupos de causas (Tabela 9), observa-se que os cinco principais diagnósticos de internação evitável entre os residentes de Guarulhos foram: Grupo 11 (insuficiência cardíaca), com 11,8% (5.652) das internações; Grupo 12 (doenças cerebrovasculares), com 10,6% (5.077); Grupo 10 (angina), com 9,7% (4.618); Grupo 6 (pneumonias bacterianas), com 9% (4.291) e Grupo 15 (infecção no rim e trato urinário), com 8,2% (3.911) internações sensíveis à APS.

Os grupos que demonstraram as menores proporções foram respectivamente: Grupo 1 (doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis), com 0,9% (416) internações; Grupo 5 (infecções de ouvido, nariz e garganta), com 0,9% (433); Grupo 3 (anemia), com 1% (455); Grupo 17 (doença inflamatória dos órgãos

pélvicos femininos), com 1% (475) e Grupo 4 (deficiências nutricionais), com 1,3% (641) hospitalização.

A insuficiência cardíaca esteve na primeira posição em todos os anos do estudo, com exceção em 2011, que este diagnóstico foi ultrapassado pelas doenças cerebrovasculares com pequena diferença entre os dois (11,6% para o Grupo 12 e 11,3% para o Grupo 11).

Em relação às variações percentuais dos grupos de ICSAP nos anos 2012-2008 (Figura 7), nota-se que 11 grupos aumentaram suas proporções de internação nesse período, sendo eles em ordem decrescente: Grupo 1 (doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis) (218%); Grupo 5 (infecções de ouvido, nariz e garganta) (113%); Grupo 19 (doenças relacionadas ao pré-natal e parto) (78%); Grupo 16 (infecção da pele e tecido subcutâneo) (60%); Grupo 10 (angina) (59%); Grupo 15 (infecção no rim e trato urinário) (45%); Grupo 8 (doenças pulmonares) (43%); Grupo 12 (doenças cerebrovasculares) (37%); Grupo 17 (doença inflamatória órgãos pélvicos femininos) (21%); Grupo 11 (insuficiência cardíaca) (17%) e Grupo 13 (diabetes *mellitus*) (10%).

Quanto às quedas percentuais (Figura 8), oito grupos apresentaram redução, sendo eles em ordem decrescente: Grupo 4 (deficiências nutricionais) (20%); Grupo 6 (pneumonias bacterianas) (16%); Grupo 2 (gastroenterites infecciosas) e Grupo 3 (anemia), ambos com 15%; Grupo 7 (asma) (6%); Grupo 9 (hipertensão) (5%); Grupo 18 (úlceras gastrointestinais) (4%) e Grupo 14 (epilepsias) (1%).

Em relação à surpreendente variação positiva de 218% para as doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis, ao explorar estas doenças, verificou-se como causa representativa desta ascendência a TB, sendo sua proporção de 60,6% neste grupo. Interessante destacar que esta enfermidade atingiu em 75% os homens e 78% deles tinham idade entre 25 e 54 anos (Apêndices 5A e 5B).

Tabela 9 – Número e proporção de ICSAP segundo grupo de causas, dos residentes do município de Guarulhos (SP), entre os anos de 2008 a 2012. Brasil, 2008-2012

(continua)

Grupos de Causas Sensíveis à Atenção Primária (CSAP)	2008		2009		2010	
	N.	%	N.	%	N.	%
1. Doenças prev. por imuniz. e condições sensíveis	39	0,5	67	0,7	75	0,7
2. Gastroenterites infecciosas e complicações	390	4,7	470	4,8	519	5
3. Anemia	92	1,1	104	1,1	83	0,8
4. Deficiências nutricionais	129	1,6	133	1,4	161	1,5
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	40	0,5	99	1	99	1
6. Pneumonias bacterianas	825	10	962	9,9	961	9,2
7. Asma	521	6,3	492	5	495	4,8
8. Doenças pulmonares	428	5,2	555	5,7	643	6,2
9. Hipertensão	443	5,4	455	4,7	490	4,7
10. Angina	698	8,5	919	9,4	1.133	10,9
11. Insuficiência cardíaca	997	12,1	1.222	12,5	1.197	11,5
12. Doenças cerebrovasculares	776	9,4	965	9,9	1.171	11,3
13. Diabetes mellitus	493	6	539	5,5	524	5
14. Epilepsias	634	7,7	640	6,6	639	6,1
15. Infecção no rim e trato urinário	614	7,5	823	8,4	797	7,7
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	461	5,6	578	5,9	709	6,8
17. Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	80	1	94	1	96	0,9
18. Úlcera gastrointestinal	407	5	438	4,5	432	4,2
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	153	1,9	195	2	169	1,6
Total CSAP	8.220	100	9.750	100	10.393	100

(continuação)

Grupos de Causas Sensíveis à Atenção Primária (CSAP)	2011		2012		Total	
	N.	%	N.	%	N.	%
1. Doenças prev. por imuniz. e condições sensíveis	111	1,2	124	1,3	416	0,9
2. Gastroenterites infecciosas e complicações	451	4,7	332	3,4	2.162	4,5
3. Anemia	98	1	78	0,8	455	1
4. Deficiências nutricionais	115	1,2	103	1,0	641	1,3
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	110	1,2	85	0,9	433	0,9
6. Pneumonias bacterianas	849	8,9	694	7,1	4.291	9
7. Asma	442	4,7	488	5	2.438	5,1
8. Doenças pulmonares	622	6,5	613	6,2	2.861	6
9. Hipertensão	468	4,9	421	4,3	2.277	4,8
10. Angina	760	8	1.108	11,3	4.618	9,7
11. Insuficiência cardíaca	1.072	11,3	1.164	11,8	5.652	11,8
12. Doenças cerebrovasculares	1.100	11,6	1.065	10,8	5.077	10,6
13. Diabetes mellitus	515	5,4	542	5,5	2.613	5,5
14. Epilepsias	633	6,7	625	6,4	3.171	6,6
15. Infecção no rim e trato urinário	784	8,2	893	9,1	3.911	8,2
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	689	7,2	739	7,5	3.176	6,7
17. Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	108	1,1	97	1	475	1
18. Úlcera gastrointestinal	376	4	392	4	2.045	4,3
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	202	2,1	272	2,8	991	2,1
Total CSAP	9.505	100	9.835	100	47.703	100

(conclusão)

Fonte: SIH-SUS.

Figura 7 – Grupos de causas para ICSAP que tiveram **aumento** na variação percentual, na análise dos anos 2012-2008, em residentes de Guarulhos. Brasil, 2008-2012

Fonte: SIH-SUS.

Figura 8 – Grupos de causas para ICSAP que tiveram **redução** na variação percentual, na análise dos anos 2012-2008, em residentes de Guarulhos. Brasil, 2008-2012

Fonte: SIH-SUS.

As infecções de ouvido, nariz e garganta, segunda maior variação positiva no período, com 113%, foram evidenciadas pelas infecções das vias aéreas superiores, responsáveis por 51% dessas internações, também em maior proporção entre os homens (58%), principalmente a partir do primeiro ano de vida até os 14 anos (Apêndices 6A e 6B).

Já a terceira maior variação positiva (78%), o Grupo 19, foi representada enfaticamente pelas infecções no trato urinário durante a gravidez, com 82,2% das causas entre as mulheres. Ressalta-se que neste grupo a sífilis congênita foi responsável por 17,5% dos diagnósticos (86 casos para os bebês meninos e 87 para as meninas) e a Síndrome da Rubéola Congênita (SRC) representou três internações entre os bebês meninos (0,3%) (Apêndice 7). Dessa forma, se esclarece o porquê do sexo masculino apresentar internações registradas num grupo de causas exclusivo das mulheres, ou seja, deve-se ao fato de bebês meninos, logo após o nascimento, terem suas internações sensíveis registradas por doenças congênitas, como a sífilis e a rubéola, na mesma AIH de sua mãe que foi hospitalizada para os procedimentos obstétricos.

Para o Grupo 16, quarta maior variação percentual (60%), as celulites foram as internações que mais ocorreram neste grupo (53,3%) (Apêndice 8) e assim como a Angina *pectoris* (Grupo 10), quinta maior variação, os homens foram os mais acometidos por estes diagnósticos.

5.4.2 Quanto ao sexo

A análise das ICSAPs, de acordo com os sexos, denota que os homens internaram mais que as mulheres (Tabela 10), porém com uma discreta diferença de apenas 3%. A média na taxa de ICSAP no sexo masculino foi de 79,6 internações por 10 mil habitantes, durante todo o período estudado, enquanto para o sexo feminino a média na taxa foi menor, ou 73,1 internações/10 mil habitantes.

Para os homens, os cinco grupos de causas com maior representação nas internações foram: Grupo 10 (angina), com 11,9%; Grupo 11 (insuficiência cardíaca), com 11,8%; Grupo 12 (doenças cerebrovasculares), com 11%; Grupo 6 (pneumonias bacterianas), com 9,6% e Grupo 16 (infecção da pele e tecido subcutâneo), com 7,5%. Estas cinco causas entre os homens se classificaram em posições diferentes entre os anos 2008-2012, porém sempre estiveram no grupo das cinco principais causas entre eles.

Tabela 10 – Distribuição dos números e percentuais de ICSAP, segundo grupo de causas e sexo, em residentes do município de Guarulhos, entre os anos de 2008 a 2012. Brasil, 2008-2012

Grupos de Causas Sensíveis à Atenção Primária (CSAP)	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. Doenças prev. por imuniz. e condições sensíveis	289	1,2	127	0,5	416	0,9
2. Gastroenterites Infeciosas e complicações	1.132	4,7	1.030	4,4	2.162	4,5
3. Anemia	160	0,7	295	1,3	455	1
4. Deficiências nutricionais	330	1,4	311	1,3	641	1,3
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	242	1	191	0,8	433	0,9
6. Pneumonias bacterianas	2.322	9,6	1.969	8,4	4.291	9
7. Asma	1.387	5,7	1.051	4,5	2.438	5,1
8. Doenças pulmonares	1.620	6,7	1.241	5,3	2.861	6
9. Hipertensão	1.033	4,3	1.244	5,3	2.277	4,8
10. Angina	2.893	11,9	1.725	7,4	4.618	9,7
11. Insuficiência cardíaca	2.868	11,8	2.784	11,9	5.652	11,8
12. Doenças cerebrovasculares	2.657	11	2.420	10,3	5.077	10,6
13. Diabetes <i>mellitus</i>	1.208	5	1.405	6	2.613	5,5
14. Epilepsias	1.407	5,8	1.764	7,5	3.171	6,6
15. Infecção no rim e trato urinário	1.407	5,8	2.504	10,7	3.911	8,2
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	1.828	7,5	1.348	5,7	3.176	6,7
17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	0	0	475	2	475	1
18. Úlcera gastrointestinal	1.371	5,7	674	2,9	2.045	4,3
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	89	0,4	902	3,8	991	2,1
Total	24.243	100	23.460	100	47.703	100

Fonte: SIH-SUS.

Observa-se, pela Figura 9, que estes cinco grupos de diagnósticos nos homens apresentaram comportamento semelhante no decorrer dos anos, sendo que, apenas em 2011, houve queda nessas internações.

Para as mulheres, as cinco principais causas de ICSAP divergiram dos homens tanto nos diagnósticos quanto na posição em que estes se classificaram. A primeira causa foi em consequência do Grupo 11 (insuficiência cardíaca), com 11,9%; em seguida revelou o Grupo 15 (infecção no rim e trato urinário), com 10,7%; o Grupo 12 (doenças cerebrovasculares), na terceira posição, com 10,3%; o Grupo 6 (pneumonias bacterianas), em quarto lugar, com 8,4% e por último, o Grupo 14 (epilepsias), com 7,5%. Assim como para os homens, estas cinco causas se mantiveram presentes entre os principais grupos de internação sensível entre as mulheres nos anos 2008-2012, variando de posição conforme o decorrer do tempo.

Figura 9 – Trajetória das cinco principais causas de ICSAP entre os homens residentes em Guarulhos, durante os anos de 2008 a 2012. Brasil, 2008-2012

Fonte: SIH-SUS.

Verifica-se, na Figura 10, que a trajetória dos cinco diagnósticos femininos principais também seguiu em ascendência até o ano de 2010, reduzindo em 2011 e tornando a crescer em 2012. Apenas as infecções no rim e trato urinário apresentaram quedas na sequência do ano 2009 para 2010, mas em seguida acompanharam a mesma trajetória das outras enfermidades nos anos subsequentes.

Nota-se que as pneumonias bacterianas corresponderam à quarta causa de internação para ambos os sexos, no período de 2008 a 2012, porém suas elevações e reduções foram mais acentuadas entre os homens.

No que tange às diferenças entre as causas de CSAP presentes na comparação masculino *versus* feminino, verifica-se que o Grupo 1 (doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis), Grupo 18 (úlceras gastrointestinais), Grupo 10 (angina), Grupo 16 (infecção na pele e tecido subcutâneo) e Grupo 7 (asma), acometeram expressivamente os homens, nesta ordem (Figura 11).

Figura 10 – Trajetória das cinco principais causas de ICSAP entre as mulheres residentes em Guarulhos, durante os anos de 2008 a 2012. Brasil, 2008-2012

Fonte: SIH-SUS.

Figura 11 – Comparação do número de internações registrado entre os sexos masculino e feminino, de residentes em Guarulhos, durante os anos de 2008 a 2012. Brasil, 2008-2012

Fonte: SIH-SUS.

Entretanto, exceto o Grupo 17 (doença inflamatória dos órgãos pélvicos femininos) por ser exclusivo entre as mulheres e o Grupo 19 (doenças relacionadas ao pré-natal e parto) justificado anteriormente; as principais diferenças nos grupos de CSAP com ênfase ao sexo feminino foram: Grupo 3 (anemia), Grupo 15 (infecção no rim e no trato urinário), Grupo 14 (epilepsias), Grupo 9 (hipertensão) e Grupo 13 (diabetes *mellitus*) (Figura 11).

As causas de internação que mais se assemelharam em quantidade, entre os sexos, foram: Grupo 11 (Insuficiência cardíaca), Grupo 4 (Deficiências nutricionais) e Grupo 2 (Gastroenterites infecciosas e complicações).

5.4.3 Quanto à faixa etária

Ao desagregar o total de internações sensíveis à APS por faixa etária, observa-se que as ICSAPs se ampliam proporcionalmente aos extremos de idade, ou seja, crianças e idosos são os mais acometidos pelas hospitalizações evitáveis, para ambos os sexos.

Como demonstrado na Tabela 11, pessoas com idade igual ou superior a 65 anos representaram mais de um quarto das ICSAPs (29,9%), em seguida vieram os adultos dos 55 aos 64 anos (15,7%), acompanhados pelos adultos dos 45 aos 54 anos (12,9%) que juntos formaram um grupo de indivíduos dos 45 aos 64 anos que apresentaram 13.651 internações (28,6% do total de ICSAP), ou seja, segundo grupo etário com maior número de hospitalizações.

Já as crianças menores de 1 a 4 anos de idade somaram 7.942 hospitalizações evitáveis (16,6%), apresentando importante destaque entre as ICSAPs por faixa etária (Tabela 11).

Os adolescentes dos 15 aos 24 anos foram os que menos sofreram internação em todos os anos do estudo, demonstrando no total dos cinco anos percentual de apenas 4,9% (2.351) das ICSAPs.

Tabela 11 – Número e proporção de ICSAP registradas no SIH/SUS, por grupo etário selecionado, em residentes de Guarulhos nos anos de 2008 a 2012. Brasil, 2008-2012

Grupo etário	2008		2009		2010		2011		2012		Total	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
< 1 ano	745	9,1	913	9,4	890	8,6	852	9	887	9	4.287	9
1 a 4 anos	687	8,4	816	8,4	851	8,2	675	7,1	626	6,4	3.655	7,7
5 a 14 anos	502	6,1	604	6,2	689	6,6	648	6,8	547	5,6	2.990	6,3
15 a 24 anos	392	4,8	514	5,3	425	4,1	443	4,7	577	5,9	2.351	4,9
25 a 34 anos	497	6	560	5,7	543	5,2	589	6,2	628	6,4	2.817	5,9
35 a 44 anos	706	8,6	728	7,5	777	7,5	700	7,4	775	7,9	3.686	7,7
45 a 54 anos	1.102	13,4	1.299	13,3	1.316	12,7	1.184	12,5	1.271	12,9	6.172	12,9
55 a 64 anos	1.120	13,6	1.422	14,6	1.736	16,7	1.568	16,5	1.633	16,6	7.479	15,7
≥ 65 anos	2.469	30	2.894	29,7	3.166	30,5	2.846	29,9	2.891	29,4	14.266	29,9
Total	8.220	100	9.750	100	10.393	100	9.505	100	9.835	100	47.703	100

Fonte: SIH-SUS.

A somatória das cinco causas de ICSAP que mais acometeram os idosos com idade ≥ 65 anos (Apêndice 9) igualou-se a 9.245 (65%) internações, sendo elas em ordem de importância: insuficiência cardíaca (31%), doenças cerebrovasculares (28%), angina (17%), infecção no rim e trato urinário e pneumonias bacterianas, ambas com 12% (Figura 12).

Figura 12 – Proporção das cinco principais causas de ICSAP registradas no SIH-SUS, em idosos ≥ 65 anos, residentes de Guarulhos no período de 2008 a 2012. Brasil, 2008-2012

Fonte: SIH-SUS.

Já as cinco causas de ICSAP dominantes entre os adultos com 45 a 64 anos (Apêndice 9) representaram 64% (8.783) do total de hospitalizações potencialmente evitáveis nessa faixa etária, aproximando-se dos mesmos diagnósticos dos mais velhos, porém invertendo a ordem de ocorrência: angina (31%), insuficiência cardíaca (25%), doenças cerebrovasculares (24%), epilepsias (11%) e diabetes *mellitus* (10%). Ressalta-se que, neste grupo etário, as epilepsias e a diabetes (doenças crônicas) se sobressaíram em relação às infecções no rim e trato urinário e às pneumonias bacterianas (doenças agudas) que ocorreram nos indivíduos com idades mais avançadas (Figura 13).

Figura 13 – Proporção das cinco principais causas de ICSAP registradas no SIH-SUS, na faixa etária entre 45 e 64 anos, residentes de Guarulhos no período de 2008 a 2012. Brasil, 2008-2012

Fonte: SIH-SUS.

Entre as crianças, as internações sensíveis foram representadas principalmente pelos menores de um ano, para ambos os sexos, com 9% (4.287) das internações (Apêndice 9). Neste grupo etário, os cinco principais grupos de ICSAP resultaram em 85% (3.646) das hospitalizações, sendo eles: doenças pulmonares (39%), asma (20%), pneumonias bacterianas (18%), infecção no rim e trato urinário (13%) e gastroenterites infecciosas e complicações (10%) (Figura 14).

Figura 14 – Proporção das cinco principais causas de ICSAP registradas no SIH-SUS, em menores de um ano, residentes de Guarulhos no período de 2008 a 2012. Brasil, 2008-2012

■ Doenças pulmonares ■ Asma
■ Pneumonias bacterianas ■ Infecção no rim e trato urinário
■ Gastroenterites infecciosas

Fonte: SIH-SUS.

Esta mesma situação se assemelha para as crianças de 1 a 4 anos, apenas invertendo a ordem de importância entre as três principais causas: asma (30%), pneumonias bacterianas (24%), gastroenterites infecciosas e complicações (18%), e uma nova enfermidade se posiciona na quarta colocação para este grupo etário, as infecções da pele e tecido subcutâneo (17,6%), seguida pelas infecções no rim e trato urinário (10%).

Os jovens de 15 a 24 anos, faixa etária menos prejudicada com as ICSAPs, evidenciaram nessa fase: infecções no rim e trato urinário (21,1%), epilepsias (9,7%) e infecções da pele e tecido subcutâneo (9,5%), com exceção do Grupo 19, exclusivo para as mulheres, que representou a primeira causa sensível entre elas (30,8%) (Apêndice 9).

6 Discussão

6 DISCUSSÃO

Estudos ecológicos sobre a descrição, análise e avaliação das internações por condições sensíveis à atenção primária têm ocorrido em diferentes territórios nacionais e internacionais, com o objetivo de conhecer o comportamento dessas hospitalizações e relacioná-lo a uma série de variáveis ou fatores (sexo, etnia, condição socioeconômica, visão de mundo, entre outros) que podem fundamentar a compreensão adequada da qualidade e do acesso à APS (Ansarai et al., 2013; Rehem, 2011; Rosano et al., 2011; Rubinstein et al., 2014).

O emprego de dados secundários em avaliações de saúde é mais ágil e menos custoso que a coleta de informações nos prontuários do paciente, além de estarem disponíveis com acesso fácil nos ambientes virtuais de diversos países (Eggli et al., 2014; Moreira, DutilhNovaes, 2011), sendo o SIH o sistema nacional mais utilizado na maioria das pesquisas (Barreto, Freire, 2011; Nakamura-Pereira et al., 2013; Ugá et al., 2013).

Em Guarulhos, a análise do panorama das ICSAPs nos últimos cinco anos permitiu o conhecimento de uma totalidade-parte que representa o processo de adoecimento da população e suas necessidades em saúde, e devido, também, ao crescimento das internações em geral observou-se que a busca expressiva pelas unidades hospitalares continua sendo um dos principais pontos de atenção para a resolução das demandas assistenciais, como de costume no país (La Forgia, Couttolence, 2009).

Ressalta-se que a condição de saúde que conduz os indivíduos aos serviços de saúde depende da morbidade, gravidade e percepção individual (Pires et al., 2010). O julgamento sobre a necessidade de atendimento, que induz a demanda hospitalar, pode ser determinado por vários aspectos, como faixa etária, sexo, localização geográfica, crenças, religião, psicológicos, dentre outros (Ribeiro et al., 2006). A baixa escolaridade dos usuários pode

influenciar as informações disponíveis para o cuidado assistencial, repercutindo na escolha pelo posto de saúde ou hospital (Pires et al., 2010).

O município possui uma extensão territorial vasta com inúmeros bairros periféricos que sofrem com a falta de infraestrutura habitacional, de transporte e equipamentos sociais, capazes de determinar o surgimento de enfermidades que prejudicam o bem-estar físico e psíquico de indivíduos e famílias que se alojam nesses territórios.

Nota-se pelo histórico de desenvolvimento da cidade que o acesso à maioria das instituições públicas ocorre em torno da região central, aproximando-se ao máximo do aeroporto internacional de SP, no bairro de Cumbica, a caminho da região leste. Não diferente, verifica-se que os hospitais também se posicionam ao centro da cidade restando à população da região norte e leste, classificadas como as mais vulneráveis socialmente, apenas um hospital municipal mais próximo de suas residências.

Estudo sobre a tendência na assistência hospitalar também revelou o problema da regionalização na cidade de São Paulo, resultado do processo de urbanização desregrado, demonstrando que não há espaços hospitalares para a população da periferia, forçando-a a grandes deslocamentos para tentar a sorte na região central (Vecina, Malik, 2007).

Em contrapartida, o número de UBSs instaladas nessas regiões em Guarulhos é superior aos demais bairros. A regionalização define a forma como a rede de serviços deve estar organizada, permitindo conhecer a maioria dos problemas de saúde da população em uma área delimitada, de forma a estabelecer o acesso à rede, a qual deve ocorrer preferencialmente pelos serviços da atenção primária, qualificados para atender e resolver a problemas pertinentes ao seu escopo de atuação (Lemos, Chaves, 2011).

6.1 POLÍTICAS E PRODUÇÃO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO COM DESTAQUE PARA A APS

Guarulhos se propõe a constituir e fortalecer redes de compromisso no desenvolvimento assistencial destinado à sua população, corresponsabilizando-a quanto à qualidade de vida e sua participação no cuidado (Guarulhos, 2014b).

Tanto no Plano Municipal de Saúde (Guarulhos, 2010) quanto na recente publicação da Política Municipal de Promoção da Saúde (Guarulhos, 2014b) há identificação da necessidade de intervenção do poder público na escolha das ações que possibilitem um melhor atendimento às necessidades sociais e assistenciais, reduzindo a incidência de doenças e agravos evitáveis.

Com relação à análise da assistência hospitalar municipal, verificou-se que a queda no número de leitos não SUS nos hospitais filantrópicos (41%), entre 2008 a 2012, superou o aumento no percentual desses mesmos leitos nos hospitais privados (40%). Alguns pesquisadores explicam resultados semelhantes em razão do irrisório financiamento do governo às unidades contratadas ou conveniadas, que sequer cobre 60% do custo dos procedimentos (Lima, 2011); enquanto outros supõem tratar-se de uma consequência no investimento da rede ambulatorial e APS, fundamentais para melhorar o acesso da população à saúde com qualidade (Bittar et al., 2011).

Em 2011, Guarulhos passou por um momento de dificuldade orçamentária com um dos hospitais conveniados ao SUS, informação disseminada na imprensa municipal alertando a iminência do fechamento da instituição. Sendo assim, supõe-se que a queda no número desses leitos segue a reflexão exposta por Lima (2011), descrita no parágrafo anterior.

Já a variação percentual de leitos existentes aumentou (6%), ao passo que a população do município diminuiu, discretamente (0,5%). No âmbito nacional, entre 1999 a 2009, houve redução de

mais de 25% no número de leitos existentes e crescimento populacional de 16,8% (Mendes et al., 2012). Na cidade de São Paulo, na década de 2000-2010, também foi descrita diminuição no número de leitos hospitalares, conforme apontado por Rodrigues, Sarti e Nishijima (2013), ou seja, todos esses resultados se contrapuseram aos encontrados em Guarulhos.

A explicação para esse aumento decorre do comportamento de um hospital municipal que inaugurou alas de internação, num total de 73 leitos dispersos entre as especialidades de maternidade e obstetrícia, Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) neonatal, psiquiatria, clínica cirúrgica e clínica médica, entre os anos de 2010 e 2011 (CNESnet, 2014).

Sobre o crescimento dos leitos não SUS nos hospitais particulares (40%), constata-se que o mesmo ocorreu em paralelo ao aumento na cobertura populacional pelos planos de saúde privados (12,5%), no período estudado. Segundo Malta et al. (2011), a população coberta por estes planos tem se expandido no país, e as regiões com maior concentração de riqueza detêm a maior parcela da população coberta por planos, principalmente entre as pessoas com maior escolaridade e na faixa etária acima dos 60 anos.

Em Guarulhos, o tipo de contratação individual ou familiar segue esta tendência no crescimento principalmente entre os idosos, num ritmo análogo ao envelhecimento da população, evidenciado na pirâmide etária (ANS, 2014). Todavia, a maior demanda pelos seguros de saúde privados vem especialmente da contratação coletiva empresarial, pelas quais empresas públicas e privadas beneficiam seus funcionários com essa alternativa assistencial, em conformidade ao estudo de Paim et al. (2011).

As pessoas com seguros de saúde privados afirmam ter melhor acesso aos cuidados preventivos e uma variação mais satisfatória de serviços de saúde que aquelas que dispõem apenas do SUS

(Paim et al., 2011). Santos, Ugá e Porto (2008) confirmam que os equipamentos de saúde são mais disponíveis para os clientes de planos privados, em conformidade ao apontado pela Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária de 2009 (IBGE, 2010b).

É importante destacar que a cobertura atual da população guarulhense pelos planos privados (45%) (ANS, 2014) se encontra acima da cobertura da população pela ESF (23,8%), assim como da cobertura por toda atenção básica (44,3%). Oliveira et al. (2010) apontam que no Estado de São Paulo verifica-se associação entre o porte populacional dos municípios e a cobertura de planos de saúde privados: em municípios a partir de 50 mil habitantes predominam a faixa de cobertura maior ou igual a 20%. Os autores declaram ainda que há associação entre a cobertura por estes planos e o *status* da riqueza municipal, verificada por meio do Produto Interno Bruto (PIB) e observam também que a cobertura pelos planos privados é inversamente proporcional à do PSF, como demonstrado no município guarulhense.

Sendo assim, nota-se que, ao se usufruir de um plano de saúde particular, os usuários segurados optam pela busca assistencial nos hospitais privados em detrimento dos serviços disponibilizados pela APS. Somado a isso, têm-se as queixas abundantes quanto aos cuidados dispensados pela atenção primária, referidas pela demora por atendimento, dificuldade no acesso, falta de recursos humanos, limitada humanização nas consultas, entre outras, ou seja, situações que contribuem para alternativa pela saúde suplementar (Moimaz et al., 2010).

A literatura nacional vem demonstrando a necessidade da redução de leitos, no sentido de desospitalização dos Estados e municípios (Campos, Amaral, 2007; Vecina, Malik, 2007), reduzindo os gastos hospitalares por meio do investimento nos sistemas ambulatoriais. Contudo, a maioria dos grandes centros sofre com o planejamento adequado e a falta de políticas públicas mais eficientes na ação prestada aos cuidados primários (Conill, 2008), e

como consequência ocorre superlotação dos hospitais em busca de assistência médica especializada para necessidades, muitas vezes, básicas.

Contudo, observa-se em Guarulhos aumento no número de leitos, tanto privados quanto públicos. A média no indicador cresceu 7% (1,4 leito em 2008 para 1,5 leito/mil habitantes em 2012), aproximando-se do recomendado pelo Ministério da Saúde, que descreve a necessidade de 2 a 3 leitos para cada mil habitantes (Portaria GM/MS nº 1.101 de 12 de junho de 2002).

Pesquisa sobre as tendências da atenção hospitalar no SUS da Bahia apresentou o parâmetro leito por habitante também abaixo do recomendado pelo MS, porém atenta a uma análise adequada por meio da demonstração de ociosidade da capacidade instalada, relatando que o cálculo desse indicador, com base no CNES, poderá levar a uma superestimação da oferta de leitos (Barreto, Freire, 2011).

Nesse contexto, o pensamento trivial de que a melhoria nas condições de saúde está atrelada ao aumento do número de leitos hospitalares, nem sempre é verdadeiro, uma vez que a solução poderá surgir do adequado investimento na atenção primária, de um efetivo sistema de regulação capaz de adequar as hospitalizações em instituições próximas aos seus municípios de residência, no desenvolvimento da pesquisa e ensino nesta área, na análise da complexidade das unidades, na boa utilização da estrutura e da capacidade instalada, na resolubilidade e viabilidade financeira dos hospitais entre as diferentes regiões, na própria reforma hospitalar baseada no perfil demográfico e social, entre outras (Bittar et al., 2011; La Forgia, Couttolence, 2009).

O Estado de São Paulo tem apostado nessas soluções por meio de alterações no gerenciamento de seus hospitais, optando pelos contratos de gestão com as OSS, como ocorre em um dos hospitais em Guarulhos. A autonomia administrativa e financeira,

assim como o emprego de instrumentos e práticas gerenciais inovadoras, são alguns dos fatores que condicionam o ganho de eficiência das organizações sociais frente às unidades da administração direta, abordagens estas que deveriam ser potencializadas e implementadas na gestão pública (Barbosa, Elias, 2010).

Além disso, o próprio emprego das ICSAPs como indicador da qualidade hospitalar integrado à atenção básica, que poderia contribuir na análise da qualidade e resolubilidade de ambos os pontos assistenciais, supõe-se limitado no gerenciamento dos hospitais, uma vez que as publicações sobre este indicador voltado para a análise do ambiente nosológico são escassas no Brasil.

O MS, por meio do Departamento de Monitoramento e a Avaliação do SUS, recomenda a avaliação do desempenho dos sistemas de saúde medido pela média de um conjunto de indicadores (proporção de ocupação dos leitos, tempo médio de espera na atenção ambulatorial de média e alta complexidade, coberturas de exames, taxas de mortalidade, entre outros), dentre os quais não se evidenciam as ICSAPs. Contudo, estratégias de aproximação entre a atenção primária e a especializada são discutidas na literatura (Almeida et al., 2013), demonstrando que iniciativas que promovam a integração dos profissionais da família com os especialistas hospitalares permitem resultados favoráveis no sistema de saúde em geral, ou seja, as ICSAPs se constituem num bom indicador para a discussão e o planejamento mútuo das mudanças entre os polos assistenciais.

Nesse íterim, acentua-se a importância dos gestores em saúde de Guarulhos, no decorrer de suas discussões a respeito da assistência prestada à população guarulhense, durante os encontros, organizados pela Mesa de Pactuação da Rede Hospitalar do SUS municipal, que integrem nas pautas o acompanhamento das ICSAPs, após estas passarem a ser utilizadas também pelo setor terciário, uma vez que as dificuldades enfrentadas pela APS refletem

no aumento da demanda hospitalar por causas evitáveis (Johnson et al., 2012; Olivati et al., 2010) e, dessa forma, interferem pujantemente na avaliação da rede de atenção à saúde em geral.

Ao se deparar com as frequências das internações gerais em Guarulhos, percebe-se que seu crescimento (19,1%) refletiu em quase o dobro no percentual (37,7%) do valor total em reais gastos com estas hospitalizações, somando mais de R\$ 24 milhões de reais na diferença dos anos 2012-2008. Este estudo não objetivou explorar os gastos com as internações relacionando-os às complexidades dos casos atendidos no período, entendendo que os recursos financeiros são proporcionais aos aportes tecnológicos disponíveis nos hospitais, e sendo assim, podem influenciar no aumento dos gastos, de acordo com a especialidade no tratamento durante a internação, o que pode se diferenciar no decorrer dos anos. Contudo, há evidência de que os aspectos financeiros podem induzir a elevação da produção de internações subestimando as reais necessidades de saúde da população, valorizando sobremaneira as especialidades com remuneração maior, em detrimento de especialidades que exigem acentuada demanda por procedimentos relacionados ao processo de cuidar profissional (Lemos, Chaves, 2011).

Da mesma forma, compreende-se, de acordo com a literatura, que o tempo de permanência hospitalar pode ser influenciado diante da presença de variáveis como dor, etilismo, tabagismo, infecções hospitalares, estrutura etária e algumas doenças crônicas, como a hipertensão arterial e a diabetes (Rufino et al., 2012). No entanto, ressalta-se que a média de permanência nos hospitais guarulhenses (9,3 dias) alcançou um valor acima da média encontrada na região metropolitana e no Estado de SP (ambas com 6,8 dias) (Datusus, 2014). Vale lembrar que a qualidade do atendimento e a eficiência da gestão clínica afetam este indicador que, sendo mais longo que o necessário, desperdiça igualmente recursos hospitalares (La Forgia, Couttolenc, 2009).

Sabe-se que o financiamento do SUS não tem sido suficiente para assegurar recursos financeiros adequados ou estáveis para o sistema público (Paim et al., 2011) e, portanto, a produção de internações hospitalares representa importante parcela da atenção à saúde, tanto pela complexidade de ações quanto pelo peso financeiro empregado (Lemos, Chaves, 2011).

Em relação aos gastos com as ICSAPs, ressalta-se que a elevação dessas internações no município refletiu em alto custo no orçamento da demanda hospitalar para o sistema de saúde local, reforçando a necessidade dessa discussão nas políticas públicas assistenciais do município.

Estudo sobre os custos das hospitalizações evitáveis realizados na Irlanda, entre os anos de 2005 a 2008, revelou que houve aumento em 31,5% nos gastos com estas internações, principalmente nas áreas menos urbanizadas (Sheridan, Howell, Bedford, 2012). No Brasil, em 2001 as ICSAPs custaram ao SUS mais de um bilhão de reais (15,4%) do total de 6,67 bilhões gastos em internações hospitalares (Brasil, 2006 apud Rehem, 2011).

Em Guarulhos, as ICSAPs valeram ao SUS, no período dos cinco anos estudados, mais de R\$ 55 milhões de reais convertidos em 15% dos gastos hospitalares. Estudo realizado na macrorregião de Juazeiro, Bahia, demonstrou que as ICSAPs custaram mais de R\$ 7 milhões, equivalendo a R\$ 7 reais habitante/ano, superior a um terço do valor do PAB (Rehem, 2009).

De acordo com Paim et al. (2011), o SUS dispõe de menor renda de recursos públicos orçamentários para o atendimento às necessidades de saúde da população que aquele previsto quando o sistema foi criado. Neste contexto, observar os gastos com internações que poderiam ser evitadas num determinado território não significa economizar, mas sim investir melhor os recursos aplicando diretamente nos serviços que realmente devem ser priorizados, neste caso, a atenção primária.

É importante lembrar que a oscilação anual da cobertura populacional pela ESF em Guarulhos, com prevalência nas quedas percentuais, demonstra a dificuldade de expansão da Estratégia nos grandes centros urbanos, como relatado por (Conill, 2008). Além disso, Pazó et al. (2012), atentam que a análise dessa expansão contempla a cobertura populacional, mas não considera a adequação da composição das equipes nem os vínculos trabalhistas. Sobre este assunto, é de conhecimento público as dificuldades na inserção e fixação de profissionais médicos na estratégia SF, traduzidas pelas distorções em relação à remuneração, a problemas no plano de cargos, à carreira e aos salários, à falta de materiais nas UBSs e à dificuldade no acesso às unidades que geralmente se localizam nas periferias, dentre outras (Ney, Rodrigues, 2012).

O número de UBS com ESF no município saltou de 15 unidades, em 2005, para 41 unidades, em 2012, correspondendo a um crescimento de 170%. O fato se deu principalmente por meio do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF 1 e 2) (Brasil, 2012d), com os incentivos financeiros da PNAB-2006 (Brasil, 2006), entretanto, esta expansão não ocorreu com o devido planejamento, evidenciado pelas insuficientes condições físicas de funcionamento de muitas unidades e as mudanças nas formas de contratação, que antes de 2008 não eram realizadas por meio de concursos públicos, fatos também retratados em outro município brasileiro (Ney, Rodrigues, 2012).

Diante dessas condições, a fixação dos profissionais nas equipes de SF ainda tende a sofrer com a alta rotatividade e até mesmo a falta do profissional médico de família, prejudicando o vínculo com os usuários e, sobretudo, o cuidado continuado e integral junto a eles. Por se tratar de um problema crônico em todo o país, Guarulhos aderiu em 2013 ao pacto de melhoria do atendimento aos usuários do SUS, por meio do Programa Ministerial Mais Médicos e o Programa de Valorização do Profissional da

Atenção Básica (ProvaB) (Brasil, 2014d). O primeiro programa diz respeito à convocação de médicos brasileiros, interessados em atuar nas regiões onde faltam profissionais, e no caso do não preenchimento de todas as vagas, o Brasil aceita candidaturas de estrangeiros, no intuito de resolver o problema emergencial da falta de médicos em todo o país; já o segundo trata-se de um incentivo monetário no valor de R\$ 8 mil reais para que médicos recém-formados trabalhem em UBS nas regiões mais carentes, promovendo, ainda, bônus de 10% quando o profissional for prestar prova de residência médica.

Constatou-se no município, até fevereiro de 2014, a contratação de 30 médicos (a maioria cubanos) pelo Programa Mais Médicos, os quais assumiram as equipes de SF que se encontravam incompletas pela falta destes profissionais (Guarulhos, 2014c); e o número de trabalhadores ofertados para o ProvaB alcançou 20 vagas. A oferta de médicos de família, no sentido de eles promoverem maior acessibilidade aos serviços primários e menores taxas de admissão hospitalar por CSAP, foi descrita em uma revisão sistemática da literatura realizada na Itália, por meio da qual se averiguou associação inversa estatisticamente significativa entre a eficiência, qualidade e acesso da APS relacionada às hospitalizações evitáveis (Rosano et al., 2012).

Contudo, os limitados recursos assistenciais da APS em Guarulhos não indicam desassistência à população, mas como também constatado no Estado de SP (Sala, Mendes, 2011), sua baixa cobertura pode ser compreendida segundo o desenvolvimento da saúde pública nesses territórios, permeada pela variedade de UBSs tradicionais implantadas nas grandes cidades antes da estratégia do PSF, divergentes das pequenas divisões administrativas.

Mesmo a SMS adotando a integração dos serviços em Redes de Atenção, como prioridade na reestruturação do sistema de saúde municipal, os gestores reconhecem que uma das grandes

dificuldades nessa mudança diz respeito à continuidade do cuidado por meio do controle e coordenação das interdependências (atenção primária, secundária e terciária), além da falta de instrumentos efetivos que ajudam na provocação das transformações, como a informatização assistencial, a qualidade nos recursos humanos, nos sistemas de apoio, logísticos, de transporte, de governança, entre outros (Mendes, 2011).

Além disso, consideram-se ainda os diminutos resultados nos indicadores sociais do município, aliados às grandes áreas de vulnerabilidade dispostas em todo o território guarulhense como determinações no processo saúde-doença da população, afetando não só o aumento nas hospitalizações em geral, mas também nas taxas de ICSAPs, uma vez que estes fatores ultrapassam o controle dos profissionais dos hospitais e principalmente da atenção primária (Rehem, Egry, 2011).

6.2 PERFIS DE SAÚDE-DOENÇA COM DESTAQUE NAS ICSAPs

O processo de adoecimento da população é determinado pela forma como cada indivíduo se insere na estrutura social a que pertence. Ele se expressa no nível individual ou singular (alterações fisiopatológicas, de dimensão orgânica e biológica), se diferenciando entre si por atributos individuais como: sexo, idade, renda, entre outros; no nível particular, por meio das classes sociais que compartilham maneiras de inserção no trabalho, manifestando-se através de perfis de morbimortalidade que são diferentes entre as classes; e ainda na dimensão estrutural, pertencente a uma mesma formação social, envolvendo o processo de produção, jurídico-político-cultural, manifestando-se por meio de perfis de morbimortalidade peculiares a uma determinada sociedade em relação às outras (Breilh, Granda, 1989; Egry, 1996).

Ou seja, a maneira como a saúde-doença se desenvolve nos indivíduos, famílias ou grupos não decorre simplesmente de fatores hereditários, físico-químicos, ou hábitos de vida inadequados, num sentido de culpabilização da pessoa que adoeceu porque não se cuidou adequadamente (era tabagista, não praticava atividade física, cometia exageros na alimentação, entre outros); ou ao contrário, mantém sua saúde porque é merecedora, sabe se cuidar, segue corretamente as recomendações nutricionais, realiza periodicamente exames preventivos e assim por diante. Mais do que isso, tem-se a influência dos aspectos sociais interferindo nesses hábitos “adequados” ou “inadequados” que os indivíduos mantêm em suas vidas, ou seja, sua condição socioeconômica, a escolaridade, a cultura e a política são alguns desses aspectos que determinam o processo de adoecimento ou de saúde nos indivíduos e grupos, mediando suas escolhas, seu modo de viver, podendo nem sempre beneficiar o desenvolvimento de uma vida livre de enfermidades.

Nesse sentido, ao analisar os delineamentos das hospitalizações gerais e por ICSAP no município de Guarulhos (e não só nele), percebe-se que os grupos de enfermidades ocorrem de maneira distinta entre homens e mulheres, em suas diferentes faixas etárias, demonstrando não somente suas diferenças biológicas, anatômicas e temporais, mas mais do que isso, essas diferenças sendo determinadas pelo modo de produção econômico, político e cultural em que os indivíduos estão inseridos.

No que diz respeito à frequência de hospitalizações gerais entre os sexos, constatou-se maior número no sexo feminino, coerente com os resultados evidenciados no âmbito nacional (Castro, Travassos, Carvalho, 2002; Moreira, DutilhNovaes, 2011) e outras unidades hospitalares em distintos territórios no país (Cardoso et al., 2013; Dias da Costa J et al., 2010; Olivati et al., 2010; Rodrigues-Bastos et al., 2013; Roque, Melo, 2012).

Sabe-se que a maioria dos estudos sobre a demanda nos serviços de saúde identifica o sexo feminino presente em maior

proporção que o masculino, tanto no Brasil quanto no espaço internacional (Ansari et al., 2012; Laurenti, Jorge, Gotlieb, 2005; Pires et al., 2010; Travassos et al., 2002). Nos Estados Unidos, as mulheres procuram os serviços preventivos mais frequentemente e usam mais medicamentos do que os homens, porém não foram observadas divergências importantes de gênero no uso de serviços curativos (Travassos et al., 2002).

Pires et al. (2010) descrevem que a preponderância das mulheres na utilização dos serviços de saúde as colocam como principal protagonista do cuidado no âmbito familiar. Além disso, as autoras consideram que parece válido o argumento proposto por Pedro Demo (2005), o qual relata que o aumento dos níveis de autonomia, politização e escolaridade das mulheres pode repercutir na melhoria das iniquidades sociais.

Pensando nesse contexto, há necessidade da incorporação da categoria gênero nas políticas desenvolvidas pelo SUS, na tentativa de superação das desigualdades que interferem no processo saúde-doença dos sujeitos (Cirilo, Miranda, 2012). Segundo Egry, Fonseca, Oliveira (2013), ao assumir o gênero como uma construção sociológica, política e cultural, passa-se a compreender que o sexo não deve ser visto como uma simples variável demográfica, biológica ou natural, mas que deve integralizar toda uma carga cultural e ideológica, e se deve empregá-la na reinterpretação do perfil das hospitalizações.

Em Guarulhos, apesar de as mulheres representarem maior quantidade das internações anuais, verifica-se que a variação percentual no número de hospitalizações foi maior entre os homens. Investigação realizada em Santa Catarina junto à população masculina, a respeito dos significados da saúde-doença e práticas de cuidados com a saúde desenvolvidas por eles, apontou que

[...] é possível afirmar que o cuidado dos homens, no geral, está mais restrito aos cuidados com o corpo, por meio de uma vida menos sedentária, e que a procura por serviços médicos restringe-se a casos extremos, quando a doença já está

instalada e os métodos caseiros de cura não foram suficientes para curá-la. Já as mulheres, por necessitarem realizar exames periódicos ginecológicos, acabam por procurar com mais frequência os serviços médicos, o que acaba por se tornarem mais "acostumadas" aos procedimentos dos serviços de saúde (Toneli, Souza, Müller, 2010, p.989).

Segundo as autoras, há uma concordância ao se pensar a categoria relacional de gênero como fator de grande importância no padrão de vulnerabilidades de saúde nos homens e na forma como estes percebem e usam seus corpos. A maior dificuldade relatada por eles, em participarem de ações nos postos de saúde ou irem aos hospitais, relaciona-se à saída do trabalho que pode se tornar falta injustificada, dependendo da demora do atendimento. Relaciona-se a isto o fato de a instituição de saúde encontrar-se modulada como espaço de ação feminina, voltado às mulheres; a não existência de programas e ações voltadas aos homens, para atender a suas necessidades e a dificuldade do homem em procurar ajuda, em se ver contemplado nos serviços de saúde são algumas questões que devem ser exploradas para uma assistência pública equânime (Toneli, Souza, Müller, 2010).

Nesse contexto, ressalta-se que a quinta causa principal de internação evidenciada em Guarulhos (lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas) ocorreu em 70% nos homens, no período estudado (Datasus, 2014). Pesquisa realizada em um município da Amazônia Legal registrou as mesmas causas como principais motivos de internação entre eles, em um hospital público (Trindade et al., 2013). Não diferente, constatou-se, ainda, elevado índice dessas mesmas causas em um hospital universitário de Santa Maria, Rio Grande do Sul, também para os indivíduos do sexo masculino (Rosa et al., 2011).

Sendo assim, analisar as hospitalizações ocorridas em um determinado território, levando em consideração o comportamento do processo saúde-doença determinado socialmente, decorre ainda da inserção do indivíduo ou grupo num determinado gênero, o qual

se trata de uma construção histórica e se refere ao sexo social. Com isso, esta categoria é capaz de explicar os fenômenos sociais (entre eles, o PSD), a partir dos processos da sociedade na construção da feminilidade e da masculinidade (Fonseca, 2012).

Em relação às mulheres, observou-se predomínio de internações relativas à gravidez, parto e puerpério (Capítulo 15 da CID-10), de maneira corroborativa aos resultados no Estado de SP e no Brasil (Mendes, Sala, 2011), assim como, ao excluir estas internações do grupo feminino, a proporção de hospitalizações gerais nos homens torna-se superior (54%), igualmente no Estado e no país (Mendes, Sala, 2011). Destaca-se, ainda, que as internações decorrentes dos diagnósticos elencados no Capítulo 15 vêm diminuindo anualmente, em virtude da queda no número de partos (2,9%), como pode ser observado nas taxas de natalidade do município (São Paulo, 2014).

O grupo de diagnósticos do sistema nervoso, que apareceu em segundo lugar dentre as principais causas de internação em Guarulhos, refere-se às AIHs renovadas e aprovadas a cada 30 dias na ULP, decorrente principalmente dos pacientes com sequelas plégicas, transtorno mentais e comportamentais e doenças degenerativas/inflamatórias do sistema nervoso central. Tendo a ULP elevado número de leitos conveniados ao SUS (600 leitos), quase que a totalidade de suas autorizações é do tipo cinco (AIH-5), ou seja, específica para hospitalizações de longa permanência.

O repasse financeiro dessas internações ocorre com a emissão da AIH-5 pelo SIH-SUS e que leva à mesma numeração da AIH-7 (autorização inicial). Essa mudança de AIH se faz mediante laudo médico emitido a cada 30 dias, encaminhado ao Órgão Gestor da Unidade Hospitalar que avaliará e autorizará a continuidade da internação, conforme está estabelecida por meio da Portaria SAS nº 111 de 03 de abril de 2001 (Brasil, 2001).

Vale lembrar que as instituições de longa permanência se constituem como alternativas de moradia para um grande contingente de pessoas que ficaram internadas há anos em hospitais psiquiátricos e não dispõem de suporte adequado da comunidade e famílias, para sua reinserção social. Esse trabalho é executado com o apoio dos CAPSs que são as equipes de referência, especialmente no projeto terapêutico para os moradores (Brasil, 2004). Estas unidades podem estabelecer convênios com entidades filantrópicas, associações e Organizações não Governamentais (ONGs) para a implementação e acompanhamento dos pacientes, a exemplo de Guarulhos que executa este serviço por meio de um Centro Espírita.

Sendo assim, observa-se que a maioria das internações em ambos os sexos ocorreu em decorrência das doenças do aparelho circulatório, digestivo e respiratório, conforme constatado também por Arruda et al. (2014), em estudo sobre a morbidade hospitalar num município do Paraná; por Moreira e DutilhNovaes (2011), em estudo realizado no contexto nacional em 2006; assim como para Rehem (2011), que analisou as internações numa unidade hospitalar de um distrito no município de SP.

Em referência às internações gerais distribuídas por faixas etárias, verificou-se que os indivíduos entre 25 e 34 anos, grupo com maior número de hospitalizações em Guarulhos, se inserem nos principais intervalos de idade encontrados em outros estudos (Arruda et al., 2014; Moreira, DutilhNovaes, 2011; Rehem, 2011; Trindade et al., 2013). Em relação a esta variável, chama atenção o aumento acima de 35% na trajetória das internações entre os indivíduos a partir dos 65 anos, quando comparados à faixa etária anterior.

Dessa forma, nota-se que a ocorrência das internações tem seguido a tendência ao envelhecimento e, com isso, as políticas de saúde devem se voltar à qualidade de vida das pessoas mais velhas (Arruda et al., 2014). Em 2013, os idosos foram responsáveis por

23% das hospitalizações no Brasil (Brasil, 2014c) e, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), a partir dos 60 anos, os coeficientes de internação começam a aumentar de 9,9% para 18,2% nos idosos com 80 anos e mais (Castro, 2006).

Campos et al. (2009) ressaltam ainda que os idosos tendem a consumir mais serviços de saúde, uma vez que suas taxas de hospitalização são mais elevadas, assim como as prolongadas taxas de ocupação dos leitos, quando comparadas aos indivíduos de outras faixas etárias.

Considerando esses resultados e compreendendo a ocorrência das internações entre os idosos como fator de risco para suas capacidades funcionais, gerando muitas vezes mudanças na qualidade de vida que podem ser irreversíveis, recomenda-se o fortalecimento da rede de atenção aos idosos, possibilitando o planejamento de estratégias que viabilizem o acesso desses indivíduos aos serviços de saúde de atenção primária com vistas a prevenir hospitalizações desnecessárias, permitindo a continuidade do cuidado no âmbito domiciliar após alta (Pagotto, Silveira, Velasco, 2013).

Em relação à descrição do panorama das ICSAPs em Guarulhos, objetivo principal deste estudo, procurou-se avaliar indiretamente o acesso oportuno, a resolutividade e a qualidade do funcionamento da atenção básica municipal (Alfradique et al., 2009; Rehem, 2011). Percebe-se que, no decorrer dos anos 2008 a 2012 a taxa dessas internações ascendeu em 20%, sendo que sua proporção em relação às hospitalizações gerais correspondeu a 14,4% e que, ao excluir os partos, a fração aumenta para 16,2%, ou seja, incremento de 12,5%.

Também se identificou elevação nas taxas de ICSAP no município de Juiz de Fora, Minas Gerais, analisadas em dois períodos (2002-2005 e 2006-2009), revelando crescimento de 7,74 no primeiro período para 8,81 por mil habitantes no segundo

(Rodrigues-Bastos et al., 2013), coerente com o encontrado em Guarulhos. Entretanto, verifica-se pela revisão de literatura que a maioria dos estudos aponta redução ou estabilidade nessas razões.

No Estado de São Paulo, observou-se entre os anos de 2000 a 2011, queda de 9% nas ICSAPs, embora tenha ocorrido aumento no número total de internações no SUS no mesmo período (Mendes, Osiano, 2013). No Brasil, a avaliação nos 11 anos compreendidos entre 1998 e 2009 também demonstrou diminuição nas internações potencialmente evitáveis, representada por redução média anual igual a 3,7% (Boing et al., 2012). No Estado do Espírito Santo, o coeficiente de internações por CSAP reduziu de 14,1 em 2005 para 11,4/mil habitantes em 2009 (Pazó et al., 2012). Em Belo Horizonte, Minas Gerais, a queda nessa taxa foi de 17,9% (Mendonça et al., 2012) e, da mesma forma, na região Sul, especificamente em 13 municípios do Rio Grande do Sul (RS), houve tendência de diminuição nas taxas de ICSAP em todas as cidades (Santos, 2013).

Encontrou-se estabilidade das razões no Distrito Federal, entre os anos de 2008 a 2012, representando 17,3% do total de internações no SUS (Silva, 2013), acima do valor encontrado em Guarulhos; e também em Curitiba, Paraná, durante os anos de 2005 a 2007 (Rehem et al., 2013), todavia a trajetória na proporção de ICSAP na capital paranaense permaneceu abaixo dos 12%, nos três anos, inferior ao evidenciado neste estudo.

No cenário internacional, observou-se elevação nas taxas de ICSAP na Alemanha (2000-2008) e queda na Itália (2001-2008) (Rosano et al., 2013). Na Inglaterra, estudo observacional das admissões nas emergências hospitalares, no decênio 2001-2011, revelou aumento de 40% nas internações sensíveis à atenção primária. Já nos EUA, entre 2004 e 2007, foi evidenciada involução nas taxas de ICSAP, porém os estudos americanos tendem a relacionar estas hospitalizações entre diferentes espaços geográficos pertencentes a um mesmo território, revelando que nas áreas mais afastadas da região central, onde se localiza a maioria

das pessoas de baixa renda, a tendência das ICSAPs é de aumento gradativo (Moy, Barrett, Ho, 2011).

Dentre os estudos que apontaram redução nos resultados das ICSAPs, nos diferentes territórios, grande parte relaciona este refreamento, conforme enfatizado pela literatura, influenciado pelas seguintes condições: expansão do PSF/ESF ou da atenção primária em geral (Guanais, Macinko, 2009; Macinko et al., 2011; Pazó et al., 2012; Veloso, Araújo, 2009); desenvolvimento dos princípios básicos da APS (continuidade do cuidado, equipe multidisciplinar, população adscrita no território de abrangência, ordenação de fluxos e contra-fluxos de usuários dentro do sistema de saúde, entre outros) (Nedel et al., 2010; Rehem et al., 2013); estabilidade nas condições de saúde da população no território e período estudados (Souza, Dias da Costa, 2011); e associação com o porte municipal (redução de ICSAP mais acentuada em municípios de pequeno porte) (Sala, Mendes, 2011).

Já aqueles que descreveram aumento nos valores de ICSAP sugeriram que as condições sensíveis sofreram influências com as seguintes situações: não continuidade do cuidado após alta hospitalar, possibilitando novas readmissões; método de financiamento dos hospitais, principalmente os que realizam o pagamento por procedimento; inadequada organização do sistema de saúde em geral, concomitante ao subfinanciamento e à não priorização da APS; falta de evidência sobre a eficácia na maneira como os serviços de saúde poderiam reduzir, com segurança, a demanda evitável de hospitalizações; limitado impacto das políticas nacionais e locais na compreensão das reais necessidades de internação dos pacientes; maior quantidade de leitos hospitalares por habitante; comorbidades associadas às condições de saúde pré-hospitalares (coronariopatias, demências, hipertensão e diabetes); baixa escolaridade; além das outras situações já relatadas (condições socioeconômicas baixas, regiões mais periféricas ou rurais, cor negra, etnia hispânica ou africana, entre outras) (Ansari et

al., 2012; Bardsley et al., 2013; Biello et al., 2010; Chang, Pope, 2009; Macinko et al., 2011; Magan et al., 2011; Moy, Barrett, Ho, 2011; Rodrigues-Bastos et al., 2013; Rosano et al., 2013; Sala, Mendes, 2011; Saver et al., 2014).

Com isso, ao avaliar a trajetória das ICSAPs em Guarulhos, confrontando com os achados dos autores descritos, duas hipóteses surgem: 1ª) o aumento de 26% na frequência de ICSAP, no intervalo de 2008 para 2010, ocorreu ao passo da diminuição na cobertura de equipes SF, nesse mesmo período (4,3%). A partir de 2010, a elevação na cobertura de equipes registrou variação de 20,7%, em 2011, e se manteve estável até 2012, enquanto o número de ICSAP diminuiu 5%. Dessa forma, a indicação de que a frequência de ICSAP é inversamente proporcional à cobertura populacional de ESF, pode ser presumida também no município de Guarulhos; 2ª) o aumento expressivo no número de ICSAP em 2010 seguiu a inauguração de novos leitos hospitalares em diferentes alas de internação, em um hospital localizado numa região periférica e de acentuada vulnerabilidade social, no mesmo período, validando, portanto, o exposto por Sala e Mendes (2011), que pressupuseram influência entre hospitalizações evitáveis e maior oferta de leitos hospitalares por habitante e, associaram ainda, maior propensão social do médico para internar em áreas mais pobres, uma vez que nesses locais os pacientes são mais vulneráveis a complicações de saúde.

O comportamento das ICSAPs no acompanhamento da oferta de leitos hospitalares também foi descrito por Mendes (2011) e Oleksiuk (2013), assim como por Rehem (2011), sendo que esta autora nos alerta que as internações potencialmente evitáveis, em alguns municípios, são capazes de sofrer influências da pressão exercida por essas ofertas, fazendo suposições de que algumas instituições se prestam mais a atender sua própria necessidade de financiamento do que a assistência ao paciente.

Ao separar os resultados das ICSAPs por grupos de causas identificam-se a insuficiência cardíaca, as doenças cerebrovasculares, a angina, as pneumonias bacterianas e as infecções no rim e trato urinário, como sendo as causas mais frequentes em Guarulhos que, em conjunto, representaram 49% das hospitalizações evitáveis. A prevalência das causas crônicas não transmissíveis se assemelha a outros resultados dentro e fora do país (Boing et al., 2012; Cardoso et al., 2013; Mendes, Osiano, 2013; Rodrigues-Bastos et al., 2013; Rosano et al., 2013; Roos, Walld, Uhanova, 2005).

Em municípios goianos foram verificados 17,2% do total de internações causadas por condições cardiovasculares (DCV) sensíveis à atenção primária, dentre elas a hipertensão arterial, a angina, a insuficiência cardíaca e as doenças cerebrovasculares, porém com trajetória descendente entre os anos de 2000 a 2008 (Batista et al., 2012). Em Guarulhos, apenas a hipertensão apresentou redução no período, enquanto os demais fatores cardiovasculares oscilaram entre os anos, com tendência ascendente.

De acordo com Macinko, Dourado e Guanais (2011) a rápida transição demográfica e epidemiológica no país levou a altos níveis de DCNT, especialmente as DCVs, o acidente vascular cerebral e o câncer, representando atualmente as principais causas de mortalidade (68% das mortes) e de morbidade na América Latina e Caribe, sendo que somente as DCVs são responsáveis por 35% das mortes nesses territórios. Segundo os autores, explica-se esta tendência relacionando-se, ainda, aos baixos níveis de acesso aos cuidados preventivos (prevenção clínica, serviços diagnósticos, difícil acesso aos medicamentos essenciais, entre outros) que acabam não atendendo às necessidades de saúde da população.

Além disso, as DCNTs afetam todos os grupos populacionais, entretanto os resultados são consideravelmente piores entre os indivíduos mais pobres, os quais são agravados pela falta de acesso

e dificuldade na assimilação das informações sobre as intervenções de qualidade que previnem tais condições em suas vidas (OMS, 2011).

Em Guarulhos, não diferente do restante do país, as acentuadas transformações urbanas e industriais, com reflexos no histórico social, econômico e cultural na constituição de suas diversas regiões, perpassam por um cenário de desigualdades no decorrer dos anos até a atualidade. Acompanhando esta conjuntura, ocorrem intensas e contrastantes modificações na evolução das condições de saúde da população (Cesse, 2007).

Por mais que o componente da longevidade municipal ainda se encontre abaixo da média estadual, observa-se que o aumento na expectativa de vida na população guarulhense vem ocorrendo progressivamente. Aliado ao processo de urbanização, o número de pessoas e as atividades econômicas tornam-se mais concentrados, e as moradias tendem a situar-se nas periferias urbanas, onde as deficiências macroestruturais como os serviços de educação, saúde e saneamento persistem por algum tempo dentro das cidades. Estes aspectos contribuem com o aumento das desigualdades sociais, principalmente a desigualdade de renda que se conserva também entre as pessoas mais velhas, as quais apresentam histórico de limitada inserção no mercado de trabalho, com benefícios mínimos de aposentadoria e inteiramente dependentes do sistema de saúde público (Geib, 2012).

Os idosos economicamente desfavorecidos tendem a se comportar e a manter um estilo de vida (considerado como determinante proximal, por ser modificável pelos indivíduos), oportuno ao surgimento das doenças crônicas (dieta pouco saudável, sedentarismo, tabagismo, abuso de álcool) que são determinadas por condições demográficas, sociais, culturais, políticas, entre outras. Geib (2012) exemplifica o desregramento alimentar, com preferência aos mais calóricos, por serem eles de baixo custo e, portanto, mais acessíveis a grupos com menor renda,

indicando que o sobrepeso pode ser um marcador social da carência nutricional.

Dessa forma, a manifestação das DCNTs, principalmente nos idosos, depende das condições de saúde que eles mantêm no decorrer da velhice, entretanto tais condições não são meras escolhas, mas sim determinadas pelos aspectos sociais em que eles estão inseridos. Reforçando os argumentos de Cesse (2007), é comum associar as DCNTs representadas num enfoque de risco interligadas aos problemas de saúde individuais (estilos/hábitos de vida inadequados, obesidade, não adesão ao tratamento preconizado, entre outros). Contudo, ao analisar o fenômeno das doenças crônicas sob a ótica da epidemiologia social, a qual sustenta o conceito de Saúde Coletiva, passa-se a abordar o problema de forma a integrá-lo às diversas dimensões (social, econômica, política, cultural, entre outras) que o determinam.

Estudo realizado na região Sul do Brasil mostrou que a mortalidade atribuível às DCVs em indivíduos entre 45 e 64 anos era 163% maior entre os moradores de bairros classificados com baixa condição socioeconômica do que daqueles situados na melhor condição (Bassanesi, Azambuja, Achutti, 2008). Além disso, foi constatado no país que as maiores taxas de mortalidade por doenças cerebrovasculares ocorreram nos indivíduos que se autoclassificaram de cor negra (Chor, Lima, 2005; Lotufo, Goulart, Bensenor, 2007). Passos, Giatti e Barreto (2008) citados por Duncan et al. (2012) descrevem, ainda, sobre a determinação social dos fatores de risco, exemplificando a distribuição do fumo passivo em amostra representativa da população brasileira.

Sendo assim, ressalta-se que o grupo das enfermidades crônicas esbarra em obstáculos econômicos, socioculturais e políticos capazes de interferir eficazmente na produção e reprodução do mesmo. Possas (1989) citada por Cesse (2007) relata que, de modo geral, as DCNTs acometem principalmente a população adulta, sendo esta realidade determinada pelo processo de trabalho

inadequado (excesso de horas trabalhadas, ambientes insalubres), gerando doenças ocupacionais, acidentes de trabalho e outras vulnerabilidades às doenças crônicas que acabam sendo pouco valorizadas pelos adultos devido à necessidade de continuar trabalhando para prover o sustento e o suprimento de suas vontades próprias ou dos familiares.

Quanto a isso se rememora o conceito de Laurell (1982) que esquematiza a compreensão da saúde na sociedade pelo conceito de trabalho, inspirado no marco teórico do marxismo, e de Breilh e Granda (1989) que descrevem o processo saúde-enfermidade resultante da dialética entre as manifestações da reprodução social, constituindo valor de uso para a classe social, enquanto aquelas que se contrapõem como nocivas ou perniciosas para a reprodução da classe (“contra-valores”), quando estas predominantes, aumentam a enfermidade e a morte, comprometendo o perfil reprodutivo de classe.

Os grupos que apresentaram menores proporções de ICSAP, dentre eles as doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis (Grupo 1); as infecções de ouvido, nariz e garganta (Grupo 5); a anemia (Grupo 3); as doenças inflamatórias dos órgãos pélvicos femininos (Grupo 17) e as deficiências nutricionais (Grupo 4); nota-se que são diagnósticos preveníveis ou tratados de forma simples e acessível pela atenção primária, tendo portanto suas reduções consideradas.

A exemplo disso, tem-se que o grupo 1 pode ser evitado pela maioria dos imunobiológicos (vacinas) presentes nas UBSs gratuitamente; o grupo 5 denota enfermidades de diagnóstico fácil pelos profissionais da APS e são tratadas com antibióticos também presentes nas unidades, sendo que quase a totalidade dos postos em Guarulhos administram a primeira dose do remédio imediatamente, conforme preconizado pelo MS (Brasil, 2009c); as internações pelos grupos 3 e 4 também conseguem ser evitadas de maneira ágil nas UBSs por meio da solicitação de exames

diagnósticos, os quais são baratos e rápidos de serem realizados, e diante dessas patologias o tratamento é introduzido rapidamente pelos profissionais dos cuidados primários; e o grupo 17 conquista menos hospitalizações evitáveis pela facilidade das mulheres em agendarem consultas ginecológicas, de forma flexível nas agendas dos médicos e enfermeiros que atuam no primeiro ponto assistencial.

Entre as principais causas sensíveis de internação é interessante destacar que a maioria das pesquisas descreve o grupo das gastroenterites infecciosas e complicações junto às 10 principais causas de CSAP (Campos e Theme-Filha, 2012; Pazó e col., 2012; Rehem, 2011), fato não evidenciado em Guarulhos, sendo apresentado com menos de 5% no total das hospitalizações evitáveis, se posicionando nas cinco principais causas sensíveis apenas entre as crianças com idade igual ou menor que 4 anos.

Essa realidade pode se relacionar aos avanços recentes alcançados na melhoria do saneamento ambiental no município, com duas estações de tratamento do esgoto iniciados no ano de 2010 e 2011, principalmente nas áreas mais vulneráveis (SAAE, 2014); além disso, tem-se a expressiva oferta da terapia de reidratação oral nas UBSs guarulhenses, evitando as complicações da doença pela desidratação, com possíveis hospitalizações.

Apesar de algumas causas de diagnósticos das ICSAPs em Guarulhos representarem pouca proporção em relação ao total de internações sensíveis, suas trajetórias no decorrer dos anos apresentaram variações importantes que merecem ser discutidas.

Primeiramente, têm-se as doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis. Este grupo demonstrou variação positiva surpreendente no valor de 218% na comparação 2012-2008, assim como também evidenciado por Ferreira, Dias, Mishima (2012). Devido à maioria das enfermidades neste grupo serem evitadas, em grande parte, pela vacinação, ao explorar as doenças responsáveis

por este aumento identificou-se a tuberculose pulmonar representando 60,6% das enfermidades que compuseram as internações deste grupo.

Estudo realizado em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, também encontrou a TB (no grupo 1) como principal causa das ICSAPs, no município (Campos, Theme-Filha, 2012). Guarulhos preconiza a busca ativa para sintomáticos respiratórios, mensalmente, em todas as moradias cobertas por agentes comunitários, supervisionada pelos enfermeiros das ESFs. Entretanto, sabe-se que a tuberculose é fortemente dependente das condições socioeconômicas e ambientais do indivíduo, e sua incidência pode se relacionar com a evolução da saúde da família (Campos, Theme-Filha, 2012). Sendo assim, relaciona-se o aumento no número de casos de TB aos pífios resultados dos indicadores sociais somados às grandes áreas de vulnerabilidade encontradas no município.

Quase metade da população guarulhense (48,3%) apresenta condições de vida classificadas com vulnerabilidade social média, alta e muito alta, descrita no último relatório do Índice Paulista de Vulnerabilidade Social, em 2010 (<http://www.iprsipvs.seade.gov.br>). Esta realidade determina as condições de saúde na sociedade em geral.

As infecções de ouvido, nariz e garganta, apesar de terem exibido segunda maior variação positiva nos anos estudados (113%), tiveram pouca relevância quando analisadas no total geral das ICSAPs (menos de 1%). Entretanto, é importante explorar que estas infecções estão associadas ao excesso de poluentes que delineiam a qualidade do ar, como o ozônio, responsável pela irritação nas vias respiratórias e diminuição da capacidade pulmonar. De acordo com a Companhia Ambiental do Estado de São Paulo (CETESB, 2012), a região metropolitana do Estado tem sofrido anualmente com o excesso de emissão dessa partícula no meio

ambiente, estreitando sua relação com as enfermidades das vias aéreas.

Da mesma forma, as doenças relacionadas ao pré-natal e parto, também, atestaram aumento expressivo no decorrer dos anos (78%) e baixo percentual comparado ao total de ICSAP (2,1%) no período, corroborando pesquisas similares (Campos, Theme-Filha, 2012; Mendes, Osiano, 2013; Rehem, 2011). Este grupo é associado geralmente à proporção de gestantes que tiveram sete ou mais consultas de pré-natal (em Guarulhos, houve aumento de 6% deste indicador), porém é constatado que o número de consultas não garante a qualidade do cuidado (Silveira, Santos, Costa, 2001). Portanto, equipara-se tal elevação percentual sujeita à situação de baixa escolaridade materna (Vettore, Lamarca, 2012) e da restrita renda familiar que são evidentes nas avaliações sociais da cidade e determinam tais aspectos na saúde dos indivíduos.

Além disso, em se tratando da qualidade do pré-natal, gestantes em condições de alta vulnerabilidade social, muitas vezes vítimas da violência e do abuso de drogas, não conseguem realizar o autocuidado nem a prevenção de enfermidades para seus bebês. Tal fato pode se correlacionar à incidência considerável nos casos de sífilis congênita (173 casos) e Síndrome da Rubéola Congênita (três casos), pertencentes ao Grupo 19 que também se constituem doenças preveníveis e tratáveis facilmente pela atenção básica. Sendo assim, constata-se que as causas dessas internações se ocultam nos aspectos sociais, considerados limitações no uso das ICSAPs como indicador de qualidade da APS (Rehem et al., 2013).

As deficiências nutricionais e a anemia, que regrediram percentualmente nos cinco anos estudados, ocorreram em mais de 50% nas idosas acima dos 65 anos. Apesar da facilidade na identificação e tratamento dessas enfermidades pela APS, geralmente os mais velhos dependem de pessoas/familiares para o cuidado pessoal, e a maioria de seus cuidadores trabalham no período em que as UBSs se encontram em horário de

funcionamento, dificultando o acesso e assistência integral contra enfermidades típicas da senilidade (Rehem et al., 2013).

Já entre as variações negativas, observa-se que o grupo das pneumonias bacterianas que apresentaram segunda maior redução no período (16%) refere-se às pneumonias não especificadas pelos profissionais. Mesmo em trajetória de queda, este grupo constituiu a quinta causa sensível no município, sendo relevante sua exploração, como demonstrado num estudo que estabeleceu o perfil das ICSAPs relacionado ao hábito de fumar, encontrando associação com as doenças cardíológicas e respiratórias, principalmente em pessoas mais velhas (Portes et al., 2013). Sendo assim, observa-se que estas infecções são altamente dependentes das condições sociais e comportamentais às quais os indivíduos estão expostos.

No que diz respeito à divisão das internações por CSAP entre os sexos, observa-se que a ocorrência foi semelhante entre homens e mulheres, porém um pouco superior entre eles (3%), contrariando a maioria dos levantamentos das internações sensíveis nos diferentes territórios nacionais e internacionais, os quais denotam maior proporção entre elas (Alfradique et al., 2009; Bardsley et al., 2013; Boing et al., 2012; Rehem, 2011; Rehem et al., 2013; Torres et al., 2011).

A explicação da maior ocorrência das ICSAPs nas mulheres se baseia no fato de elas procurarem frequentemente os serviços de saúde, principalmente os hospitalares, algumas vezes devido à baixa resolutividade das UBSs frente aos problemas assistenciais, sendo necessário o encaminhamento para os setores secundários e terciários (Rehem et al., 2013).

No entanto, em Guarulhos o fato pode se relacionar à cultura hospitalocêntrica e curativa entre os homens, que por estarem mais inseridos no mercado de trabalho (São Paulo, 2012b) não costumam deixar seus empregos para realizarem exames e avaliações preventivas na atenção primária (Gomes, Nascimento, Araújo, 2007)

e, ao adoecerem, buscam imediatamente os hospitais, os quais realizam exames e diagnósticos mais rápidos que as unidades de saúde, promovendo muitas vezes, maior proporção nas hospitalizações evitáveis.

O fato anterior foi também constatado em pesquisa realizada com o objetivo de estabelecer as relações entre masculinidades e cuidado em saúde, abordando o reconhecimento de necessidades por homens usuários de atenção primária e respostas dos serviços. Neste estudo identificou-se que os homens preferem retardar ao máximo a busca por assistência e só o fazem quando não conseguem mais lidar sozinhos com seus sintomas. Sendo assim, procuram por atendimentos rápidos e pontuais e, com isso, dão prioridade aos hospitais e aos prontos-socorros (Schraiber et al., 2010), não sendo, dessa forma, alcançados pelos trabalhos dispostos na APS.

A respeito das cinco principais causas de ICSAP que acometeram homens e mulheres, as diferenças diagnósticas entre eles foram: nos homens, a presença da angina e a da infecção da pele e tecido subcutâneo; nas mulheres, as epilepsias e as infecções no rim e trato urinário.

A angina corresponde à principal manifestação da cardiopatia isquêmica, dominante causa de morte em todo o mundo (Alves, Cesar, Horta, 2010). Possui como fatores de risco os altos níveis de gorduras no sangue (colesterol e triglicérides), sobrepeso, hipertensão arterial descontrolada, sedentarismo, tabagismo e a hereditariedade. Contudo, seu diagnóstico é essencialmente baseado na história clínica do paciente e por mais que sua prevalência esteja entre os indivíduos do sexo feminino (Alves, Cesar, Horta, 2010; Hemingway et al., 2006), os homens acabam internando, sobretudo por não realizarem o acompanhamento das medidas preventivas no tempo adequado, trabalho este praticado basicamente pela APS.

As infecções da pele e tecido subcutâneo, representadas principalmente pelas celulites, se constituem em infecções causadas por bactérias que comprometem as camadas do tecido celular subcutâneo, associadas geralmente a ferimentos que servem de portas de entrada aos micro-organismos provocadores da infecção. O diagnóstico é realizado de forma simples, por meio do exame clínico, e o tratamento é baseado na administração de antibióticos via oral ou injetável (Phoenix, Das, Joshi, 2012), os quais podem ser encontrados na rede de atenção primária em Guarulhos. A hospitalização por estas causas ocorre quando a antibioticoterapia inicial não provoca melhora no quadro, quando não se realiza o tratamento em tempo hábil ou simplesmente não se trata, sendo estes dois últimos comportamentos típicos entre os homens.

Destacam-se, ainda, no sexo masculino, as seguintes enfermidades causadoras de internação por CSAP: tuberculose pulmonar, úlcera gastrointestinal e asma, as quais são doenças facilmente diagnosticadas e tratadas pela atenção primária, mas sem um acompanhamento e uma continuidade no cuidado acabam se agravando e resultando em internações desnecessárias.

Já no sexo feminino, as epilepsias demonstraram maior prevalência entre elas. Apesar de as mulheres representarem a maior demanda nas unidades de saúde, no caso do diagnóstico da epilepsia, doença neurológica mais comum em todo o mundo, ressalta-se que médicos da família admitem não estarem preparados para o manejo dessa enfermidade, e a insuficiência de neurologistas na rede assistencial prejudica a avaliação e conduta desses pacientes (Kede, Müller, Gomes, 2008). Sendo assim, por mais que haja a procura para o tratamento dessa disfunção na APS, se os profissionais não se sentem preparados ou ainda não recebem qualificação para o manejo dessas e outras principais doenças sensíveis à atenção primária, as taxas de ICSAPs continuarão refletindo a ineficácia e o atendimento não oportuno realizado pela principal porta de entrada do sistema de saúde.

Já a ocorrência das infecções no rim e trato urinário é mais suscetível entre as mulheres, principalmente devido à própria condição anatômica delas: uretra mais curta e com maior proximidade às regiões anal e vaginal. Além disso, o próprio ato sexual, o uso de geleias espermicidas, a gestação, o número de gestações e o diabetes podem contribuir para o surgimento dessas infecções (Lopes, Tavares, 2005). Contudo não se pode deixar de citar que a higiene deficiente também favorece a incidência da doença, e, portanto, indivíduos e famílias inseridos em contextos de vulnerabilidade social elevada, com baixa escolaridade e limitadas condições socioeconômicas, tendem a não compreender a importância de se promover uma higiene íntima de forma adequada e, muitas vezes, carecem de instrumentos que possam auxiliá-las nessa precaução.

Ainda entre as mulheres, registraram-se com maior frequência as seguintes enfermidades: anemia, hipertensão e o diabetes *mellitus* que, apesar de também serem doenças de comum tratamento e acompanhamento pela atenção primária, foram registradas essencialmente nas adultas acima dos 55 anos, principalmente idosas, as quais possuem dificuldades no acesso à APS pelos motivos abordados anteriormente, na descrição das deficiências nutricionais.

Ao se deparar com as ICSAPs registradas por faixa etária, verificou-se que as internações entre as crianças se elevam à medida que a idade diminui, principalmente a partir dos 4 anos. Já entre os adultos, as hospitalizações crescem a partir dos 45 anos e mais particularmente na população com 65 anos ou mais. Estas constatações foram apreciadas com semelhança na maior parte dos estudos (Ansari et al., 2012; Bardsley et al., 2013; Cardoso et al., 2013; Pazó et al., 2012; Rehem, 2011; Rehem et al., 2013; Rodrigues-Bastos et al., 2013; Torres et al., 2011).

Nota-se, entre os idosos, a ocorrência de ICSAP, principalmente pelas doenças crônicas (insuficiência cardíaca,

doenças cerebrovasculares e angina), tanto para os homens quanto para as mulheres. Pesquisa realizada na metade sul do RS descreveu o perfil das DCNTs sensíveis à APS entre os idosos e demonstrou que elas foram responsáveis por 43,9% das hospitalizações por todas as causas, destacando as doenças pulmonares como o grupo mais prevalente (18%), seguida da insuficiência cardíaca (12,2%), sendo que as doenças cerebrovasculares apresentaram maior percentual médio de óbitos, no período estudado (Santos et al., 2013).

A prevalência das DCNTs, além de determinada pela urbanização e a consequente transição demográfica, possui forte ligação com o envelhecimento e a queda nas taxas de fecundidade (Mendes, 2011), sendo estes fatores visivelmente assinalados no município de Guarulhos, no decorrer dos anos (PNUD, 2013).

Entretanto, é importante sublinhar a determinação social no processo de adoecimento para o combate das enfermidades crônicas e agudas, implicadas principalmente pelas iniquidades sociais (Duncan et al., 2012). Sobre este assunto, verificou-se, em uma revisão sistemática da literatura, que a vacinação contra a gripe sazonal em idosos com 65 anos e mais é determinada socialmente pelas condições de habitação, local de residência, crenças comportamentais e sociais e pelas fontes de informação, demonstrando que quanto mais limitada estas condições menor a adesão à vacina (Nagata et al., 2013).

Os adultos a partir dos 45 anos acompanham os mesmos resultados dos idosos, porém acrescenta-se a essa faixa etária as internações por epilepsias e diabetes *mellitus*. A diabetes é considerada uma das patologias com maior ênfase no monitoramento pela APS, juntamente com a hipertensão. Entretanto, suas complicações também são derivadas das determinações sociais que circundam as doenças crônicas, como o trabalho (excesso ou a falta dele), a cultura hospitalocêntrica e curativa, as

mudanças nos padrões de consumo e os comportamentos não saudáveis (Mendes, 2011).

Já em relação às crianças, principalmente aquelas menores de 4 anos, quanto mais reduzida a idade, maior a proporção de ICSP, principalmente causada pelas doenças do aparelho respiratório (asma, doenças pulmonares e pneumonias bacterianas) e pelas gastroenterites infecciosas e complicações, em conformidade aos índices revelados em outros estudos (Rehem, 2011; Rodrigues-Bastos et al., 2013).

Pesquisa realizada com crianças ucranianas também encontrou as doenças respiratórias se constituindo como as principais causas sensíveis de internação naquele país (Oleksiuk, 2013). A autora destacou, ainda, que as regiões onde se localizavam maior quantidade de leitos hospitalares pediátricos tiveram associação positiva no número de internações por CSAP.

Apesar dos aspectos apontados na influência da redução das internações por gastroenterites infecciosas e complicações, esse grupo de causas ainda continua presente entre os cinco principais diagnósticos para as crianças com idade igual ou inferior a 4 anos. Estudo realizado em Lisboa, Portugal, sintetizou que os vírus foram os principais agentes responsáveis por esses diagnósticos, sobretudo em crianças menores de 5 anos, sendo o rotavírus e norovírus os principais micro-organismos (Escobar et al., 2013).

A vacina contra o rotavírus faz parte do calendário do Programa Nacional de Imunizações (PNI) desde o ano 2006 e se encontra disponível nas UBSs em todo o Brasil (Salvador et al., 2011). Entretanto, o não cumprimento vacinal pode acarretar gastroenterites que resultem em hospitalização dos bebês e crianças, causadas pelo rotavírus. Análise realizada na cidade do Porto, também em Portugal, revelou que a desatualização do estado vacinal das crianças é determinada por fatores como: classe social desfavorecida, filhos de pais desempregados ou mães adolescentes,

pais com escolaridade mais baixa e crianças com menor número de consultas efetuadas (Rocha et al., 2010). Sendo assim, relacionam-se novamente os baixos indicadores sociais de Guarulhos na determinação da continuidade das internações causadas pelas gastroenterites, entre as crianças residentes no município.

No que diz respeito à baixa ocorrência das ICSAPs entre os adolescentes, a partir dos 15 até os 24 anos, ainda assim se deve interpretá-la por meio das questões sociais e de vulnerabilidade que permeiam este grupo etário, tais como a inserção precoce no mercado de trabalho e sua exploração, a dificuldade de acesso à escola e aos serviços de saúde, violência, uso e abuso de drogas, maus-tratos, exclusão social entre outras (Pessalacia, Menezes, Massuia, 2010).

Dornellas (2011), em pesquisa sobre as internações hospitalares de adolescentes no Brasil, em 2008, constatou que as principais causas de internação feminina foram gravidez, parto e puerpério (72%), essencialmente nas regiões Norte e Nordeste; já entre os adolescentes meninos, as principais causas foram lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas (26,6%), essencialmente na região Sudeste. Tais resultados levaram-na a concluir que condições socioeconômicas e as relações de gênero determinam as características das hospitalizações nos adolescentes e as principais causas de internação.

De maneira geral, observa-se que os resultados das ICSAPs em Guarulhos indicam a necessidade de mudanças no sistema de saúde municipal, principalmente voltado para a integração das ações e serviços assistenciais, fortalecendo a gestão do cuidado ordenada pela AB com foco nas DCNTs e na consolidação das Redes de Atenção.

Somente a atuação de uma RAS poderá gerar valor para a população adscrita, a qual possui suas famílias classificadas por riscos socio sanitários e vinculadas às equipes de atenção primária.

O valor da atenção à saúde se expressa na relação entre os resultados econômicos, clínicos e humanísticos, além dos recursos utilizados no cuidado da saúde. A consolidação da ESF por meio de sua construção baseada em evidências produzidas internacionalmente e no Brasil, como a política da APS no SUS, fundado no seu papel de estratégia de organização do sistema público de saúde brasileiro e como centro de comunicação das RASs deve ser perseguida pelos Estados e municípios em todo o país (Mendes, 2012).

O autor descreve, ainda, que o problema crítico do SUS trata da incoerência entre uma situação de saúde que conjugue transição demográfica acelerada e tripla carga de doença, com predominância robusta nas condições crônicas (e seus fatores de risco: tabagismo, obesidade, inatividade física, uso excessivo de álcool e outras drogas, alimentação inadequada, entre outras), resultando num sistema de saúde fragmentado que opera de forma episódica e reativa e que é voltado principalmente para a atenção às condições agudas e às agudizações de condições crônicas (Mendes, 2012).

A situação em Guarulhos não difere do país, e por mais que haja o reconhecimento da necessidade de se estruturar um sistema de saúde voltado para o coletivo, com ênfase nas ações preventivas e de promoção da saúde, num sentido de organização integrada dos polos assistenciais, o esforço que se deve iniciar para a transformação dessa realidade precisa partir pela noção de que a saúde não se trata apenas de uma condição livre de determinantes que a prejudiquem, mas sim de uma situação que é determinada pelas questões sociais, econômicas, políticas e culturais. Nesse sentido, as mudanças devem ocorrer em concomitância com outros setores públicos, todos num entendimento de que o adoecimento interfere não apenas na dimensão singular do indivíduo, grupos ou famílias, mas também na dimensão estrutural desse fenômeno, o qual engloba justamente tais questões.

7 Conclusões

7 CONCLUSÕES

O aumento na taxa de internação por CSAP, em Guarulhos, revela a fragilidade dos sistemas ambulatoriais, com ênfase na atenção primária a qual, mesmo considerada a porta de entrada para a resolução das principais enfermidades que adensam a sociedade, não está conseguindo responder às necessidades e demandas dos usuários. A cobertura populacional pela ESF no município demonstrou trajetória inversa às razões de hospitalizações evitáveis, como descrito na literatura, porém o quadro não foi suficiente para uma diminuição mais expressiva nas internações sensíveis, ou simplesmente sua diminuição, como vem ocorrendo na maior parte dos territórios estudados.

Problemas como a falta de profissionais na atenção primária, principalmente médicos; a dificuldade nos processos de contratação; a infraestrutura limitada das unidades, a falta de adensamento tecnológico e implantação de sistemas eletrônicos de informações clínicas foram algumas situações apontadas que dificultam o fortalecimento institucional da ESF, assim como sua expansão no território guarulhense.

Diante dessas circunstâncias, observou-se que cada vez mais a população em Guarulhos tende a optar pelo sistema de saúde suplementar, alimentando a cultura especialista, hospitalocêntrica e altamente tecnológica que este serviço dispõe para seus segurados. Com isso, a efetivação de um SUS universal sofre cada vez mais com esta cultura, e mesmo assim o sistema ainda enfrenta obstáculos básicos no atendimento dos indivíduos SUS-dependentes, como a agilidade, a qualidade, a humanização e a continuidade do cuidado, principalmente os executados na atenção básica.

Mesmo sendo um município rico, os guarulhenses ainda sofrem com os aspectos essenciais que determinam a natureza da

saúde ou da doença, tais como a vulnerabilidade social, econômica, ambiental, entre outras.

Verificou-se que tais aspectos determinam fortemente a prevalência das doenças crônicas sensíveis à atenção primária, como a insuficiência cardíaca, as doenças cerebrovasculares e a angina. Observou-se, contudo, que as principais causas de ICSAP seguem a tendência mundial no acometimento essencialmente a indivíduos mais velhos e crianças com idade igual ou menor que 4 anos.

Diante disso, a superação da fragmentação assistencial, elencada como importante desafio para a cidade, poderá ser alcançada com o investimento nas Redes de Atenção à Saúde, voltadas principalmente para o manejo das condições crônicas e com atenção especial ao envelhecimento da sociedade e suas repercussões assistenciais, construída com base na transição demográfica e epidemiológica municipal e, principalmente, integrando os eventos biológicos da saúde-doença com as questões sociais, com vistas reais para a transformação da realidade territorial.

Destaca-se, ainda, que as discussões sobre o gênero nas políticas de saúde municipais necessitam ser integralizadas, uma vez que os homens vêm apresentando crescimento nas taxas de hospitalização em geral e superaram as mulheres nas internações por CSAP. O cuidado assistencial masculino no município carece de flexibilizações estruturais como o incentivo ao cuidado preventivo pelos empregadores, como ocorre legalmente no país entre as mulheres que realizam o exame Papanicolau, além da ampliação nos horários de funcionamento da atenção básica, permitindo que os trabalhadores consigam acessar os serviços primários além de seus compromissos empregatícios.

É importante destacar que esta pesquisa apresenta algumas limitações, como as decorrentes do próprio método ecológico, o qual

não consegue representar o indivíduo entre os aglomerados de estudo. Por se tratar de um estudo com internações exclusivas do SUS, o comportamento das ICSAPs acaba não englobando as hospitalizações que ocorreram na saúde suplementar, uma vez que o SIH-SUS disponibiliza apenas informações dos procedimentos públicos na saúde. Ressalta-se, ainda, que as informações das hospitalizações dependem do grau de confiabilidade do diagnóstico médico, sendo que a qualidade dos resultados obtidos no banco de dados nem sempre é compatível com a realidade, podendo interferir na avaliação local da efetividade da atenção primária, de acordo com o evidenciado na literatura.

Além disso, os campos de preenchimento não obrigatório das AIH como: raça/cor, etnia; assim como a não descrição rigorosa do endereço; além da falta de espaços para as informações como: condição socioeconômica, escolaridade, religião, entre outras, dificultam a análise dos aspectos sociais e territoriais onde ocorre o adoecimento que gera as hospitalizações sensíveis da população, prejudicando ainda a comparação com estudos internacionais, os quais relatam tais aspectos na maioria de suas publicações.

Contudo, os resultados deste estudo possibilitam a ampliação do conhecimento sobre o panorama das ICSAPs em Guarulhos, alertando profissionais, estudantes e gestores em saúde para a reflexão da infraestrutura da atenção primária nos diferentes espaços brasileiros, atentando que a necessidade de ampliação da ESF não é razão única para a melhoria do acesso e das condições de saúde dos indivíduos. Em Guarulhos, as ICSAPs revelam uma pequena parte do comportamento da APS no município, porém há necessidade de aprofundar nas determinações sociais dos vários problemas de saúde que exercem influência direta na qualidade e resolutividade dos cuidados primários.

Recomenda-se que estudos futuros sobre o comportamento das ICSAPs no município sejam empregados, analisando as variáveis com métodos estatísticos que demonstram significância

entre elas, principalmente a partir da inserção e fixação dos novos profissionais médicos na APS de todo o país, por meio do Programa Mais Médicos. Além disso, relacionar os resultados deste indicador com outros programas de melhoria da qualidade da assistência na atenção básica contribuirá para a identificação de novas hipóteses e ideias que poderão ser aplicadas na realidade assistencial do município.

Finalmente, tendo em vista os objetivos desta pesquisa, entende-se que o panorama das interações por condições sensíveis à atenção primária em Guarulhos desperta a compreensão de que o sistema de saúde local possui limitações e diferentes interpretações, todavia o indicador agrega conhecimento importante na avaliação indireta do funcionamento e da capacidade de resolução da APS, podendo auxiliar gestores e técnicos envolvidos em sua execução, para a melhora da vigilância epidemiológica e a formulação de propostas de intervenção na qualidade da assistência prestada na atenção primária à saúde, a qual deve ser o modelo de desenvolvimento preferencial no complexo sistema assistencial, permitindo e promovendo a redução emergencial do desempenho das ICSAPs na população.

Referências

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Dados e indicadores do setor. Beneficiários por município [Internet]. 2014 [cited 2014 Mar. 11]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>.

Aguiar RAT. A construção internacional do conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil [dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 2003.

Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Costa-Lima 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 [Internet]. 2009 [cited 2013 Jan. 20]; 25(6):1337-1349. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000600016.

Almeida PF, Gérvas J, Freire JM, Giovanella L. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. Saude Debate [Internet]. 2013 [cited 2014 Mar. 20];37(98):400-415. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042013000300004&script=sci_arttext.

Alves L, Cesar J, Horta BL. Prevalência de angina pectoris em Pelotas, RS. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2010 [cited 2014 Mar. 29];95(2):179-185. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2010001200007&script=sci_arttext.

Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Júnior MD, Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: HUCITEC; 2012.

Ansari Z, Haider SI, Ansari H, Gooyer T, Sindall C. Patient characteristics associated with hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in Victoria, Australia. BMC Health Serv Res [Internet]. 2012 [cited 2014 Mar. 15];12:475. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/475>.

Ansari Z, Rowe S, Ansari H, Sindall C. Small area analysis of ambulatory care sensitive conditions in Victoria, Australia. Popul Health Manag. 2013;16(3):190-200.

Arouca ASS. O Dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

Arruda GO, Molena-Fernandes CA, Mathias TAF, Marcon SS. Morbidade hospitalar em município de médio porte: diferenciais entre homens e mulheres. *Rev Latino-Am Enferm*. 2014;22(1):1-9.

Barata RB. Epidemiologia social. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(1):7-17.

Barbosa NB, Elias PEM. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2010 [cited 2014 Mar. 15];15(5): 2483-2495. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500023&script=sci_arttext.

Bardsley M, Blunt I, Davies S, Dixon J. Is secondary preventive care improving? Observational study of 10-year trends in emergency admissions for conditions amenable to ambulatory care. *BMJ Open* [Internet]. 2013[cited 2013 Jan. 17];3(1):1-12. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23288268>.

Barreto LD, Freire RC. Tendências da atenção hospitalar no SUS da Bahia: uma análise de 2006 a 2009. *Revista Baiana de Saúde Pública* [Internet]. 2011 [cited 2014 Mar. 12];35(2):334-347. Disponível em: http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/309/pdf_118.

Bassanesi SL, Azambuja MI, Achutti A. Premature mortality due to cardiovascular disease and social inequalities in Porto Alegre: from evidence to action. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2008 [cited 2014 Mar. 30];90(6):403-12. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2008000600004&script=sci_arttext.

Batista SRR, Jardim PCBV, Sousa ALL, Salgado CM. Hospitalizações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária em municípios goianos. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2012 [cited 2014 Mar. 23];46(1):34-42. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000100005.

Bermúdez-Tamayo C, Márquez-Calderón S, Rodríguez del Aguila MM, Perea-Milla LE, Ortiz Espinosa J. Características organizativas de la atención primaria y hospitalización por los principales ambulatory care sensitive conditions. *Aten Primaria*. 2004;33(6):305-11.

Bertolozzi MR, Greco RM. As políticas de saúde no Brasil: Reconstrução histórica e perspectivas atuais. *Rev Esc Enferm USP*. 1996;30(3):380-98.

Biello KB, Rawlings J, Carro-Scotta A, Browner R, Ickovics JR. Racial Disparities in Age at Preventable Hospitalization Among U.S. Adults. *Am J Prev Med*. 2010;38(1):54-60.

Billings J, Teicholz N. Uninsured patients in District of Columbia hospitals. *Health Aff*. 1990;9(4):158-65.

Bittar OJ, Nogueira V, Mendes JDV, Magalhães A, coordenadores. Rede hospitalar no Estado de São Paulo: mapear para regular. São Paulo: SES/SP, 2011.

Boing AF, Vicenzi RB, Magajewski F, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, et al. Redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Brasil entre 1998-2009. Rev Saude Publica [Internet]. 2012 [cited 2014 Mar. 25];46(2):359-66. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000200019.

Brasil. Constituição, 1988. Emenda constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União [Internet]; 2000 [cited 2014 Apr. 02]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm.

Brasil. Lei no. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília 20 de setembro 1990.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Morbidade Hospitalar do SUS, por local de residência, Brasil. Brasília: MS; 2014c.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica e a Saúde da Família [Internet]. Brasília; 2014b [cited em 2014 Fev. 13]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#mapas>.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Sala de apoio à gestão estratégica do Ministério da Saúde. Brasília [Internet]; 2014a [cited 2014 Fev. 13]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab>.

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família [internet]. Brasília: Ministério da Saúde [citado 2014 fev. 20], 2009b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Manual técnico operacional do sistema de informações hospitalares [Internet]. Brasília; 2011 [cited 2014 Jan. 13]. Disponível em: http://w3.datasus.gov.br/sih/Manuais_SIH_SETEMBRO_2010.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Programa Mais Médicos [Internet]. 2014d [cited 2014 Mar. 29]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Esquipes de Consultório na Rua [Internet]. Brasília; 2012a [citado 2014 fev. 25]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília; 2010 [cited 2014 Fev. 20]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). In: Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. In: Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília; 2009c.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 111, de 03 de abril de 2001. Alterar, no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde/ SIH-SUS, a sistemática de emissão de Autorização de Internação Hospitalar – AIH de identificação 5, para internação de longa permanência [Internet]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/PT-111.htm>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Publica em forma do anexo a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. In: Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília; 2008a.

Brasil. Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Indicadores e Dados Básicos – Brasil – 2012 – IDB – 2012. A. Indicadores demográficos. A.2 Razão de sexo [Internet]. Brasília; 2012c [cited 2014 Fev. 13]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2012/matriz.htm#topo>.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família nos Territórios da Cidadania. Entrevista sobre interações por condições sensíveis à atenção primária. Hospitalizações entre crianças e adolescentes no território de abrangência de um serviço de Atenção Primária. Revista Brasileira Saúde Família [internet]. 2008b [cited 2014 Jan. 13];9(18):4-6. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia_18.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Residências terapêuticas: o que são, para que servem. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília: Ministério da Saúde; 2012b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual Operacional de Aquisições PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família. Brasília; 2012d.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília [Internet]: Ministério da Saúde; 2009a [cited 2014 Jan. 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2008.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. VIII Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final [Internet]; 1986 [cited 2014 Feb. 12]; mar. 17-21. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf.

Breilh J, Granda E. Investigação da Saúde na Sociedade: guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico. São Paulo: Cortez; 1989.

Breilh J. Epidemiologia: Economia, Política e Saúde. São Paulo: Unesp/Hucitec; 1991.

Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (salud colectiva). (Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica). In: VIII Seminario Internacional de Salud Pública, Saberes em Epidemiologia em el Siglo XXI [Internet]; 2013 [cited 2014 Feb. 10]. Colombia. Disponível em: <http://famg.org.ar/documentos/S1%20S2%20DSS%20JB%2002%202013%20Rev%20U%20Nacional%20Colombia.pdf>.

Breilh J. Nuevos conceptos y técnicas de investigación: guia pedagógica para um taller de metodologia. Quito: CEAS, 1995. p.27-31.

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde na Internet (CNEsnet). Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. Relatórios. [Internet]. 2014 [cited 2014 Mar. 20]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>.

Caminal Homar J, Casanova Matutano C. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual. Aten Primaria. 2003;31(1):61-5.

Caminal Homar J, Starfield B, Sánchez Ruiz E, Casanova Matutano C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. Eur J Public Health [Internet]. 2004 [cited 2013 Jan. 27]; 14(3):246-51. Disponível em: <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/14/3/246.full.pdf>.

Campos AZ, Theme-Filha MM. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. Cad Saúde Pública [Internet]. 2012 [cited 2014 Jan. 19];28(5):845-855. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012000500004&script=sci_arttext.

Campos FG, Barrozo LV, Ruiz T, César CLG, Barros MBA, Carandina L et al. Distribuição espacial dos idosos de um município de médio porte do interior paulista segundo algumas características sócio-demográficas e de morbidade. Cad Saude Publica [Internet]. 2009 [cited 2014 Mar. 20];25(1):77-86. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000100008.

Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Cien Saude Colet [Internet]. 2007 [cited 2014 Mar. 25];12(4):849-859. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000400007&script=sci_abstract&lng=pt.

Cardoso CS, Pádua CM, Rodrigues-Júnior AA, Guimarães DA, Carvalho SF, Valentin RF, et al. Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2013 [cited 2014 Mar. 20];34(4):227-234. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013001000003.

Carneiro JA, Caldeira AP, Santana KR. Percepção de médicos sobre a Lista Nacional de Condições Sensíveis a Atenção Primária. Rev APS [Internet]. 2011 [cited 2013 Fev. 14];14(3):296-302. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=621426&indexSearch=ID>.

Castro MSM, Travassos C, Carvalho MS. Fatores associados às internações hospitalares no Brasil. Cienc Saude Colet. 2002;7(4):795-811.

Castro MSM. A utilização das internações hospitalares no Brasil: Fatores associados, grandes usuários, reinternação e efeito da oferta de serviços sobre o uso [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 2004.

Castro MSM. Desigualdades sociais no uso de internações hospitalares no Brasil: o que mudou entre 1998 e 2003. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2006 [cited 2014 Mar. 20];11(4):987-998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400020&lng=pt&nr_m=iso&userID=-2.

Ceará. Secretaria de Estado da Saúde. Lista de diagnósticos sensíveis à atenção ambulatorial da Secretaria de Estado da Saúde do Ceará. Fortaleza: Secretaria de Estado da Saúde do Ceará; 2001.

Cesse EAP. Epidemiologia e Determinantes Sociais das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil [Internet]. Recife: Programa de Pós-Graduação do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, FIOCRUZ; 2007 [cited 2014 Mar. 29]. Disponível em: <http://cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2007cesse-eap.pdf>.

Chang CF, Pope RA. Potentially Avoidable Hospitalizations in Tennessee: Analysis of Prevalence Disparities Associated with Gender, Race, and Insurance. *Public Health Rep*. 2009;124:127-37.

Chor D, Lima CRA. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2005 [cited 2014 Mar. 30];21(5):1586-94. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2005000500033&script=sci_arttext.

Cirilo EGA, Miranda MMM. O reconhecimento das identidades de gênero e a internação hospitalar de travestis e transexuais no Sistema Unico de Saúde. *Rev Defensoria Pública*. 2012;1:217-231.

Comissão de Determinantes Sociais de Saúde (CDSS). Rumo a um Modelo Conceitual para Análise e Ação sobre os Determinantes Sociais de Saúde [Internet]. 2005 [cited 2014 Fev. 16]. Disponível em: http://www.determinantes.fiocruz.br/pdf/texto/T4-2_CSDH_Conceptual%20Framework%20-%20tradu%C3%A7%C3%A3o%20APF.pdf.

Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil [Internet]. 2008 [cited 2014 Fev. 14]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf.

Companhia Ambiental do Estado de São Paulo (CETESB). Relatório de qualidade do ar no Estado de São Paulo [Internet]. 2012 [cited 2014 Mar. 10]. Disponível em: <http://www.cetesb.sp.gov.br/ar/qualidade-do-ar/31-publicacoes-e-relatorios>.

Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008 [cited 2014 Jan. 15];(Supl1):S7-S27. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/02.pdf>.

Costa AM. Determinação social da saúde: um tema potente na mobilização pelo direito à saúde? *Saúde em Debate*. 2009;33(83):443-46.

Curitiba. Centro de Epidemiologia, Coordenação de Diagnóstico em Saúde. Avaliação das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba; 2006.

Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health [Internet]. Stockholm: Institute for Future Studies [Internet]; 1991 [cited 2014 Feb. 12]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR_ICP_RPD414%282%29.pdf.

Departamento de Informática do SUS (Datasus). Ministério da Saúde. Sistema de informações hospitalares [Internet]. 2014 [cited 2014 Mar. 27]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>.

Dias BC. Guarulhos lança política municipal de promoção da saúde. Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) [Internet]. [atualizado 2014; cited 2014 Apr. 02]. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/noticias/noticia_int.php?id_noticia=1868.

Dias da Costa JS, Reis MC, Filho CVS, Linhares RS, Piccinini F, Fantinel E. Prevalência de internação hospitalar e fatores associados em Pelotas, RS. *Rev Saúde Publ* [Internet]. 2010 [cited 2014 Mar. 27];44(5):923-33. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000500018.

Dornellas PMR. Adolescentes no Brasil: Internações hospitalares no Sistema Único de Saúde [Internet]. Londrina: Curso de Pós-Graduação, Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde, Universidade Estadual de Londrina; 2011 [cited 2014 Mar. 25]. Disponível em: <http://www.uel.br/pos/mpsaude/diss/diss/13.pdf>.

Duncan BB, Chor D, Aquino EML, Bensenor IM, Mill JG, Schmidt MI, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2012 [cited 2014 Mar. 28];46(Supl):126-34. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102012000700017&script=sci_arttext.

Eggl Y, Desquins B, Seker E, Halfon P. Comparing potentially avoidable hospitalization rates related to ambulatory care sensitive conditions in Switzerland: the need to refine the definition of health conditions and to adjust for population health status. BMC Health Serv Res [Internet]. 2014 [cited 2014 Mar. 30];14:25. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/25>.

Egry EY, Fonseca RMGS, Oliveira MAC. Ciência, Saúde Coletiva e Enfermagem: destacando as categorias gênero e geração na episteme da práxis. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2013 [cited 2014 Mar. 05];66(esp):119-33. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000700016&script=sci_arttext.

Egry EY, Oliveira MAC, Fonseca RMGS, Cubas MR. Considerações acerca da Saúde Coletiva. In: Garcia TR, Egry EY. Integralidade da atenção no SUS e Sistematização da Assistência de Enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2010. p.64-69.

Egry EY. Necessidades em Saúde como Objeto da TIPESEC. In: Garcia TR, Egry EY. Integralidade da atenção no SUS e Sistematização da Assistência de Enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2010.p.70-77.

Egry EY. Saúde Coletiva: Construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Icone, 1996.

Elias E, Magajenski F. A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2008 [cited 2013 Jan. 20];11(4):633-647. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1415-790X2008000400011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

Escobar CG, Silva T, Costa B, Oliveira M, Correia P, Ferreira GC, et al. Gastroenterite aguda em crianças internadas na área de Lisboa. Acta Pediatr Port 2013;44(4):155-62.

Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. Cien Saude Colet [internet]. 2006 [citado 2013 jan. 20];11(3):669-681. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300015.

Ferreira M, Dias BM, Mishima SM. Internações por condições sensíveis: possibilidade de avaliação na atenção básica. Rev Eletr Enf [Internet]. 2012 [cited 2014 Mar. 25];14(4):760-770. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/v14n4a03.htm>.

Fonseca RMGS, Egry EY. Epidemiologia Social. In: Garcia TR, Egry EY, organizadoras. Integralidade da atenção no SUS e sistematização de enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2010.

Fonseca RMGS. Espaço e gênero na compreensão do processo saúde-doença da mulher brasileira. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 1997 [cited 2014 Feb. 10];5(1):5-13. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5n1/v5n1a02>.

Fonseca RMGS. Gênero e saúde da mulher: uma releitura do processo saúde doença das mulheres. In: Fernandes RAQ, Narchi NZ. (Org.). Enfermagem e saúde da mulher. 2ed. Santana do Parnaíba: Manole, 2012.

Gama NCO. O processo de conformação da periferia urbana no município de Guarulhos: os loteamentos periféricos como (re)produção de novas espacialidades e lugar de reprodução da força de trabalho [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo; 2009.

Garrafa V, Córdon J. Determinantes sociais da doença. Saúde em Debate. 2009;33(83):388-396.

Geib LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. Cien Saude Colet. [Internet]. 2012 [cited 2014 Apr. 02];17(1):123-133. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000100015&script=sci_arttext.

Gérvias J, Homar JC. Hospitalizations by ambulatory care sensitive conditions (ACSC) from the general practitioner/family physician's point of view. Rev Esp Salud Publica. 2007;81(1):7-13.

Gibson OR, Segal LL, McDermott RA. A systematic review of evidence on the association between hospitalization for chronic disease related ambulatory care sensitive conditions and primary health care resourcing. BMC Health Serv Res [Internet]. 2013 [cited 2014 Jan. 26], 13:336. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/336>.

Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. Cad Saúde Pública. 2006;22(5):951-963.

Gomes FM, Silva MGC. Programa Saúde da Família como estratégia de atenção primária: uma realidade em Juazeiro do Norte. Cien Saude Colet [Internet]. 2011 [cited 2014 Jan. 10];16(Supl1):S893-S902. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a21v16s1.pdf>.

Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:565-74.

Guanais F, Macinko J. Primary care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil. *J Ambul Care Manage* [Internet]. 2009 [cited 2014 Mar. 26];32(2):115-22. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19305223>.

Guarulhos. Plano Diretor de Drenagem: diretrizes, orientações e propostas. Guarulhos [Internet]; 2008 [cited 2014 Fev. 28]. Disponível em: http://servicos.guarulhos.sp.gov.br/destaques/coord_assunt_aerop/plano_diretor_drenagem_01.pdf.

Guarulhos. Prefeitura de Guarulhos. Desenvolvimento Econômico. Guarulhos sobe no ranking do PIB e é a 8ª maior economia do país. Guarulhos; 2012 [atualizado 2012; cited 2014 Mar. 02]. Disponível em: http://www.guarulhos.sp.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=9463:pesquisa-do-ibge-aponta-guarulhos-como-a-oitava-maior-economia-do-pais&catid=48:desenvolvimento-economico&Itemid=102.

Guarulhos. Prefeitura de Guarulhos. Notícias. Mais Médicos ajuda a elevar a qualidade da saúde em Guarulhos [Internet]. 2014c [cited 2014 Mar. 28]. Disponível em: http://www.guarulhos.sp.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=14416:mais-medicos-ajuda-a-elevar-a-qualidade-da-saude-em-guarulhos&catid=36:destaque-principal&Itemid=56.

Guarulhos. Secretaria da Saúde. Prefeitura de Guarulhos. Unidades Básicas de Saúde [Internet]. 2014a [cited 2014 Fev. 25]. Disponível em: http://www.guarulhos.sp.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=4440&Itemid=230.

Guarulhos. Secretaria de Assistência Social e Cidadania. Kairós Desenvolvimento Social. Diagnóstico Social de Guarulhos. Mapa Social [internet]. s.d. [cited 2014 Fev. 25]. Disponível em: http://planosocial.guarulhos.sp.gov.br/site_social/mapa.html.

Guarulhos. Secretaria de Habitação. Plano Local de Habitação de interesse social de Guarulhos. Diagnóstico do Setor Habitacional. Etapa II. Guarulhos [Internet]; 2011 [cited 2014 Fev. 28]. Disponível em: http://www.guarulhos.sp.gov.br/files/PLHIS_Guarulhos_diagnostico%281%29.pdf.

Guarulhos. Secretaria de Saúde. Política Municipal de Promoção da Saúde [Internet]. 2014b [cited 2014 Apr. 02]. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/UserFiles/Image/PMPS_Guarulhos_vs_final.pdf.

Guarulhos. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2010/2013. Guarulhos [internet]; 2010. [citado 2013 jan. 10]. Disponível em: http://www.guarulhos.sp.gov.br/files/plano_m_saude_2010_2013_final_julho-11.pdf.

Gusso GDF, Bensenor, IJM, Olmos RD. Terminologia da Atenção Primária à Saúde. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2012 [cited 2014 Feb. 10];36(1):-93-99. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022012000100013&script=sci_arttext.

Hemingway H, McCallum a, Shipley M, Manderbacka K, Martikainen P, Keskimäki I. Incidence and prognostic implications of stable angina pectoris among women and men. JAMA [Internet]. 2006 [cited 2014 Mar. 28];295(12):1404-11. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16551712>.

Hossain MM, Laditka JN. Using hospitalization for ambulatory care sensitive conditions to measure access to primary health care: an application of spatial structural equation modeling. Int J Health Geogr. 2009;8(51):1-14.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). IBGE Cidades. São Paulo. Guarulhos. Censo de 2010 [Internet]. 2010a [cited 2013 Jan. 23]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=351880>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estatística da Saúde Assistência Médico-Sanitária 2009 [Internet]. 2010b [cited 2014 Mar. 16]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicao_devida/ams/2009.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativas populacionais para os municípios brasileiros (2008;2009;2010;2011;2012). Estimativas de População [Internet]. 2014 [cited 2014 Mar. 03]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2011/default.shtm>.

Johnson PJ, Gildayal N, Ward AC, Westgard BC, Boland LL, Hokanson JS. Disparities in Potentially Avoidable Emergency Department (ED) Care: ED Visits for Ambulatory Care Sensitive Conditions. Med Care. 2012;50(12):1020-8.

Kede J, Müller VT, Gomes MM. Atenção Primária à Saúde e Epilepsia: Revisão de Literatura. J Epilepsy Clin Neurophysiol 2008; 14(4):177-183.

La Forgia GM, Couttolenc BF. Desempenho Hospitalar no Brasil: em busca da excelência. São Paulo: Singular; 2009. p.55-103.

Laurell AC. La Salud-Enfermedad como processo social. Cuad Med Soc [Internet]. 1982 [cited 2014 Fev. 02];19. Disponível em: <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/laurell.pdf>.

Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. Cienc Saude Colet [Internet]. 2005 [cited 2014 Mar. 20];10(1):35-46. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100010.

Lemos C, Chaves LDP. Produção de internações hospitalares, no sistema único de saúde, na região de Ribeirão Preto, Brasil. Rev Gaucha Enferm [Internet]. 2011 [cited 2014 Mar. 15]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000400013.

Leone C, Dussault G, Lapão LV. Reforma na atenção primária à saúde e implicações na cultura organizacional dos Agrupamentos dos Centros de Saúde em Portugal. Cad Saude Publica [Internet]. 2014 [cited 2014 Fev. 20];30(1):149-160. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n1/0102-311X-csp-30-01-00149.pdf>.

Lima DJS. A diminuição dos leitos hospitalares no Brasil. Federação Brasileira de Hospitais [Internet]. 2011 [cited 2014 Mar. 20]. Disponível em: <http://fbh.com.br/2011/04/25/a-diminuicao-dos-leitos-hospitalares-no-brasil>.

Lima NT, Santana JP, organizadores. Saúde Coletiva como compromisso: A trajetória da ABRASCO. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

Linard AG, Castro MM, Cruz AKL. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Rev Gaucha Enferm [Internet]. 2011 [cited 2014 Fev. 10];32(3):546-53. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000300016&script=sci_arttext.

Lopes HV, Tavares W. Diagnóstico das infecções do trato urinário. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2005 [cited 2014 Mar. 30];51(6):306-308. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302005000600008.

Lotufo PA, Goulart AC, Bensenor IM. Race, gender and stroke subtypes mortality in São Paulo, Brazil. Arq Neuro-Psiquiatr [Internet]. 2007 [cited 2014 Mar. 30];65(3B):752-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2007000500004.

Machado CV, Baptista TWF, Nogueira CO. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. Cad Saúde Pública [Internet]. 2011 [cited 2014 Fev. 15];27(3):521-532. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n3/12.pdf>.

Macinko J, Dourado I, Guanais FC. Doenças crônicas, Atenção Primária e Desempenho dos Sistemas de Saúde. Diagnósticos, instrumentos e intervenções. Banco Interamericano de Desenvolvimento. Sector Social. Divisão e Protecção Social e Saúde. Textos para Debate. 2011.

Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. J Epidemiol Community Health [Internet]. 2006 [cited 2014 Jan. 15];60:13-9. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16361449>.

Macinko J, Oliveira VB, Turci MA, Guanais FC, Bonolo PF, Lima-Costa MF. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. Am J Public Health. 2011;101(10):1963-70. DOI:10.2105/AJPH.2010.198887.

Macinko J. Estudo da lista de internações por condições sensíveis à atenção básica. In: III Seminário Internacional Atenção Primária Saúde da Família. "Expansão com Qualidade & Valorização de Resultados". Relatório das Atividades. Série D. Reuniões e Conferências; 2007 dez. 13-15; Recife. Brasília [Internet]. 2008 [cited 2014 Jan. 17]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/III_seminario_atencao_primaria_familia_recife.pdf.

Mafra F. O impacto da atenção básica em saúde em indicadores de internação hospitalar no Brasil [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2011.

Magan P, Alberquilla A, Otero A, Ribera JM. Hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions and quality of primary care: their relation with socioeconomic and health care variables in the Madrid regional health service (Spain). Med Care. 2011;49(1):17-23.

Malta DC, Moura EC, Oliveira M, Santos FP. Usuários de planos de saúde: morbidade referida e uso de exames preventivos, por inquérito telefônico, Brasil, 2008. Cad Saude Publ [Internet]. 2011 [cited 2014 Mar. 13];27(1): 57-66. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2011000100006&script=sci_arttext.

Medronho RA, Carvalho DM, Bloch KV, Roner LB, Werneck V, Guilherme L. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu; 2006.

Mello GA, Fontanella BJB, Demarzo MMP. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde - Origens e diferenças conceituais. Rev APS [internet]. 2009 [citado 2013 fev. 15];12(2):204-213. Disponível em: <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/307>.

Mendes ACG, Sá DA, Miranda GMD, Lyra TM, Tavares RAW. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2012 [cited 2014 Mar. 11];28(5): 955-964. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012000500014&script=sci_arttext.

Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

Mendes EV. Agora mais que nunca: uma revisão bibliográfica sobre atenção primária à saúde. In: Oficinas de planificação da atenção primária à saúde nos Estados: caderno de apresentação. Brasília: CONASS; 2009a.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: ESP-MG; 2009b.

Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

Mendes EV. O cuidado nas condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

Mendes EV. Revisão bibliográfica sobre Redes de Atenção à Saúde. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Subsecretaria de Políticas e Ações em Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde [Internet]; 2007 [cited 2013 Fev. 14]. Disponível em: http://www.saude.es.gov.br/download/REVISAO_BIBLIOGRAFICA SOBRE AS REDES DE ATENCAO A SAUDE.pdf.

Mendes JDV, Osiano VLRL. Evolução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica – ICSAB no SUS do Estado de São Paulo. Gais Informa. Boletim eletrônico do grupo técnico de avaliação e informações de saúde [Internet]. 2013 jan. ano 5 [cited 2014 Mar. 15];18. Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/ses/perfil/profissional-da-saude/gais-informa/boletim-eletronico-gais-informa>.

Mendes JDV, Sala A. Perfil da morbidade das internações masculinas no Estado de São Paulo. Bepa [Internet]. 2011 [cited 2014 Mar. 23];8(93):22-31. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/bepa/txt/bepa93_gais.htm.

Mendonça CS, Harzheim E, Duncan BB, Nunes LNN, Leyh W. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy Plan*. 2012;27(4):348-55.

Merhy EE. Saúde a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

Moimaz SAS, Marques JAM, Saliba O, Garbin CAS, Zina LG, Saliba NA. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis* [Internet]. 2010 [cited 2014 Mar. 14];20(4): 1419-1440. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-7331201000400019&script=sci_arttext.

Moore G, Showstack J. Primary care medicine in crisis: toward reconstruction and renewal. *Ann Intern Med* [Internet]. 2003 [cited 2014 Fev. 10];138(3):244-7. Disponível em: <http://annals.org/article.aspx?articleid=716028>.

Moreira ML, DutilhNovaes HM. Internações no Sistema de Serviços Hospitalares, SUS e não SUS: Brasil, 2006. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2011 [cited 2014 Mar. 27];14(3):411-22. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2011000300006&script=sci_abstract&tlng=pt.

Mota A, Schraiber LM. Atenção Primária no Sistema de Saúde: debates paulistas numa perspectiva histórica. *Saude Soc São Paulo* [Internet]. 2001 [cited 2013 Jul. 15]. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/viewFile/29721/31598>.

Moy E, Barret M, Ho K. Potentially Preventable Hospitalizations — United States, 2004–2007. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)* [Internet]. 2011 [cited 2014 Mar. 27];60(01):80-83. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/su6001a17.htm>.

Nagata J, Hernández-Ramos I, Kurup AS, Albrecht D, Vivas-Torreálba C, Franco-Paredes C. Social determinants of health and seasonal influenza vaccination in adults ≥65 years: a systematic review of qualitative and quantitative data. *BMC Public Health*. 2013;13:388.

Nakamura-Pereira M, Mendes-Silva W, Dias MAB, Reichenheim ME, Lobato G. Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS): uma avaliação do seu desempenho para a identificação do near miss materno. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2013 [cited 2014 Mar. 14];29(7): 1333-1345. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013000700008&script=sci_arttext.

Nascimento APS, Santos LF, Carnut L. Atenção primária à saúde via estratégia de saúde da família no Sistema Único de Saúde: introdução aos problemas inerentes à operacionalização de suas ações. *J Manag Prim Health Care* [Internet] 2011 [cited 2014 Fev. 22];2(1):18-24. Disponível em: <http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/rt/metadata/12/11>.

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 Saude* [Internet]. 2010 [cited 2014 Mar. 15];19(1):61-75. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742010000100008&script=sci_arttext.

Ney MS, Rodrigues PHA. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis* [Internet]. 2012 [cited 2014 Mar. 27];22(4):1293-1311. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000400003.

Nogueira RP. Determinantes, determinação e determinismos sociais. *Saúde em Debate*. 2009;33(83):397-406.

Nunes ED. História e paradigmas da Saúde Coletiva: registro de uma experiência de ensino. *Cien Saude Coletiva* [Internet]. 2011 [cited 2014 Mar. 02];16(4):2239-2243. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n4/v16n4a22.pdf>.

Nunes ED. Saúde Coletiva: História de uma ideia e de um conceito. *Saúde e Soc*. 1994;3(2):5-21.

Oleksiuk O. Avoidable hospitalization of children, morbidity and health care supply. *Hygeia Public Health*. 2013;48(2):234-237.

Olivati FN, Brandão GAM, Vazquez FL, Paranhos LR, Pereira AC. Perfil da demanda de um pronto-socorro em um município do interior do estado de São Paulo. *Rev Facul Odont UPF* [Internet]. 2010 [cited 2014 Mar. 24];15(3):35-58. Disponível em: <http://www.upf.br/seer/index.php/rfo/article/view/1669>.

Oliveira MHCB, Rehem TCMSB, Amaral TCL. Relação entre o público e o privado na atenção à saúde: o SUS e a saúde suplementar no estado de São Paulo. São Paulo: FUNDAP; 2010.

Organização Mundial da Saúde. Global status report on non-communicable diseases 2010. Geneva; 2011 [cited 2014 Mar. 27]. Disponível em: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf.

Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial de Saúde 2008. Atenção primária em saúde: agora mais que nunca. Lisboa: Organização Mundial da Saúde (OMS) [Internet]; 2008 [cited 2013 Mar. 22]. Disponível em: http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas [Internet]. 2005 [cited 2013 Fev. 21]. Disponível em: http://www.paho.org/portuguese/ad/ths/os/phc2ppaper_10-ago-05_Por.pdf.

Pagotto V, Silveira EA, Velasco WD. Perfil das hospitalizações e fatores associados em idosos usuários do SUS. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2013 [cited 2014 Mar. 29];18(10):3061-3070. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001800031&lng=en&nrm=iso.

Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet* [Internet]. 2011 [cited 2014 Jan.12];Saúde no Brasil 1: a série The Lancet:11 -31. Disponível em: <http://www.thelancet.com/series/health-in-brazil>.

Paim JS, Almeida Filho N. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev Saúde Pública*. 1998;32(4):299-316.

Paula RA. Região Metropolitana de São Paulo: modifica-la ou não? [Internet]. s.d. [cited 2014 Fev. 28]. Disponível em: <http://www.skyscrapercity.com/showthread.php?t=1578109>.

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* [Internet]. 2012 [cited 2014 Fev. 10];21(2):275-282. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742012000200010&script=sci_arttext.

Perpétuo IHO, Wong LR. Atenção hospitalar por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA) e as mudanças do se padrão etário: uma análise exploratória dos dados de Minas Gerais. In: *Anais do 12º Seminário de Economia Mineira*; 2006; Diamantina, BR. Minas Gerais: [s.n.]; 2007.

Pessalacia JDR, Menezes ES, Massuia D. A vulnerabilidade do adolescente numa perspectiva das políticas de saúde pública. *Rev Bioethikos* [Internet]. 2010 [cited 2014 Mar. 07];4(4):423-430. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/80/Bioethikos_423-430_.pdf.

Phoenix G, Das S, Joshi M. Diagnóstico e manejo da celulite. *BMJ Brasil* [Internet]. 2013 [cited 2014 Mar. 29];64. Disponível em: <http://www.grupoa.com.br/revista-bmj/artigo/7692/diagnostico-e-manejo-da-celulite.aspx>.

Pires ESMR. Análise das relações entre espaço geográfico e perfil epidemiológico de tuberculose no município de Guarulhos, SP [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo; 2010.

Pires MRGM, Göttems LBD, Martins CMF, Guilhem D, Alves ED. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. Cien Saude Colet [Internet]. 2010 [cited 2014 Mar. 22];15(Supl):1009-1019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000700007&script=sci_arttext.

Portela GZ, Ribeiro JM. A sustentabilidade econômico-financeira da Estratégia Saúde da Família em municípios de grande porte. Cien Saude Col [Internet]. 2011 [cited 2014 Mar. 03]. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232011000300009&script=sci_arttext.

Portes LH, Silva JA, Teixeira MTB, et al. Internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial tabaco-relacionadas: perfil de um município de grande porte. J Manag Prim Health Care [Internet]. 2013 [cited 2014 Mar. 12];4(2):84-101. Disponível em: <http://jmphc.com/ojs/index.php/01/article/viewArticle/102>.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil [Internet]. 2013[cited 2014 Jan. 25]. Disponível em: http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/guarulhos_sp.

Puttini RF, Pereira Junior A, Oliveira, LR. Modelos explicativos em saúde coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. Physis [Internet]. 2010 [cited 2014 Mar. 02];20(3):753-767. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n3/v20n3a04.pdf>.

Rasella D, Aquino R, Barreto ML. Reducing childhood mortality from diarrhea and lower respiratory tract infections in Brazil. Pediatrics [Internet]. 2010 [cited 2014 Apr. 01];126:534–40. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/126/3/e534.long>.

Rehem TC, Egly EY. Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de São Paulo. Cien Saude Col [Internet]. 2011 [cited 2014 Mar. 15];16(12):4755-4766. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300024.

Rehem TCMSB, Egly EY, Ciosak SI. Internações Sensíveis à Atenção Primária: uso de ferramenta decodificadora para estudo das percepções dos profissionais da saúde, São Paulo, Brasil. Indagatio Didactica [Internet]. 2013 [cited 2014 Fev. 20];5(2). Disponível em: <http://revistas.ua.pt/index.php/ID/article/view/2448/2319>.

Rehem TCMSB, Oliveira MRF, Amaral TCL, Ciosak SI, Egly EY. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em uma metrópole brasileira. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2013 [cited 2014 Mar. 16];47(4):884-90. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000400884&script=sci_arttext.

Rehem TCMSB. Estudo das internações por condições sensíveis à atenção primária: macrorregião Juazeiro/BA e Petrolina /PE. Rede Interestadual de Saúde do Médio São Francisco. 2009. [cited 2014 Mar. 18]. Disponível em: <http://www.saudeinterestadual.org.br/estudos.aspx>.

Rehem TCMSB. Internações sensíveis à atenção primária: limites e possibilidades da lista brasileira de diagnósticos [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. Cien Saude Colet [Internet]. 2006 [cited 2014 Mar. 26];11(4):1011-1022. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232006000400022&script=sci_abstract&tlng=pt.

Ribeiro S. Destino... Guarulhos – A História Completa do Trem da Cantareira . Diadema: Germape; 2006.

Rocha R, Sampaio MJ, Pereira CA, Liberal I. Factores associados ao não cumprimento do Programa Nacional de Vacinação e das vacinas pneumocócica conjugada heptavalente e contra o rotavírus. Acta Pediatr Port. 2010;41(5):195-200.

Rodrigues MO, Sarti FM, Nishijima M. Evolução do Panorama da Saúde no Município de São Paulo na Década de 2000 a 2010: Mortalidade Infantil e Infraestrutura de Saúde. Temas de Economia Aplicada. Informações FIPE; 2013.

Rodrigues RD, Anderson MIP. Saúde da Família: uma estratégia necessária. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2011 [cited 2014 Fev. 15];6(18):21-24. Disponível em: <http://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/247/196>.

Rodrigues-Bastos RM, Campos EMS, Ribeiro LC, Firmino RUR, Bustamante-Teixeira MT. Internações por condições sensíveis à atenção primária em município do sudeste do Brasil. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2013 [cited 2014 Mar. 21];59(2):120-127. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302013000200010&script=sci_arttext.

Roncalli AG, Lima KC. Impacto do Programa de Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. Cien Saude Colet [Internet]. 2006 [cited 2013 Jan. 20];11(3):713-724. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232006000300018&script=sci_arttext.

Roos LL, Walld R, Uhanova J, Bond R. Physician visits, hospitalizations and socioeconomic status: ambulatory care sensitive conditions in a Canadian setting. Health Serv Res.2005;40:1167-85.

Roque KE, Melo ECP. Avaliação dos eventos adversos a medicamentos no contexto hospitalar. Esc Anna Nery [Internet]. 2012 [cited 2014 Mar. 27];16(1):121-127. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452012000100016&script=sci_arttext.

Rosa TP, Magnago TSBS, Tavares JP, Lima SBS, Schimidt MD, Silva RM. Perfil dos pacientes atendidos na sala de emergência do pronto socorro de um hospital universitário. Rev Enferm UFSM [Internet]. 2011 [cited 2014 Mar. 23];1(1):51-60. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2090>.

Rosano A, Lauria L, Viola G, Burgio A, Belvis AG, Ricciardi W et al. Hospitalization for ambulatory care sensitive conditions and the role of primary care in Italian. Ital J Public Health [Internet]. 2011 [cited 2013 Jan. 20];8(1):77-88. Disponível em: <http://ijphjournal.it/article/view/5648>.

Rosano A, Loha CA, Falvo R, van der Zee J, Ricciardi W, Guasticchi G et al. The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. Eur J Public Health [Internet]. 2012 [cited 2014 Mar. 09];29:1-5. Disponível em: <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/early/2012/05/29/eurpub.cks053.full>.

Rosano A, Peschel P, Kugler J, Ricciardi W, Guasticchi G, Van der Zee J. Preventable hospitalization and the role of primary care: a comparison between Italy and Germany. J Public Health. 2013;21(5):445-454.

Rubinstein A, López A, Caporale J, Vlanzasca P, Irazola V, Rubinstein F. Avoidable hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions as na indicator of primary health care effectiveness in Argentina. J Ambul Care Manage. 2014;37(1):69-81.

Rufino GP, Gurgel MG, Pontes TC, Freire E. Avaliação de fatores determinantes do tempo de internação em clínica médica. Rev Bras Clin Med [Internet]. 2012 [cited 2014 Mar. 19];10(4):291-7. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=646051&indexSearch=ID>.

Sala A, Mendes JDV. Perfil de Indicadores da Atenção Primária à Saúde no Estado de São Paulo: retrospectiva de 10 anos. Saude Soc [Internet]. 2011 [cited 2014 Mar. 02];20(4):912-926. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902011000400009&script=sci_arttext.

Saltman RB, Rico A, Boerma WGW, organizadores. Atenção primária conduzindo as redes de atenção à saúde: reforma organizacional na atenção primária europeia. Brasília: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde; 2010.

Salvador PTCO, Almeida TJ, Alves KYA, Dantas CN. A rotavirose e a vacina oral de rotavírus humano no cenário brasileiro: revisão integrativa da literatura. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2011 [cited 2014 Mar. 28];16(2):567-574. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000200020&script=sci_arttext.

Sampaio LFR, Mendonça CS, Junior NL. Atenção primária à saúde no Brasil. In: Gusso G, Lopes JMC, organizadores. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2012.

Sampaio LFR. Debate on the paper by Conill. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008 [cited 2014 Fev. 25];24 Supl1:S19-21. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X200801300004.

Santos CJF. *Identidade urbana e globalização: a formação dos múltiplos territórios em Guarulhos - SP*. São Paulo: Annablume/SINPRO, 2006.

Santos IS, Ugá MAD, Porto SM. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2008 [cited 2014 Mar. 13]; 13:1431-40. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000500009&script=sci_abstract&lng=pt.

Santos VCF, Ruiz ENF, Roese A, Kalsing A, Gerhardt TE. Internações por condições sensíveis a atenção primária (ICSAP): discutindo limites à utilização deste indicador na avaliação da Atenção Básica em Saúde. *RECIIS* [Internet]. 2013 [cited 2014 Mar. 28];7(2). Disponível em: <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/779/1570>.

São Paulo. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. *A Mulher no mercado de trabalho em 2011 Região Metropolitana de São Paulo* [Internet]. 2012b mar. [cited 2014 Mar. 26];23. Disponível em: <https://www.seade.gov.br/produtos/mulher/>.

São Paulo. Governo do Estado. Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Regional. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). *Perfil Municipal de Guarulhos*. São Paulo; 2014. [citado 2014 fev. 25]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilMunEstado.php>.

São Paulo. Governo do Estado. Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Regional. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). *Índice Paulista de Vulnerabilidade Social versão 2010*. Município de Guarulhos. São Paulo; 2010. [citado 2014 fev. 25]. Disponível em: <http://www.iprsipvs.seade.gov.br/view/index.php>.

São Paulo. Governo do Estado. Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Regional. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). Índice Paulista de Responsabilidade Social versão 2012. Município de Guarulhos. São Paulo [Internet]; 2012a [cited 2014 Fev. 25]. Disponível em: <http://www.iprsipvs.seade.gov.br/view/index.php?prodCod=1&selTpLoc=2&selLoc=0>.

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Gestor. Acesso a Informações de Saúde. Tabulações de Saúde – TABNET [Internet]. 2014 [cited 2014 Mar. 26]. Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/informacoes-de-saude/acesso-a-informacoes-de-saude>.

Saver BG, Wang CY, Dobie AS, Gree PK, Baldwin LM. The central role of comorbidity in predicting ambulatory care sensitive hospitalizations. *Eur J Public Health*. 2014;24(1):66-72.

Schraiber LB, Figueiredo WS, Gomes R, Couto MT, Pinheiro TF, Machin R, et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2010 [cited 2014 Mar. 28];26(5):961-970. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2010000500018&script=sci_arttext.

Secretaria de Assistência Social e Cidadania. Kairós Desenvolvimento Social. Diagnóstico Social de Guarulhos. Mapa Social [Internet]. s.d. [cited 2014 Fev. 25]. Disponível em: http://planosocial.guarulhos.sp.gov.br/site_social/mapa.html adaptada pelo autor

Serviço Autônomo de Água e Esgoto de Guarulhos (SAAE). Sistema de esgoto. Coleta de esgoto eficiente, maior qualidade de vida [Internet]. 2014 [cited 2014 Mar. 30]. Disponível em: <http://www.saaeguarulhos.sp.gov.br:8081/sistema-de-esgoto>.

Sheridan A, Howell F, Bedford D. Hospitalizations and costs relating to ambulatory care sensitive conditions in Ireland. *Ir J Med Sci*. 2012;181(4):527-33.

Shi L. The impact of primary care: a focused review. *Scientifica* [Internet]. 2012 [cited 2014 Fev. 20];2012:1-22. Disponível em: <http://www.hindawi.com/journals/scientifica/2012/432892>.

Silva JA. Um estudo da Atenção Primária à Saúde mediante o indicador: Internações por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial (CSAA) [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2011.

Silva TS. Internações hospitalares segundo condições sensíveis à atenção primária no DF: análise dos anos de 2008 a 2012 [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2013.

Silveira DS, Santos IS, Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2001 [cited 2014 Feb. 10];17(1):131-139. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-31213.

Soares CB, Campos CMS, Yonekura T. Marxismo como referencial teórico-metodológico em saúde coletiva: implicações para a revisão sistemática e síntese de evidências. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [cited 2014 Feb. 20];47(6):1400-06. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n6/en_0080-6234-reeusp-47-6-01403.pdf.

Soares CB. Consumo contemporâneo de drogas e juventude: a construção do objeto da perspectiva da saúde coletiva [tese livre-doência]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2007.

Souza HM. Saúde da Família: uma proposta que conquistou o Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

Souza LL, Dias da Costa JS. Internações por condições sensíveis à atenção primária nas coordenadorias de saúde no RS. *Rev Saude Publica*. 2011;45(4):765-72.

Souza MF. A Reconstrução da Saúde da Família no Brasil: Diversidade e incompletude. In: Souza MM, Franco MS, Mendonça AVM. Saúde da Família nos municípios brasileiros: Os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro. Campinas: Saberes Editora; 2014. p.40-79.

Souza MLBS, Melo CAVM. Impacto da Política de Atenção Básica à Saúde na Taxa de Mortalidade Infantil nos Municípios Brasileiros. *Rev Política Hoje* [Internet]. 2013 [cited 2014 Feb. 15];22(1):250-276. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/politica hoje/index.php/politica/article/view/254/141>.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO Brasil; 2004.

Starfield B. Efetividade e equidade em serviços de saúde pela atenção primária em saúde. In: III Seminário Internacional Atenção Primária Saúde da Família; 2007 dez. 13-15; Recife. [Internet]. Brasília; 2008. [cited 2014 Jan. 27]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/III_seminario_atencao_primaria_familia_recife.pdf.

Tambellini AT. Contribuição para o debate do CEBES sobre a determinação social da saúde: repensando processos sociais, determinações e determinantes da saúde. *Saúde em Debate*. 2009;33(83):371-379.

Toneli MJF, Souza MGC, Müller RCF. Masculinidades e práticas de saúde: retratos da experiência de pesquisa em Florianópolis/SC. *Physis* [Internet]. 2010 [cited 2014 Mar. 29];20(3):973-994. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-7331201000300015.

Torres RL, Rehem TCMSB, Egry EY, Ciosak SI. The panorama of ambulatory care sensitive conditions in district of São Paulo. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 [cited 2014 Mar. 22];45(n.spe2):1661-6. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/en_04.pdf.

Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2002 [cited 2014 Mar. 20];11(5/6):365-73. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892000500011&script=sci_arttext.

Trindade NR, Neto MAS, Toledo OR, Moraes EV, Ferrari CKB, David FL. Causas de internação hospitalar em adultos em um município da Amazônia Legal, Brasil. *J Manag Prim Health Care* [Internet]. 2013 [cited 2014 Mar. 26];4(2):70-76. Disponível em: <http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/viewArticle/95>.

Tulchinsky TH, Varavikova EA. *The New Public Health. Measuring and Evaluating the Health of a Population*. Epidemiologic Studies. Ecological Studies. Academic Press; 2008.

Tura LMT, Soares K, Casartelli CH. Atenção Primária em Saúde. In: Souza MM, Franco MS, Mendonça AVM. *Saúde da Família nos municípios brasileiros: Os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*. Campinas: Saberes Editora; 2014. p. 178-205.

Ugá MAD, Laguardia J, Porto SM, Moreira RS, Viacava F, Duarte CMR. A efetividade do sistema de saúde brasileiro: uma avaliação através de indicadores referentes a condições evitáveis. *RECIIS* [Internet]. 2013 [cited 2014 Mar. 26];7(2). Disponível em: <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewArticle/758/1649>.

Vaitsman J, Ribeiro JM, Lobato LVC. Análise de políticas, políticas de saúde e a Saúde Coletiva. *Physis Rev Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 [cited 2014 Mar. 10];23(2):589-611. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312014&script=sci_arttext.

Vecina GN, Malik AM. Tendências na assistência hospitalar. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2007 [cited 2014 Mar. 14];12(4):825-839. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63012402>.

Veloso RC, Araújo MR. Avaliação da resolutividade do programa saúde da família em municípios de pequeno porte no estado de Minas Gerais. *Revista de APS*. 2009; 12(3):238-243.

Vettore M, Lamarca G. Atenção pré-natal no Brasil: uma questão de oferta, de acesso ou de escolaridade materna? [Internet]. 2012 [cited 2014 Mar. 05], Portal DSS Brasil. Disponível em: <http://dssbr.org/site/?p=10326&preview=true>.

Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. The Lancet [Internet]. 2011 [cited 2014 Apr. 01];Saúde no Brasil 2: a série The Lancet:32 -46. Disponível em: <http://www.thelancet.com/series/health-in-brazil>.

Yonekura T. A operacionalização do conceito de classe social na epidemiologia: uma revisão sistemática [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo; 2011.

Apêndices

APÊNDICE 1 – Números, totais e médias das estimativas populacionais do município de Guarulhos, divididas por sexo e ano, realizadas pelo IBGE e enviadas ao Tribunal de Contas da União (TCU). Brasil, 2014.

Sexo	Anos					Média 2008 a 2012
	2008	2009	2010	2011	2012	
Masculino	614.766	624.796	595.043	601.629	608.218	608.890
Feminino	644.702	656.712	626.936	635.464	644.105	641.584
Total	1.259.468	1.281.508	1.221.979	1.237.093	1.252.323	1.250.474

Fonte: IBGE, (2014).

APÊNDICE 2 – Quantidade de leitos hospitalares não SUS e SUS nos anos 2008 e 2012, seguida pela variação percentual de cada Unidade Hospitalar Pública ou Filantrópica com convênio SUS e todas Unidades Privadas, no município de Guarulhos. Brasil, 2008-2012.

Unidades Hospitalares	Leitos não SUS			Leitos SUS		
	2008	2012	Variação % 2012-2008	2008	2012	Variação % 2012-2008
Estadual 1	0	0	----	126	126	0%
Estadual 2	0	0	----	273	263	-4%
Municipal 1	0	0	----	64	64	0%
Municipal 2	0	0	----	45	48	7%
Municipal 3	0	0	----	41	114	178%
Filantrópica com convênio SUS 1	0	0	----	111	85	-23%
Filantrópica com convênio SUS 2	71	69	-3%	115	117	2%
Filantrópica com convênio SUS 3	64	10	-84%	600	600	0%
Privadas	294	411	40%	0	0	----
Total	429	490	14%	1.375	1.417	3%

Fonte: CNESnet, (2014).

APÊNDICE 3 – Número de internações que ocorreram em residentes de Guarulhos, no período de 2008 a 2012, dividido por Capítulos de diagnósticos da CID-10 e sexo, seguido do total e percentual de cada capítulo. Brasil, 2008-2012.

Capítulos de diagnósticos CID-10	Sexo		Total	Percentual
	Masculino	Feminino		
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5.335	3.886	9.221	2,8%
II. Neoplasias (tumores)	5.917	8.320	14.237	4,3%
III. Doenças sangue órgãos hemat. e transt. imunitár.	857	1.095	1.952	0,6%
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2.139	2.655	4.794	1,4%
V. Transtornos mentais e comportamentais	4.347	2.975	7.322	2,2%
VI. Doenças do sistema nervoso	22.955	18.190	41.145	12,4%
VII. Doenças do olho e anexos	1.864	2.157	4.021	1,2%
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1.725	1.548	3.273	1%
IX. Doenças do aparelho circulatório	16.873	16.278	33.151	10,0%
X. Doenças do aparelho respiratório	14.680	12.377	27.057	8,1%
XI. Doenças do aparelho digestivo	16.128	13.369	29.497	8,9%
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	4.291	3.936	8.227	2,5%
XIII. Doenças sist. osteomuscular e tec. conjuntivo	3.692	2.532	6.224	1,9%
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	6.612	8.502	15.114	4,5%
XV. Gravidez, parto e puerpério	0	73.902	73.902	22,2%
XVI. Algumas afec. originadas no período perinatal	4.554	4.547	9.101	2,7%
XVII. Malf. Cong. deformid. e anomalias cromossômicas	1.984	1.455	3.439	1%
XVIII. Sint. sinais e achad. anorm. ex. clín. e laborat.	2.491	2.445	4.936	1,5%
XIX. Lesões enven. e alg. out conseq. causas externas	20.707	8.587	29.294	8,8%
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	64	16	80	0%
XXI. Contatos com serviços de saúde	3.013	3.435	6.448	1,9%
XXII. Códigos para propósitos especiais	0	0	0	-----
U99 CID 10ª Revisão não disponível	0	0	0	-----
Não preenchido	0	0	0	-----
Total	140.228	192.207	332.435	100%

Fonte: SIH-SUS.

APÊNDICE 4 – Número de internações que ocorreram em residentes de Guarulhos, no período de 2008 a 2012, dividido por Capítulos de diagnósticos da CID-10, exceto o Capítulo XV (Gravidez, parto e puerpério) e sexo, seguido do total e percentual de cada capítulo. Brasil, 2008-2012.

Capítulos de diagnósticos CID-10	Sexo		Total	Percentual
	Masculino	Feminino		
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5.335	3.886	9.221	3,6%
II. Neoplasias (tumores)	5.917	8.320	14.237	5,5%
III. Doenças sangue órgãos hemat. e transt. imunitár.	857	1.095	1.952	0,8%
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2.139	2.655	4.794	1,9%
V. Transtornos mentais e comportamentais	4.347	2.975	7.322	2,8%
VI. Doenças do sistema nervoso	22.955	18.190	41.145	15,9%
VII. Doenças do olho e anexos	1.864	2.157	4.021	1,6%
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1.725	1.548	3.273	1,3%
IX. Doenças do aparelho circulatório	16.873	16.278	33.151	12,8%
X. Doenças do aparelho respiratório	14.680	12.377	27.057	10,5%
XI. Doenças do aparelho digestivo	16.128	13.369	29.497	11,4%
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	4.291	3.936	8.227	3,2%
XIII. Doenças sist. osteomuscular e tec. conjuntivo	3.692	2.532	6.224	2,4%
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	6.612	8.502	15.114	5,8%
XVI. Algumas afec. originadas no período perinatal	4.554	4.547	9.101	3,5%
XVII. Malf. cong. deformid. e anomalias cromossômicas	1.984	1.455	3.439	1,3%
XVIII. Sint. sinais e achad. anorm. ex. clín. e laborat.	2.491	2.445	4.936	1,9%
XIX. Lesões enven. e alg. out conseq. causas externas	20.707	8.587	29.294	11,3%
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	64	16	80	0%
XXI. Contatos com serviços de saúde	3.013	3.435	6.448	2,5%
XXII. Códigos para propósitos especiais	0	0	0	-----
U99 CID 10ª Revisão não disponível	0	0	0	-----
Não preenchido	0	0	0	-----
Total	140.228	118.305	258.533	100%

Fonte: SIH-SUS.

APÊNDICE 5A – Números, totais e proporções dos diagnósticos correspondentes ao Grupo 1 da Lista Brasileira de ICSAP, divididos por sexo, registrados em residentes de Guarulhos, entre os anos de 2008 a 2012. Brasil, 2008-2012.

Grupo 1 - Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	Sexo		Total	%
	Masculino	Feminino		
1.01 Coqueluche	16	14	30	7,2
1.02 Difteria	0	2	2	0,5
1.03 Tétano	1	0	1	0,2
1.04 Parotidite	7	7	14	3,4
1.05 Rubéola	0	0	0	0
1.06 Sarampo	0	0	0	0
1.07 Febre Amarela	0	0	0	0
1.08 Hepatite B	3	3	6	1,4
1.09 Meningite por <i>Haemophilus</i>	0	0	0	0
1.10 Meningite Tuberculosa	0	0	0	0
1.11 Tuberculose Miliar	8	3	11	2,6
1.12 Tuberculose Pulmonar	189	63	252	60,6
1.16 Outras Tuberculoses	13	7	20	4,8
1.17 Febre Reumática	17	5	22	5,3
1.18 Sífilis	8	3	11	2,6
1.19 Malária	9	1	10	2,4
1.20 Ascaridíase	18	19	37	8,9
Total	289	127	416	100

Fonte: SIH-SUS.

APÊNDICE 5B – Números, totais e proporções das internações por tuberculose pulmonar, divididos por faixa etária e sexo, registradas em residentes de Guarulhos, entre os anos de 2008 a 2012. Brasil, 2008-2012

Faixa etária acometida pela Tuberculose Pulmonar	Sexo		Total	Percentual
	Masculino	Feminino		
<1a	2	1	3	1%
1-4a	3	1	4	2%
5-14a	1	1	2	1%
15-24a	20	22	42	17%
25-34a	51	12	63	25%
35-44a	45	15	60	24%
45-54a	52	5	57	23%
55-64a	5	2	7	3%
65e+a	10	4	14	6%
Total	189	63	252	100%

Fonte: SIH-SUS.

APÊNDICE 6A – Números, totais e proporções dos diagnósticos correspondentes ao Grupo 5 da Lista Brasileira de ICSAP, divididos por sexo, registrados em residentes de Guarulhos, entre os anos de 2008 a 2012. Brasil, 2008-2012.

Grupo 5 - Infecções de ouvido, nariz e garganta	Sexo		Total	%
	Masculino	Feminino		
5.01 Otite média supurativa	37	34	71	16,4
5.02 Nasofaringite aguda [resfriado comum]	4	0	4	0,9
5.03 Sinusite aguda	10	9	19	4,4
5.04 Faringite aguda	1	1	2	0,5
5.05 Amigdalite aguda	61	55	116	26,8
5.06 Infecção aguda VAS	129	92	221	51
5.07 Rinite, nasofaringite e faringite crônicas	0	0	0	0
Total	242	191	433	100

Fonte: SIH-SUS.

APÊNDICE 6B – Números, totais e proporções das internações por infecções agudas das vias aéreas superiores, divididas por faixa etária e sexo, registradas em residentes de Guarulhos, entre os anos de 2008 a 2012. Brasil, 2008-2012.

Faixa etária acometida pelas Infecções agudas VAS	Sexo		Total	Percentual
	Masculino	Feminino		
<1a	18	21	39	17,6%
1-4a	46	23	69	31,2%
5-14a	50	26	76	34,4%
15-24a	5	7	12	5,4%
25-34a	3	3	6	2,7%
35-44a	3	2	5	2,3%
45-54a	3	3	6	2,7%
55-64a	0	2	2	0,9%
65e+a	1	5	6	2,7%
Total	129	92	221	100%

Fonte: SIH-SUS.

APÊNDICE 7 – Números, totais e proporções dos diagnósticos correspondentes ao Grupo 19 da Lista Brasileira de ICSAP, divididos por sexo, registrados em residentes de Guarulhos, entre os anos de 2008 a 2012. Brasil, 2008-2012.

Grupo 19 - Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	Sexo		Total	%
	Masculino	Feminino		
19.1 Infecção no trato urinário na gravidez	0	815	815	82,2
19.2 Sífilis congênita	86	87	173	17,5
19.3 Síndrome da rubéola congênita	3	0	3	0,3
Total	89	902	991	100

Fonte: SIH-SUS.

APÊNDICE 8 – Números, totais e proporções dos diagnósticos correspondentes ao Grupo 16 da Lista Brasileira de ICSAP, divididos por sexo, registrados em residentes de Guarulhos, entre os anos de 2008 a 2012. Brasil, 2008-2012.

Grupo 16 - Infecções da pele e tecido subcutâneo	Sexo		Total	%
	Masculino	Feminino		
16.1 Erisipela	389	375	764	24,1
16.2 Impetigo	29	27	56	1,8
16.3 Abscesso cutâneo furúnculo e carbúnculo	277	185	462	14,5
16.4 Celulite	1.002	692	1.694	53,3
16.5 Linfadenite aguda	9	10	19	0,6
16.6 Outras infecções local. pele e tec. subcutâneo	122	59	181	5,7
Total	1.828	1.348	3.176	100

Fonte: SIH-SUS.

APÊNDICE 9 – Número e proporção de grupos de CSAP divididos por faixa etária, seguido dos valores e proporções totais, registrados em residentes de Guarulhos, entre os anos de 2008 a 2012. Brasil, 2008-2012.

Grupos de Causas Sensíveis à Atenção Primária (CSAP)	Faixa etária																Total			
	<1a		1-4a		5-14a		15-24a		25-34a		35-44a		45-54a		55-64a					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. Doenças prev. por imuniz. e condições sensíveis	35	0,8%	34	0,9%	30	1%	53	2,3%	78	2,8%	84	2,3%	67	1,1%	12	0,2%	23	0,2%	416	0,9%
2. Gastroenterites Infeciosas e complicações	349	8,1%	530	14,5%	283	9,5%	75	3,2%	90	3,2%	82	2,2%	92	1,5%	116	1,6%	545	3,8%	2.162	4,5%
3. Anemia	22	0,5%	13	0,4%	20	0,7%	33	1,4%	31	1,1%	60	1,6%	88	1,4%	54	0,7%	134	0,9%	455	1%
4. Deficiências nutricionais	34	0,8%	7	0,2%	6	0,2%	19	0,8%	16	0,6%	47	1,3%	64	1%	107	1,4%	341	2,4%	641	1,3%
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	64	1,5%	140	3,8%	129	4,3%	31	1,3%	33	1,2%	13	0,4%	12	0,2%	3	0,0%	8	0,1%	433	0,9%
6. Pneumonias bacterianas	656	15,3%	707	19,3%	353	11,8%	170	7,2%	258	9,2%	313	8,5%	338	5,5%	373	5%	1.123	7,9%	4.291	9,0%
7. Asma	730	17%	884	24,2%	604	20,2%	20	0,9%	35	1,2%	21	0,6%	41	0,7%	38	0,5%	65	0,5%	2.438	5,1%
8. Doenças pulmonares	1.429	33,3%	178	4,9%	100	3,3%	21	0,9%	44	1,6%	63	1,7%	162	2,6%	275	3,7%	589	4,1%	2.861	6%
9. Hipertensão	2	0,0%	1	0,0%	9	0,3%	29	1,2%	62	2,2%	212	5,8%	404	6,5%	475	6,4%	1.083	7,6%	2.277	4,8%
10. Angina	3	0,1%	1	0,0%	3	0,1%	7	0,3%	48	1,7%	303	8,2%	1.093	17,7%	1.620	21,7%	1.540	10,8%	4.618	9,7%
11. Insuficiência cardíaca	16	0,4%	27	0,7%	32	1,1%	54	2,3%	136	4,8%	333	9%	807	13,1%	1.358	18,2%	2.889	20,3%	5.652	11,8%
12. Doenças cerebrovasculares	2	0,0%	1	0,0%	14	0,5%	51	2,2%	90	3,2%	281	7,6%	817	13,2%	1.264	16,9%	2.557	17,9%	5.077	10,6%
13. Diabetes mellitus	6	0,1%	24	0,7%	221	7,4%	168	7,1%	177	6,3%	213	5,8%	399	6,5%	494	6,6%	911	6,4%	2.613	5,5%
14. Epilepsias	107	2,5%	281	7,7%	319	10,7%	228	9,7%	500	17,7%	639	17,3%	669	10,8%	262	3,5%	166	1,2%	3.171	6,6%
15. Infecção no rim e trato urinário	482	11,2%	301	8,2%	231	7,7%	495	21,1%	423	15%	294	8%	264	4,3%	285	3,8%	1.136	8%	3.911	8,2%
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	170	4,0%	517	14,1%	600	20,1%	223	9,5%	245	8,7%	277	7,5%	359	5,8%	329	4,4%	456	3,2%	3.176	6,7%
17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	0	0%	0	0%	8	0,3%	93	4%	142	5%	138	3,7%	75	1,2%	11	0,1%	8	0,1%	475	1%
18. Úlcera gastrointestinal	4	0,1%	9	0,2%	14	0,5%	69	2,9%	155	5,5%	279	7,6%	420	6,8%	403	5,4%	692	4,9%	2.045	4,3%
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	176	4,1%	0	0,0%	14	0,5%	512	21,8%	254	9%	34	0,9%	1	0,0%	0	0%	0	0%	991	2,1%
Total	4.287	100%	3.655	100%	2.990	100%	2.351	100%	2.817	100%	3.686	100%	6.172	100%	7.479	100%	14.266	100%	47.703	100%

Fonte: SIH-SUS.

Anexo

ANEXO 1 – LISTA BRASILEIRA DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA

Diagnóstico CID 10	Códigos Seleccionados
1. Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	A37; A36; A33 a A35; B26; B06; B05; A95; B16; G00.0; A17.0 A19; 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; A18; I00 a I02; A51 a A53; B50 a B54
2. Gastroenterites infecciosas e complicações	E86; A00 a A09
3. Anemia	D50
4. Deficiências nutricionais	E40 a E46; E50 a E64
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	H66; J00; J01; J02; J03; J06; J31
6. Pneumonias bacterianas	J13; J14; J15.3, J15.4; J15.8, J15.9; J18.1
7. Asma	J45, J46
8. Doenças pulmonares	J20, J21; J40; J41; J42; J43; J47; J44;
9. Hipertensão	I10; I11
10. Angina	I20
11. Insuficiência cardíaca	I50; J81
12. Doenças cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13. Diabetes <i>melitus</i>	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1; 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; E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14. Epilepsias	G40, G41
15. Infecção no rim e trato urinário	N10; N11; N12; N30; N34; N39.0
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46; L01; L02; L03; L04; L08
17. Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	N70; N71; N72; N73; N75; N76
18. Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	O23; A50; P35.

Fonte: Portaria SAS/MS n.º 221, de 17 de abril de 2008.