

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
NÍVEL MESTRADO**

JARBAS SAMPAIO VIEIRA

**INTERAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA NO
MUNICÍPIO DE SAPUCAIA DO SUL (RS):
INDICADORES DE 1998 A 2012**

SÃO LEOPOLDO

2016

Jarbas Sampaio Vieira

**INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA NO
MUNICÍPIO DE SAPUCAIA DO SUL (RS):
Indicadores de 1998 a 2012**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Orientador: Prof. Dr. Juvenal Soares Dias da Costa

São Leopoldo

2016

V658i Vieira, Jarbas Sampaio
 Internações por condições sensíveis à atenção primária no município de Sapucaia do Sul (RS): indicadores de 1998 a 2012 / Jarbas Sampaio Vieira. – 2016.
 56 f. ; il. ; 30cm.
 Inclui resumo do artigo “Internações por condições sensíveis à atenção primária em saúde em Sapucaia do Sul (RS) de 1998 a 2012”.
 Dissertação (mestrado em Saúde Coletiva) -- Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, São Leopoldo, RS, 2017.
 Orientador: Prof. Dr. Juvenal Soares Dias da Costa.
 1. Saúde pública. 2. Assistência à saúde - Qualidade. 3. Cuidados primários de saúde. 4. Hospitalização. 5. Saúde da família. 6. Sistemas de Saúde. I. Título. II. Vieira. III. Costa, Juvenal Soares Dias da.
 CDU 614

Jarbas Sampaio Vieira

**INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA NO
MUNICÍPIO DE SAPUCAIA DO SUL (RS):
Indicadores de 1998 A 2012**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Aprovado em (dia) (mês) (ano)

BANCA EXAMINADORA

Componente da Banca Examinadora – Instituição a que pertence

Componente da Banca Examinadora – Instituição a que pertence

Componente da Banca Examinadora – Instituição a que pertence

Dedico à Roni Araujo Sampaio, meu tio, obrigado por existir!

AGRADECIMENTOS

A Deus e Nossa Senhora por terem sido tão generosos em minha existência e proporcionarem a mim mais este momento.

Aos meus Pais, Guilherme e Lenira, por suas dedicações, exemplos e acima de tudo por terem inculcado em mim desde a infância, o valor da leitura, do trabalho e dos estudos como forma de evolução da pessoa em prol de uma sociedade melhor.

A Dionéia Calderolli Feijó Vieira, minha esposa, com quem vivo e divido minha vida e também minhas angústias e dúvidas, além das vitórias e conquistas. E sempre recebendo de ti o sorriso, o estímulo e o Amor necessário nessa jornada.

A Rafaela Feijó Vieira, filha amada, fruto desse amor, por mostrar que a vida sempre vale a pena.

À Minha Irmã Janifer Sampaio Vieira, pela paciência, carinho e apoio em todas as meus planos, decisões e conquistas.

Aos amigos e colegas de trabalho seja na área médica, ou vida pública, pela paciência, tão necessária comigo ao longo deste curso e as ausências provocadas por ele. Obrigado André, Elizandra (Fofa), Adriana, Vilmar, José Antunes (Zeca), Rafael Marques e Volmir Rodrigues (Gordo). Ao colega Marcelo Pantoja. Obrigado também Hilma Chaves, João Ricardo Boardmann (Kadinho) e Diego Capela pela torcida. Agradeço também a Monica Junqueira e a “Mestre” Ana Paula, pelos conselhos.

Também aos colegas do PPG em Saúde Coletiva da Unisinos, Fernanda, Heloísa, Karine e Luiza pela acolhida e horas de animação em meio á pressão do curso. Terei saudades!

Aos monitores do PPG em Saúde Coletiva da Unisinos, pela paciência e disponibilidade em me atender quando das dúvidas e inseguranças. Obrigado

Jucinei, Tissiane e Maximiliano Marques (Max). Podem ter certeza que tem um pouco de cada um de vocês nesse trabalho.

Ao meu Professor e Orientador, Dr. Juvenal Dias da Costa, pela paciência, disponibilidade, sabedoria e calma para me mostrar o caminho, quando tudo parecia incerto.

A todos os Professores do PPG em Saúde Coletiva da Unisinos, por compartilharem seus saberes e conhecimentos permitindo a mim progredir ao longo do curso.

Por fim, agradeço a todos, amigos, familiares e colegas por terem me dado mais apoio, incentivo e torcida, do que eu poderia imaginar.

SUMÁRIO

PROJETO	7
ARTIGO	34

PROJETO

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Objetivos	11
1.1.1 Objetivo Geral	11
1.1.2 Objetivos Específicos	11
1.2 Justificativa	11
2 REVISÃO DA LITERATURA	13
2.1 Atenção Primária à Saúde	13
2.2 Estratégia de Saúde da Família (ESF)	14
2.3 Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)	16
2.4 Financiamento	18
2.5 Sistema de Informações	20
3 METODOLOGIA	22
3.1 Delineamento	22
3.2 Coleta de Dados	23
3.3 Análise dos Dados	24
3.4 Aspectos Éticos	25
3.5 Divulgação dos Resultados	25
4 CRONOGRAMA	26
5 RELAÇÃO DE MATERIAIS E ORÇAMENTO	27
5.1 Material de Consumo	27
5.2 Material e Equipamento Permanente	27
REFERÊNCIAS	28

1 INTRODUÇÃO

De acordo com Shi et al. (1999), as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), são um grupo de doenças passíveis de um efetivo cuidado da Atenção Primária à Saúde (APS), que quando realizado, diminui ou até elimina a necessidade de internações hospitalares.

As ICSAP se constituem como um indicador para identificar internações, que seriam evitáveis por estes cuidados. A APS pode prevenir o surgimento das doenças, e caso estas estejam já estabelecidas, pode manejar corretamente a condição ou doença crônica impedindo seu agravamento.

As ICSAP surgiram como indicadores de efetividade em saúde, na América do Norte em meados dos anos 1990, inicialmente para analisar o acesso da população indigente à atenção médica. Billings et al. (1993), ao analisarem o impacto entre os usuários de hospitais de Nova Iorque, observaram que as taxas de internação foram mais elevadas nas áreas de baixa renda, pois a dificuldade em obter acesso ao sistema de saúde foi maior. As taxas foram menores em áreas de renda mais elevada, devido a um atendimento ambulatorial mais precoce e disponível. Assim observou-se uma associação entre menor classe socioeconômica e internações hospitalares.

O sistema de saúde norte americano possui ênfase em assistência no nível hospitalar. E mesmo com a expansão dos atendimentos no nível primário, Billings J., Anderson e Newman (1996) ao utilizarem as ICSAP constataram ainda valores elevados nas taxas de internações evitáveis.

Por sua vez, Caminal et al. (2001) analisaram as ICSAP e sua aplicabilidade no contexto europeu na região da Catalunha. Descreveram que estas foram responsáveis por 13% do total das hospitalizações, em especial as enfermidades respiratórias crônicas e suas complicações agudas.

Assim, na ausência de uma efetiva base de cuidados no nível de APS, ocorrerá uma maior demanda para atendimentos no nível secundário e terciário de saúde, incluindo internações, com maior ocupação dos leitos hospitalares que poderiam ser reservados para quadros mais graves, além do aumento dos custos e gastos.

No Brasil, o Ministério da Saúde elaborou uma lista de internações evitáveis por condições sensíveis às ações da atenção primária à saúde (APS), numa perspectiva

de avaliar a qualidade e o desempenho deste nível de atenção (BRASIL, 2008) Considera-se que elevadas taxas de internações por estas patologias, indicam problemas de acesso ou da efetividade dos cuidados (ALFRADIQUE et al., 2009).

A atenção primária à saúde (APS) ou atenção básica à saúde (ABS), como designada nacionalmente, tem se constituído como o primeiro nível de acesso do usuário ao sistema de saúde, que tem buscado resolução de suas demandas. Baseada nos princípios da APS, o Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994, visava superar as desigualdades no acesso ao sistema de saúde (SILVA et al., 2013). Posteriormente, transformado em Estratégia de Saúde da Família (ESF), tem procurado a reorganização e fortalecimento da ABS no Sistema Único de Saúde (SUS), mediante ampliação do acesso, qualificação e reorientação das práticas de saúde. (SOUZA; HAMANN, 2009). Mesmo com diferenças locais em seus graus de implantação e execução, ocorreu aumento no acesso aos serviços de saúde proporcionados pela implantação da ESF e sua expansão de cobertura potencial (SILVA et al., 2013).

Portanto, a ICSAP demonstra a qualidade do acesso e desempenho da ação primária, especialmente na esfera dos municípios. (SOUZA; DIAS DA COSTA, 2011). Ela atua também como um indicador de saúde que monitora e orienta a correta aplicação dos recursos em ações efetivas. (BRASIL, 1990a, 1990b; CASTRO; MACHADO, 2010).

Seu uso e acompanhamento pode avaliar a saúde de uma região, sua gestão local, seus investimentos, desempenhos e resultados. Os acompanhamentos dos indicadores financeiros e da cobertura de ESF podem mostrar se os recursos investidos no município influenciam os coeficientes de ICSAP.

O aumento do financiamento e investimento de recursos proporcionou aos municípios a ampliação do acesso à saúde. Utilizando mecanismos legais e financeiros, iniciados e aprimorados a partir da Constituição de 1988.

A ICSAP, por sua atuação no planejamento, implementação e avaliação do sistema de saúde, é um indicador abrangente e socialmente relevante. O seu monitoramento é capaz de avaliar o sistema de saúde. Pode aprimorar o planejamento e gestão dos serviços de saúde por autoridades nacionais, estaduais e locais. (ALFRADIQUE et al., 2009).

O presente estudo pretende analisar e verificar as tendências dos coeficientes de internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde (ICSAP) num

município de porte médio no Sul do Brasil no período de 1998 a 2012, e compará-las com o restante do estado do Rio Grande do Sul (RS). Os coeficientes de ICSAP podem refletir o acesso, a efetividade e os investimentos no município na atenção primária.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo Geral

Verificar e analisar a tendência nos coeficientes de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Saúde, no município de Sapucaia do Sul, no Estado do Rio Grande do Sul (RS), Brasil, no período de 1998 a 2012.

1.1.2 Objetivos Específicos

- a) verificar e analisar o investimento financeiro nos coeficientes de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Saúde no município de Sapucaia do Sul, no período de 1998 a 2012;
- b) verificar e analisar a cobertura da estratégia de Saúde da Família nas Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à saúde no Município de Sapucaia do Sul;
- c) comparar as tendências das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde (ICSAP) no município de Sapucaia do Sul com o restante de internações por todas as causas no período de 1998 a 2012;
- d) comparar as tendências das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde no município de Sapucaia do Sul com o restante do Estado do RS, no período de 1998 a 2012.

1.2 Justificativa

As ICSAP podem ser uma importante ferramenta para avaliar a APS no país e comparar seu desempenho. (ALFRADIQUE et al., 2009). Se o nível de APS apresenta desempenho efetivo e facilita o acesso dos usuários ao sistema pode diminuir as internações hospitalares por CSAP, promovendo uma economia e racionalidade nos gastos financeiros em saúde.

Junqueira. e Duarte (2008), afirmam que o estudo das ICSAP é um importante instrumento de avaliação do desempenho dos serviços de APS para os pesquisadores e gestores em saúde no Brasil. Estudos brasileiros, apontaram para redução das ICSAP no SUS em municípios do estado de Minas Gerais, (FERNANDES et al.; 2009; PERPETUO; WONG, 2006). E no RS (DIAS DA COSTA et al., 2010). Tais estudos são importantes em detectar a tendência da redução do indicador, nos últimos anos, no país.

Mesmo assim há uma carência de estudos sobre ICSAP no país. Devem se ampliar os mesmos e aplicá-los às várias regiões brasileiras, que possuem características, regionais, sociais e demográficas distintas entre si.

O estudo tem o diferencial de aplicar o indicador em um município de médio porte com densidade populacional elevada, onde a maioria de seu território é formado por área urbana e com atividade industrial predominante. Característico das grandes regiões metropolitanas brasileiras, Sapucaia do Sul, apresenta uma ESF em implantação, com as limitações orçamentárias, logísticas e de recursos humanos próprios dos grandes centros populacionais. Seu sistema de saúde, logo após a emancipação, em 1961, teve como referencial o modelo hospitalocêntrico, e as tradicionais UBS do estado, que responderam pelo atendimento primário por muitos anos.

A progressiva mudança no modelo de orientação da Assistência Primária em Saúde no município, iniciou no ano de 2005 com a implantação da Estratégia de Saúde da Família.

O estudo utiliza dados secundários, disponíveis à custo zero, podendo contribuir em termos da orientação e planejamento das políticas públicas locais, além de avaliar o nível de atenção primária em saúde no município.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A revisão deste Projeto baseou-se em cinco itens: a atenção primária em saúde, por ser o primeiro meio de contato dos sistemas de saúde com a população; a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que visa qualificar este nível do sistema no Brasil; as condições sensíveis à atenção primária em saúde (CSAP), e seu papel como indicador de avaliação do sistema de saúde. O financiamento das ações de saúde, para que se possam atender as necessidades da população e o sistema de informações serão considerados, pela disponibilidade, baixo custo e confiabilidade.

2.1 Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) foi proposta originalmente na Conferência Internacional Sobre Cuidados de Saúde, ocorrida em Alma-Ata em 1978. (DECLARAÇÃO..., 1978). Apregoava-se que cuidados essenciais, baseados em tecnologias acessíveis, levariam os serviços o mais próximo possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas, constituindo-se no primeiro nível do contato do indivíduo com o sistema de saúde levando a processo contínuo de atenção à saúde.

Starfield (2002) demonstrou que a APS é o nível do sistema de saúde que propicia ao usuário a sua entrada para atender necessidades e demandas relativos a sua saúde, com atenção direcionada para pessoa (e não somente para a doença) e para todas as condições inerentes a esse binômio. A APS tem sido a base, o alicerce dos demais níveis do sistema de saúde, promovendo a utilização racional dos recursos básicos, encaminhando aos níveis mais especializados e elaborados, visando à promoção, manutenção e melhora das condições de saúde. Portanto, a atenção primária configura-se no principal sustentáculo das redes de saúde, proporcionando acesso facilitado e efetivo, além de promover os cuidados integrais e longitudinais dos indivíduos. (MARMOT, 2006; WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2008).

Sabe-se que o acesso dos usuários e a efetividade dos cuidados são dois dos principais atributos que qualificam um sistema de saúde. (CAMPBELL; ROLAND; BUETOW, 2000). Cabem às equipes de APS identificar as necessidades de saúde da população, e, proporcionar informações para que as redes de atenção em saúde se estruturam nos atendimentos destas necessidades. (MENDES, 2011).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988) ocorreu uma maior responsabilização dos municípios nas decisões e execução dos serviços de saúde. Posteriormente, as Leis nº 8080 e nº 8142 de 1990, promoveram a adequada regulamentação do SUS, além de definirem as atribuições, organizando os serviços e competências correspondentes ao sistema. Definiram também a participação da comunidade em sua gestão, além de regular as transferências de recursos financeiros, por parte dos governos federal, estadual e municipal. Desta forma, a municipalização da saúde incrementou o desenvolvimento da APS em todo Brasil. Mas este fenômeno foi considerado insuficiente para atender as necessidades de saúde da população. Historicamente, apesar da expansão, o modelo de atenção primária em saúde que vinha sendo praticado no Brasil, com base em um modelo médico hegemônico com ênfase na especialização e intervenção, gerou muitas desigualdades no acesso aos serviços de saúde. (CASTRO; MACHADO, 2010). Assim, com o intuito de superar esses problemas, o Ministério da Saúde propôs uma mudança no modelo assistencial, criando o Programa de Saúde da Família. Este pressupõe o trabalho multiprofissional e em equipe, como processo básico para ampliar o acesso, proporcionar cuidados efetivos e promover a integralidade das ações de saúde primária com as famílias, os moradores e as comunidades. (MACINKO et al., 2011; SOUSA; HAMANN, 2009; STARFIELD, 2002).

2.2 Estratégia de Saúde da Família (ESF)

A Estratégia de Saúde em família, que sucedeu ao Programa de Saúde de Família foi implantada buscando se transformar como prática reestruturante da atenção primária, e, do sistema de saúde. (ELIAS et al., 2006). É formada por equipes multidisciplinares, com ações planejadas a partir das necessidades locais, por meio do diagnóstico de saúde de determinado território e estabelecimento de vínculos entre profissionais e população buscando facilitar o acesso e proporcionar ações efetivas na Atenção Primária. (SILVA et al., 2013).

A ESF também propõe a regulação do fluxo de acesso aos níveis secundário e terciário de saúde, ao buscar um uso mais racional e efetivo das emergências hospitalares e dos ambulatórios de especialidades médicas, na medida em que pretende assumir a coordenação dos cuidados.

Diversos estudos epidemiológicos têm mostrando resultados positivos da Estratégia de Saúde da Família.

No município de São Paulo (SP), ao se compararem as modalidades de PSF com as tradicionais UBS por meio do instrumento, Primary Care Assessment Tool (PCA-Tool), aplicado aos gestores, profissionais de saúde e usuários, os resultados mostraram que as percepções das dimensões de atenção básica eram semelhantes, mas os indicadores de atenção básica foram mais elevados nas unidades do PSF do que nas UBS. (ELIAS et al., 2006).

Um estudo transversal buscou a comparação, no atendimento às necessidades dos idosos, entre as unidades de PSF com os modelos tradicionais em estados do Sul e do Nordeste. Os resultados mostraram que os idosos incluídos nos atendimentos das PSF, utilizaram mais os serviços de saúde, demonstrando a ampliação do acesso para este grupo etário específico. (PICCINI et al., 2006). O estudo ainda analisou o desempenho do PSF no Sul e Nordeste do Brasil, além de compará-lo com grupo de atenção básica tradicional. As ações de prevenção e promoção de saúde, como atividades de pré-natal, puericultura, recomendação de atividade física para idosos, bem como os cuidados domiciliares destes, foram mais ofertados e usados em serviços de PSF, especialmente no Nordeste brasileiro, onde a adesão inicial ao modelo PSF/ESF foi maior. (FACCHINI et al., 2006).

Macinko et al. (2009) em um estudo ecológico mostrou que no período de 1990 à 2002, a expansão do PSF/ESF, controlado para outros fatores, como variáveis de desenvolvimento socioeconômico, melhorias no saneamento básico e aumento da escolaridade entre as mulheres, estavam associados à redução da mortalidade infantil no Brasil.

Com a implantação da ESF, como modelo de orientação da atenção à saúde no país, tem ocorrido a expansão da universalização do acesso aos serviços de saúde, a extensão da cobertura e focalização destes serviços. (SILVA et al., 2013). A ESF permitiu também a elaboração de diagnósticos de saúde de localidades, por cadastrar as famílias e indivíduos e gerar dados possibilitando o aperfeiçoamento do planejamento de ações de saúde. (SOUZA; HAMANN, 2009).

Assim, a ESF ao reorganizar as práticas assistenciais atua com enfoque na Atenção Básica em Saúde. A qual pode ser avaliada por marcadores como as interações por condições sensíveis à atenção primária.

2.3 Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)

Entre as condições sensíveis à atenção primária em saúde, incluem-se determinadas patologias crônicas de saúde, e alguns quadros agudos, considerados como grupo de doenças passíveis de controle com cuidados efetivos e pontuais, que podem evitar o desfecho da necessidade de internação hospitalar. (LUI; WALLACE, 2011).

Para se adaptar ou construir a lista brasileira de condições sensíveis à atenção primária foi feita uma extensa revisão de literatura nacional e estrangeira, produzindo uma primeira relação, que foi posteriormente revisada tecnicamente pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, onde se concluiu a primeira versão que buscava a adaptação a realidade de saúde do país. Posteriormente, a lista passou por diversas etapas de revisão, adaptação, validação com participação de entidades entre as quais a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e da Comunidade, e incluiu também uma consulta pública, chegando a versão definitiva da primeira lista brasileira de internações por condições sensíveis a atenção primária (ICSAP). Com isto se permitiu o estímulo e a promoção de novos estudos sobre as ICSAP, dentro de nosso contexto, permitindo a comparabilidade de resultados, tendo um objetivo comum: estabelecer as ICSAP como indicador de avaliação em saúde no país. (ALFRADIQUE et al., 2009).

A realização de estudos sobre as ICSAP pode contribuir para o aprimoramento teórico e metodológico deste indicador no cenário brasileiro. (NEDEL et al., 2011).

Contudo, uma recente avaliação de nove estudos brasileiros sobre as tendências de ICSAP, utilizando o instrumento Health Evidence Bulletin Wales formado por 13 critérios de qualidade como o foco na intervenção, na população ou intervenção em estudo, aleatoriedade, limites de confiança e validade interna/externa (CARDIFF UNIVERSITY, 2004) mostrou que nenhum estudo alcançou o escore máximo.

Na avaliação, somente dois estudos obtiveram 10 pontos, revelando assim a fragilidade dos métodos de avaliação brasileiros e a necessidade de evolução dos estudos envolvendo as ICSAP. (GONÇALVES, 2013).

Estudos de delineamento ecológico, considerando as tendências de CSAP em regiões, coordenadorias de saúde e municípios brasileiros e em sua relação

temporal foram conduzidos tendo como base estudos americanos e europeus. Os estudos foram realizados em diferentes regiões do Brasil, avaliando as tendências das ICSAP e sua relação com a atenção primária em saúde e a Estratégia de Saúde da Família.

Moura et al. (2010), em estudo ecológico misto das tendências e padrões de três das principais causas de ICSAP em menores de vinte anos no período de 1999 à 2006, nas cinco regiões brasileiras, demonstraram mudanças positivas nas taxas de internações por asma e gastroenterite, e negativas em pneumonia.

No Distrito Federal, no ano de 2008, Junqueira e Duarte (2008), analisaram os coeficientes de ICSAP em um estudo descritivo e transversal, e mostraram que as CSAP responderam por 19,5% do total de internações no período, tendo como os principais diagnósticos encontrados gastroenterites, insuficiência cardíaca e infecção urinária, estes achados refletiram falhas na atenção primária.

No Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, em São Leopoldo (RS) foram desenvolvidos inúmeros estudos acerca das ICSAP e suas aplicabilidades.

Dias da Costa et al. (2008) avaliaram a qualidade da assistência básica em saúde em Pelotas (RS) entre os anos de 1995 e 2004. Observaram uma diminuição nos percentuais de ICSAP tanto entre homens e mulheres. As ICSAP em ambos os sexos foram menores na comparação com as taxas do estado do RS. Na relação direta entre homens e mulheres, as taxas de ICSAP foram maiores entre as mulheres. A causa evitável mais frequente nos homens foi insuficiência cardíaca, no período de oito anos do estudo enquanto entre as mulheres ocorreram alternância entre insuficiência cardíaca, diabetes mellitus e doença pulmonar obstrutiva crônica.

As taxas de ICSAP também foram utilizadas por Souza e Dias da Costa (2010), em um estudo ecológico temporal para avaliar a qualidade dos serviços de atenção primária entre as coordenadorias de saúde do estado do RS, no período de 1995 à 2005. Encontraram elevação das taxas de ICSAP até o ano de 1999, quando iniciaram a diminuir, em quase todos os municípios do estado do RS.

Um estudo descritivo das principais causas de ICSAP, conduzido na cidade de Juiz de Fora (MG), no período de 2002-2009 evidenciou aumento das taxas de internações por gastroenterites, asma, hipertensão, doenças cerebrovasculares e um aumento nas taxas de internações por insuficiência cardíaca, doenças pulmonares,

epilepsias e infecções urinárias. Tal estudo indicou pouca expansão da cobertura da ESF, no período estudado no município. (RODRIGUES-BASTOS et al., 2013).

Elias e Magajewski (2008) em Santa Catarina; buscaram associar a adequada atenção primária à saúde com as taxas de internações por CSAP. Definiram dois grupos de municípios, de acordo com a atenção primária adequada ou não adequada segundo critérios de cobertura e qualidade, além de descreverem as taxas de internações por CSAP no SUS. Os autores observaram resultados mais favoráveis, nas tendências e magnitudes das taxas de internação nos municípios considerados com atenção primária adequada ao se compararem com os classificados como não adequados.

2.4 Financiamento

Mudanças advindas, após a Constituição Brasileira de 1988, enfatizaram a participação dos municípios nas ações de saúde e no seu financiamento. A partir dos anos 90, importantes transformações ocorreram na atenção primária à saúde com aumento do financiamento e investimentos na ampliação do acesso à saúde. (CASTRO; MACHADO, 2010).

O financiamento das ações em saúde é compartilhada pelos três entes federativos (Federal, Estadual e Municipal), mediante mecanismos legais e financeiros estabelecidas pelas Leis nº 8080 e nº 8142 de 1990, aplicados no custeio da saúde nos municípios brasileiros.

A própria Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8080/90 - Art. 35), estabeleceu critérios do financiamento por parte do SUS, aos municípios de acordo com perfis epidemiológicos, demográficos, rede local e desempenho de gestão. (BRASIL, 1990a).

Importante impulso adotado para incentivar o financiamento da mudança do modelo da atenção primária à saúde ocorreu com a Norma Operacional do Sistema Único de Saúde (SUS-NOB/96), cuja Portaria 2203/96, foi editada pelo Ministério da Saúde e aprovada pelo Congresso Nacional. Nela, se definiram as formas de repasse de recursos para os demais entes federativos e concedida autonomia a estados e municípios para a gestão descentralizada. Foi permitido a alguns dos municípios, gestão plena do seu sistema municipal de saúde, que significava assumir a responsabilidade da gestão na totalidade das ações e serviços de saúde

ambulatoriais e hospitalares no seu território. Sendo de responsabilidade do município também, o controle, avaliação, auditoria e o pagamento das ações e serviços de saúde além de administrar os procedimentos de alto custo e de alta complexidade que possam ser referenciados por estes municípios. (ANDRADE; SOARES; CORDONI, 2001). Deve se salientar a importância da NOB/96, que por meio do Piso de Atenção Básica (PAB) fixo estabeleceu os repasses de recursos para atenção básica em saúde com critérios populacionais. Além deste, a criação do PAB variável, vinculado ao número de equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde, viriam a atuar como estímulo para que os municípios aderissem à nova orientação. (CASTRO; MACHADO, 2010).

Poucos municípios aderiram inicialmente a estas mudanças na APS. A defasagem do valor repassado nos anos posteriores à implantação, o baixo nível de participação dos estados neste financiamento e a ausência de diferenciação das necessidades do financiamento considerando as desigualdades intermunicipais comprometeram a adequada equidade na distribuição dos recursos. (SOLLA et al., 2007). Problemas da correta definição e pactuação entre os governos federal, estadual e municipal, têm acompanhado o SUS desde sua concepção. (CAMPOS, 2008; MENDES, 2013). Ocorre que os recursos são limitados, gerando uma desproporção na implantação da ESF entre os municípios, devido a recursos insuficientes frente às demandas.

Solla et al. (2007) ainda enfatizaram o fato de que a grande maioria dos municípios brasileiros apresentava pouca capacidade de geração de recursos próprios e os custos envolvidos, especialmente na contratação de pessoal de nível superior apto a atuar nas equipes de ESF, tornaram-se elevados em municípios menores; naqueles com piores indicadores de saúde, nos de menor rede de serviços e nos localizados mais no interior onde havia o difícil acesso. Estes fatos colaboraram para a fraca expansão da nova orientação de APS quando na sua implantação. Souza e Hamann (2009), também afirmaram que os municípios possuíam alta desigualdade de renda, e recursos próprios, e assim os incentivos federais se constituíam, em grande maioria, na garantia dos custos da ESF.

Desta forma, tem permanecido distorções de investimentos na atenção básica no orçamento federal, que apresentou discretos aumentos de receitas, muitos na forma de reajustes e criação de alguns incentivos, buscando alguma equidade. (CASTRO; MACHADO, 2010). Muitas vezes os municípios também procuraram

reforçar suas receitas para a saúde, através de emendas parlamentares, junto a congressistas, articulando projetos específicos para uso em ações de saúde.

Mesmo com o significativo incremento de gastos em Atenção Primária nos últimos anos, eles ainda são insuficientes para atender a demanda de atenção e cuidados, muitas vezes tão diferentes em nosso território. (CAPUCCI, 2014). Portanto, a ESF ainda está incompleta em parte considerável dos municípios brasileiros.

Além disso, os gastos com nível secundário (ambulatorial) e terciário (hospitalar) são superiores aos gastos com o setor primário, considerado prioritário. (PAIM et al., 2011).

Estas distorções precisam ser corrigidas por meio da adequada e efetiva priorização política e financeira, por parte do governo brasileiro nas ações da APS (GONÇALVES, 2013).

2.5 Sistema de Informações

Estudos recentes de autores brasileiros demonstraram o aumento da utilização dos dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) nas análises dos indicadores de saúde, seja no número, abrangência, diversidade de conteúdos e complexidade de análise no que se refere ao sistema de Saúde praticado no País, incluindo-se aí o Estado do RS e o próprio município de Sapucaia do Sul.

Bittencourt et al. (2006), conduziram um estudo de análise da produção científica das aplicações dos dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS encontrando consistência interna e coerência com os atuais conhecimentos do SIH/SUS.

Campos e Theme-Filha (2009), no Mato Grosso do Sul, conduziram estudo ecológico de ICSAP, utilizando-se de dados secundários oriundos do SIH/SUS. Os autores afirmaram que os mesmos compõem uma base de dados de fácil acesso, segura e abrangente. E o indicador das CSAP, disponível no SIH/SUS é uma valiosa ferramenta de análise do desempenho e comparação do sistema de saúde, além de permitir compará-lo com outras regiões do país.

Lima et al. (2009) demonstraram que apesar de problemas como cobertura incompleta, sub-registros, e dados inadequados, os dados obtidos do SIH/SUS pelo preenchimento dos formulários de Autorização para Internação Hospitalar (AIH),

apresentaram um valor importante como retrato de dados sobre informações de saúde no país, pois houve uma coerência entre diagnósticos de internação hospitalar e evolução das doenças referidas em seu preenchimento.

Abaid (2014), em estudo transversal, buscou avaliar a concordância do diagnóstico principal de Autorizações de Internações Hospitalares (AIH), e prontuários médicos, para classificar internações por CSAP, em hospital de referência em Santa Cruz do Sul (RS), concluiu que a AIH era uma ferramenta confiável para esta classificação. Ocorre que no processo de faturamento da AIH, o campo de diagnóstico principal é transcrito do prontuário médico e a AIH é enviada ao SUS onde será registrada no SIH/SUS.

Como o SIH/SUS obtém seus dados da adequada transcrição das AIH preenchidas pelo profissional de saúde. O mesmo se constitui em um banco de dados epidemiológicos que demonstram as patologias presentes no local onde estão inseridos. (BRASIL, 2008).

Com o objetivo apurar as receitas totais e os gastos em ações e serviços públicos de saúde no município, foram utilizados os dados disponíveis do Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) do SUS.

Os dados sócio demográficos relativos ao município de Sapucaia do Sul, no período referido, e os dados do Estado do RS, foram obtidos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) disponíveis no próprio site do DATASUS, disponíveis

A cobertura anual de ESF no município e sua evolução ao longo do período, incluindo dados do RS foram coletados através do Departamento de Atenção Básica (DAB) no site do Ministério da Saúde.

3 METODOLOGIA

O Município de Sapucaia do Sul, situa-se na região metropolitana de Porto Alegre, no Vale do Rio dos Sinos no RS, Brasil, com população de aproximadamente 126.085 habitantes (IBGE, 2008) com área de 65,2 km², composto de 75% de área urbana e 25% de área rural. Conta com cerca de 105 bairros e vilas, e que são cobertos por 28 UBS. Nestas a ESF iniciou sua implantação no ano de 2005 e vem progredindo atingindo hoje mais da metade das UBS. Possui um hospital, em regime de Fundação Hospitalar com atendimento 100% SUS. A rede de cobertura conta ainda com unidades de nível secundário. Sendo um deles de caráter de pronto atendimento, outro de especialidades eletivas. Além de uma unidade com atendimento voltado para Psiquiatria/Neurologia, um voltado à Saúde da Mulher e Gestante e um terceiro para moléstias infecto contagiosas.

Vocacionado para o atendimento em emergências, o hospital tem alta complexidade em traumatologia e moléstias infecto-contagiosas. A cidade é rota de passagem de importantes vias rodo, hidro, ferroviárias e até aéreas, como as ERS-118, BR-116, BR-448, a navegação no Rio dos Sinos e o Trensurb. Isso provoca um considerável trânsito de veículos, pessoas e mercadorias por seu perímetro, elevando os atendimentos em saúde especialmente nos hospitais e pronto atendimentos em cerca de 30% de pacientes de fora de sua área de abrangência.

O município obtém a maior parte de suas receitas do setor industrial, embora o avanço do setor de comércio e prestação de serviços nos últimos anos, tenha se feito notar. Cerca de 15% da população possui atendimento de saúde da assistência complementar e os 85% restantes dependem do SUS, primordialmente.

3.1 Delineamento

Trata-se de um estudo Ecológico de análise temporal, utilizando dados secundários.

Os dados estão disponíveis no DATASUS, a partir de 1998, até 2012, ao longo do período proposto pelo estudo.

3.2 Coleta de Dados

Os dados referentes às hospitalizações serão obtidos dos disponíveis do DATASUS no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/ SUS).

Os dados de natureza financeira serão coletados do SIOPS.

Os dados demográficos foram obtidos do IBGE, mediante as informações disponíveis no próprio site do DATASUS. (BRASIL DATASUS,2015)

A cobertura anual de Estratégia de Saúde da Família (ESF) serão coletadas pelas informações fornecidas pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde no endereço eletrônico.: www.datasus.gov.br (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Serão consideradas como condições sensíveis à atenção primária, as componentes da lista nacional, quadro 1:

Quadro 1 - Lista de condições sensíveis a atenção primária

DIAGNÓSTICOS	CID 10
Doenças preveníveis por imunização e Condições sensíveis	A15.0 a A15.9, A16.0 a A16.9, A17.0 a A17.9, A18, A19, A33 a A37, A51 a A53, A95, B05, B06, B16, B26, B50 a B54, B77, G00.0, I00 a I02
Gastroenterites infecciosas e complicações	A00 a A09, E86
Anemia	D50
Deficiências Nutricionais	E40 a E46, E50 a E64
Infecções de ouvido, nariz e garganta	H66, J00, J01, J02, J03, J 06, J, 31
Pneumonias Bacterianas	J13, J14, J15.3, J15.4, J15.8, J15.9 J18.1
Asma	J45, J46
Doenças Pulmonares	J20, J21, J40 a J44, J47
Hipertensão	I10, I11

Angina	I20
Insuficiência Cardíaca	I50, J81
Doenças Cerebrovasculares	I63 a I67, I69, G45 a G46
Diabetes Melitus	E10.0 a E14.9
Epilepsias	G40, G41
Infecção do Rim e Trato Urinário	N10 a N12, N30, N34, N39.0
Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46, L01 a L04, L08
Doença Inflamatória órgãos Pélvicos femininos	N70 a N73, N75 a N76
Úlcera Gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
Doenças relacionadas ao Pré Natal e Parto	O23, A50, P35.0

Fonte: Elaborado pelo autor.

Será utilizado o programa Tabwin por permitir que se importem as tabulações efetuadas na Internet geradas pelo aplicativo TABNET (oriundo do DATASUS), encontrado na página informações de saúde do site do DATASUS. Para a construção dos indicadores foram elaboradas planilhas no Programa Excel.

3.3 Análise dos Dados

Mediante a fórmula $[(n^\circ \text{ de internações por condições sensíveis à atenção primária em cada ano no município população residente no ano no município}) \times 100.000]$ serão obtidos os coeficientes brutos de internações ocorridas.

Posteriormente serão padronizados os coeficientes por faixa etária pelo método direto, tendo como referência a distribuição demográfica da população do RS em 2010.

As análises de tendência serão efetuadas método de Regressão de Poisson, por meio do uso do Programa STATA

Será utilizada a correlação de Spearman, avaliando a associação, bem como a força das variáveis em estudo em relação às ICSAP, sendo consideradas significativas aquelas nas quais o p - valor for menor que 0,05.

Os resultados serão descritos de acordo com coeficientes de cada uma das variáveis avaliadas com respectivos intervalos de confiança a 95% e os resultados dos testes.

3.4 Aspectos Éticos

O Projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), mediante resolução nº 127 de 11 de setembro de 2014.

3.5 Divulgação dos Resultados

Os resultados serão divulgados à Secretaria Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul e ao Conselho Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul.

Os mesmos, irão concorrer a eventos no âmbito universitário e enviados para publicações científicas de renome.

4 CRONOGRAMA

Meses	Julho/14	Agosto/14	Setembro/14	Outubro/14	Novembro/14	Dezembro/14	Janeiro/15	Fevereiro /15	Março/15	Abril/15	Maio/15	Junho/15	Julho/15	Agosto/15	Setembro/15	Outubro/15	Novembro/15	Dezembro/15	Janeiro/16	Fevereiro/16	Março/16	Abril/16	Maio/16	Junho/16	Julho/16	Agosto/16		
Oficina de Projetos																												
Revisão de literatura																												
Elaboração do Projeto																												
Seminário Integraliz. IV																												
Alterações pós Sem. IV																												
Qualificação Projeto																												
Coleta de dados																												
Análise dos dados																												
Redação da dissertação																												
Defesa da Dissertação																												

5 RELAÇÃO DE MATERIAIS E ORÇAMENTO

5.1 Material de Consumo

Papel A4 (1000 Folhas):	R\$ 30,00
Pendrive 16 Gb	R\$ 30,00
Lápis (04 Unidades)	R\$ 10,00
Apontador (02 Unidades)	R\$ 5,00
Borrachas (02 Unidades)	R\$ 5,00
Envelopes A4 (10 Unidades)	R\$ 2,50
Impressos (1000 Unidades)	R\$ 400,00

5.2 Material e Equipamento Permanente

01 (um) Computador:	Já Disponível
Programa Stata	Sem custo
Total:	R\$482,50

REFERÊNCIAS

ABAID, R. A. **Análise da confiabilidade dos diagnósticos de condições sensíveis à atenção primária nas autorizações de internação hospitalar**: um estudo em Santa Cruz do Sul. 2012. 69 f. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde) -- Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), 2012.

ALFRADIQUE, M. E. et al. Internações por condições sensíveis a atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP-Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/16.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2015.

ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI L. **Bases da saúde coletiva**. Londrina: Ed. UEL; 2001.

BILLINGS, J., L. et al. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. **Health Affairs**, Millwood, v. 12, n. 1, p.162-173, Feb. 1993. Disponível em: <<http://content.healthaffairs.org/content/12/1/162.full.pdf+html>>. Acesso em: 12 ago. 2015.

BILLINGS, J.; ANDERSON, G.; NEWMAN, L. Recent findings on preventable hospitalizations. **Health Affairs**, Millwood, v. 15, n. 3, p. 239-249, Aug. 1996. Disponível em: <<http://content.healthaffairs.org/content/15/3/239.long>>. Acesso em: 12 ago 2015.

BITTENCOURT, S., L. et al. O sistema de informação hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p.19-30, 2006. <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/is_digital/is_0106/pdfs/IS26%281%29030.pdf> Acesso em: 12 ago. 2015

BRASIL. Constituição 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Texto promulgado em 05 de outubro de 1988. Brasília, DF: Biblioteca do SenadoFederal, 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/con1988_05.10.1988/con1988.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2015.

BRASIL. **Data Sus**. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 11 ago. 2015.

BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990a**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 11 ago. 2015

BRASIL. **Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990b**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em: 11 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 11 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 11 ago. 2015.

BRASIL. **Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008**. Define que a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária será utilizada como instrumento de avaliação e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html>. Acesso em: 11 ago. 2015.

CAMINAL, H. J. et al. Primary health care and hospitalizations in ambulatory care sensitive conditions in Catalonia. **Revista Clínica Española**, Barcelona, v. 201, n. 9, p. 501-07, Sept. 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11692404>>. Acesso em: 12 ago. 2015.

CAMPBELL, S. M, ROLAND, M. O, BUETOW, S. A. Defining quality of care. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 51, n. 11, p. 1611-1625, Dec. 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11072882>>. Acesso em: 12 ago. 2015.

CAMPOS, A. Z.; THEME-FILHA, M. M. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000-2009. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 845-855, maio 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n5/04.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2015.

CAMPOS, G. W. S.. Desafios políticos e organizacionais do SUS: vinte anos de política pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 200-2201, out. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24_n10/01.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2015.

CAPUCCI, P. Financiamento para atenção básica à saúde no Brasil: avanços e desafios. **Journal of Management and Primary Health Care**, Olinda, v. 5, n. 1, p. 127-128, 2014. Disponível em: <<http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/download/190/128>>. Acesso em: 11 ago. 2015.

CARDIFF UNIVERSITY. **Health evidence bulletin wales**. Questions to assist with the critical appraisal of an observational study eg cohort, case-control, cross-sectional. Cardiff, 2004. Disponível em: <<http://www.cardiff.ac.uk/insrv/libraries/sure/doc/Project%20Methodology%205.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2015.

CASTRO, A.L.B.; MACHADO, C.V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 693-705, abr. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/12.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2015.

CECCON, R.F. ET AL. Internações por condições sensíveis à atenção primária e ampliação da Saúde da Família no Brasil: um estudo ecológico. **Revista Brasileira**

de Epidemiologia, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 968-977, out./dez 2014. Documento em PDF.

DECLARAÇÃO de Alma-Ata. Alma-Ata, 1978. Disponível em: <<http://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/alma-ata.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2015. Formulada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde.

DIAS-DA-COSTA, J. S. et al. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 358-364, fev. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n2/14.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2015.

DIAS-DA-COSTA, J. S. et al. Qualidade da atenção básica mediante internações evitáveis no Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1699-1707, jul. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n7/24.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2015.

ELIAS, E., MAGAJEWSKI, F. A atenção primária à saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 633-647, 2008. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v11n4/10.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2015.

ELIAS, P. E. et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 633-681, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30979.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2015.

FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. p. 669-641, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30982.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2015.

FERNANDES, V. B. L. et al. Internações Sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da estratégia de saúde da família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 6, p. 928-936, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n6/03.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2015.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS (FGV). São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://portal.fgv.br/>>. Acesso em: 11 ago. 2015.

GONÇALVES, M. A. **Associação entre qualidade da atenção primária à saúde nos serviços públicos de saúde em Porto Alegre**: um estudo através de relacionamento probabilístico de base de dados. 2013. 128 f. Tese (Doutorado em Epidemiologia) -- Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/educatele/producao-cientifica/teses-e-dissertacoes-1/associacao-entre-qualidade-da-atencao-primaria-a-saude-e-internacoes-por-condicoes-sensiveis-a-atencao-primaria-a-saude-nos-servicos->

publicos-de-saude-em-porto-alegre-um-estudo-atraves-de-relacionamento-probabilistico-de-base-de-dados>. Acesso em: 18 maio 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 11 ago. 2015.

JUNQUEIRA, R. M. P.; DUARTE, E. C. Internações hospitalares por causas sensíveis à atenção primária no Distrito Federal, 2008. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 761-768, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n5/01.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2015.

LIMA, C. R. A. et al. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2095-2109, out. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v25n10/02.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2015.

LUI, C. K; WALLACE, S. P. A common denominator: calculating hospitalization rates for ambulatory care-sensitive conditions in California. **Preventing Chronic Disease**, Atlanta, v. 8, n. 5, p. 1-14, Sept. 2011. Disponível em: <http://www.cdc.gov/pcd/issues/2011/sep/pdf/11_0013.pdf>. Acesso em: 25 maio 2015.

MACINKO, J. et al. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. **American Journal of Public Health**, United States, v. 101, n. 10, p. 1963-1970, 2011. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/xmlui/bitstream/handle/icict/8878/The%20Influence%20of%20Primary%20Care%20and%20Hospital%20Supply%20on%20Ambulatory%20Care%20Sensitive%20Hospitalizations%20Among%20Adults%20in%20Brazil,%201999%E2%80%932007.pdf?sequence=2>>. Acesso em: 26 maio 2015.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. F. M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **Journal of Epidemiology & Community Health**, London, v. 60, p. 13-19, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2465542/pdf/13.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2015.

MARMOT, M. Health in an unequal world. **Lancet**, London, n. 368, p. 2081-2094, 2006. Disponível em: <http://www.who.int/social_determinants/publications/health_in_an_unequal_world_marmott_lancet.pdf>. Acesso em: 27 maio 2015.

MENDES, A. A longa batalha pelo financiamento do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 987-993, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n4/02.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2015.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <file:///D:/Desktop/Redes_Atencao_Saude_Eugenio_2ed.PDF>. Acesso em: 11 ago. 2015.

MOURA, B. L. A. et al. Principais causas de internações sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, n. 10, p. s583-s591, nov. 2010. Suplemento, 1. . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s1/08.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2015.

NEDEL, F. B. et al. Conceptual and methodological aspects in the study of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1145-1154, 2011. Supplement, 1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a46v16s1.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2015.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**, London, p. p. 11 -31, 2011. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Sistema%20de%20sa%C3%BAde_Celia%20Almeida_2011.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2015.

PERPÉTUO, I. H. O; WONG, L. R. **Atenção hospitalar por condições sensíveis à atenção ambulatorial e as mudanças no seu padrão etário**: uma análise exploratória dos dados de Minas Gerais. Minas Gerais, 2006. Trabalho apresentado no 12º Seminário sobre economia mineira.

PICCINI, R.X. et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 657-667, jul./set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30981.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2015.

RODRIGUES-BASTOS, R.M. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária em município do sudeste do Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 59, n. 2, p. 120-127, mar./abr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v59n2/en_v59n2a10.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2015.

SAPUCAIA DO SUL. Prefeitura Municipal. Sapucaia do Sul, 2015. Disponível em: <www.sapucaiaodosul.rs.gov.br/>. Acesso em: 11 ago. 2015.

SHI, L. et al. Patient characteristics associated with hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in South Carolina. **Southern Medical Association**, United States, v. 91, n. 10, p. 989-998, Oct. 1999. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10548172>>. Acesso em: 15 ago. 2015.

SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES; S. C. L. A produção científica brasileira sobre a estratégia de Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1 p. 221-232, jan. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n1/23.pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2015.

SOLLA, J. J. S. P. et al. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 7, n. 4, p. 495-502, out./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v7n4/a18v7n4.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2015.

SOUSA, M. F; HAMANN, E. M. Programa saúde da família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, p. 1325-1335, set./out. 2009. Suplemento, 1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a02v14s1.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2015.

SOUZA, L. L.; DIAS DA COSTA, J. S. Interações por condições sensíveis à atenção primária nas coordenadorias de saúde no RS. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 765-72, ago. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n4/2253.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2015.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Organização das Nações Unidas para a Educação Ciência e a Cultura (UNESCO): Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The world health report 2008**: primary health care now more than ever. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2015.

ARTIGO

INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE EM SAPUCAIA DO SUL (RS) DE 1998 a 2012.

Hospitalizations for sensitive conditions to primary health care in Sapucaia do Sul SAPUCAIA (RS), 1998 to 2012.

Autores

Jarbas Sampaio Vieira

Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS

jsvortopedia@terra.com.br

Juvenal Soares Dias da Costa

Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Endereço: Av. Unisinos, 950. Bairro Cristo Rei. CEP: 93.022-000. São Leopoldo. RS (51) 3591-1122

episoares@terra.com.br

Colaboração: Participou da elaboração do projeto, da análise, interpretação e discussão dos resultados e da redação e revisão do artigo.

Área de concentração

Saúde Coletiva, epidemiologia.

Fontes de financiamento

A pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

Resumo

Objetivo: verificar e analisar a tendência nos coeficientes de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Saúde, no município de Sapucaia do Sul, Estado do Rio Grande do Sul, no período de 1998 a 2012.

Métodos: Trata-se de um estudo ecológico de tendência de série temporal. Foram utilizados dados secundários disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde. Analisaram-se a tendência dos coeficientes padronizados pelo método direto. Verificou-se a distribuição dos coeficientes de acordo com sexo, idade e principais causas de internação.

Resultados: A análise de tendência por meio da Regressão Binomial Negativa mostrou redução nos coeficientes de internações por todas as causas e nos coeficientes de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. As internações ocorreram mais nas mulheres, nas faixas etárias de 60 ou mais e de zero até nove anos. As doenças respiratórias foram importantes causas de internações.

Conclusão: as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Saúde podem ter acompanhado a tendência das internações hospitalares por todas as causas no município de Sapucaia do Sul no período.

Palavras-chave: Qualidade da Assistência à Saúde; Atenção Primária à Saúde; Hospitalização; Saúde da Família; Sistemas de Saúde,

Abstract

Objective: to verify and analyze the trend in Hospitalizations rates for Ambulatory Care Sensitive in the city of Sapucaia do Sul, Rio Grande do Sul State, from 1998 to 2012.

Methods: This was an ecological time series trend study. Secondary data were available in the Hospital Information System of the Unified Health System. We analyzed the trend of standardized coefficients by the direct method. We described the distribution of the rates according to sex, age and the main causes of hospitalization.

Results: Trend analysis by regression Negative Binomial showed reduction in Hospitalizations rates from all causes and Hospitalizations rates for for Ambulatory Care Sensitive Conditions. Hospitalizations occurred more in women in the age groups of 60 or more and from zero to nine. Respiratory diseases were major causes of hospitalizations.

Conclusion: Hospitalizations rates for Ambulatory Care Sensitive Conditions may have followed the trend of hospitalizations rates for all causes in the city of Sapucaia do Sul during the period.

Key words: Quality of Health Care; Primary Health Care; Hospitalization; Family Health; Health Systems.

Introdução

As internações por condições sensíveis à atenção primária em saúde (ICSAP) surgiram como indicadores de efetividade em saúde, na América do Norte em meados dos anos 1990¹. Incluem-se nesse grupo determinadas patologias crônicas de saúde, e alguns quadros agudos, considerados como doenças passíveis de controle com cuidados efetivos e pontuais, que podem evitar o desfecho da necessidade de internação hospitalar².

As ICSAP podem ser consideradas um indicador da qualidade de assistência à saúde³, pois possuem grande potencial para identificar internações, que seriam evitáveis pelos cuidados em atenção primária à saúde⁴.

Tem sido preconizado que as políticas e ações de saúde sejam avaliadas quanto à sua efetividade e impacto^{5,6}.

Desta forma, o acompanhamento das ICSAP pode avaliar a qualidade do sistema de saúde ao verificar o comportamento de um grupo de doenças que se tratada em tempo hábil e de forma efetiva evita as hospitalizações.

Portanto, o objetivo principal deste trabalho foi verificar e analisar a tendência nos coeficientes de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Saúde, no município de Sapucaia do Sul, no Estado do Rio Grande do Sul (RS) no período de 1998 a 2012.

Materiais e métodos

Trata-se de um estudo ecológico, de análise temporal das internações por condições sensíveis à atenção primária no município de Sapucaia do Sul, RS, no período de 1998 a 2012.

Sapucaia do Sul está localizada na região metropolitana de Porto Alegre, situada a 29 km da capital, possui 138.357 habitantes⁷ e uma extensão territorial de 58,6 Km². A atenção básica dispõe atualmente de 28 unidades básicas de saúde, 19 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), atingindo 43,5% de cobertura da população. No nível secundário apresenta centro de atendimento psicossocial tipo II (CAPS II), centro de atendimento psicossocial para usuário de álcool de outras drogas (CAPS AD), centro de atendimento psicossocial para o atendimento de crianças e adolescentes (CAPS i). Em relação à atenção terciária, o município possui o Hospital Municipal Getúlio Vargas com 163 leitos para internação, classificado como hospital de médio porte. Desde 2015 Sapucaia do Sul assumiu a gestão plena do sistema municipal. A gestão Plena garante que o município receba o total dos recursos estaduais e federais programados para o custeio da assistência em seu território⁸.

Os dados secundários utilizados no presente estudo foram obtidos no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) (por meio do site eletrônico do Datasus: www.datasus.gov.br).

Foram consideradas como condições sensíveis à atenção primária, as doenças componentes da lista nacional elaborada pelo Ministério da Saúde⁹. Os dados populacionais para o cálculo dos coeficientes foram obtidos da Fundação

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a partir de dados disponíveis no Datasus.

Os coeficientes de internações foram calculados pela razão entre o número de ICSAP entre os residentes em Sapucaia do Sul e a população total do município, em cada ano do período avaliado. Assim mediante a fórmula [(n° de internações por condições sensíveis à atenção primária em cada ano no município/população residente no ano no município) x 10.000] obtiveram-se os coeficientes brutos de internações ocorridas. Posteriormente os coeficientes foram padronizados pelo método direto, tendo como referência a distribuição demográfica da população do Rio Grande do Sul em 2010. Foi realizada a análise levando-se em conta sexo e cinco categorias etárias (até 9 anos; 10 a 19 anos; 20 a 39 anos; 40 a 59 anos; 60 anos ou mais).

Foram descritas as principais causas de internações por condições sensíveis de acordo com os grupos etários.

A análise dos coeficientes de ICSAP foi comparada com a tendência das internações por todas as causas exceto as obstétricas, pois algumas evidências sugeriam que o comportamento semelhante entre elas¹⁰.

Por sua vez, a análise de tendência dos coeficientes ICSAP foi efetuada mediante Binomial Negativa por meio do uso do Programa STATA. Foram descritos os resultados de acordo com coeficientes de cada uma das variáveis avaliadas com respectivos intervalos de confiança a 95% e os resultados dos testes.

O Projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), mediante resolução nº 127 de 11 de setembro de 2014.

Resultados

Entre 1998 e 2012 foram constatadas 119.353 internações hospitalares no município de Sapucaia do Sul, sendo que 38.735 (32,4%) foram classificadas como condições sensíveis à atenção primária.

A análise dos coeficientes padronizados de internações por todas as causas mostrou elevação entre 1998 e 2002 alcançando 1042/10000, a seguir uma tendência de diminuição até atingir 686,3 em 2012 correspondendo queda de 34,1%. As internações por condições sensíveis à atenção primária tiveram comportamento semelhante. Observou-se inicialmente elevação de 240,2 em 1998 atingindo 338,6 em 2002, a partir de 2003 apresentaram queda dos coeficientes até atingir 137,9 em 2012, a variação dos coeficientes de internações por condições sensíveis correspondeu à diminuição de 59,3% (Tabela 1). A distribuição gráfica dos coeficientes por todas as causas e por condições sensíveis à atenção primária mostraram as mesmas tendências com coincidência nos momentos de elevação e diminuição (Gráfico 1).

A análise de tendência por meio da Binomial Negativa mostrou redução de 3% ao ano nos coeficientes de internações por todas as causas (RR 0,97; IC95% 0,96 a 0,98; p-valor <0,001) e de 6% entre os coeficientes de internações por condições sensíveis à atenção primária (RR 0,94; IC95% 0,93 a 0,96; p-valor <0,001).

Na comparação entre os sexos, constatou-se predomínio das internações por condições sensíveis à atenção primária entre as mulheres. Nos quinze anos analisados apenas em cinco os coeficientes entre os homens superaram os observados entre as mulheres (Tabela 1).

A análise por idade mostrou que as internações por condições sensíveis à atenção primária a saúde ocorreram principalmente nas faixas etárias de 60 ou mais e no grupo até nove anos. No período, observaram-se diminuições nos coeficientes em todas as faixas etárias. Na categoria até nove anos observou-se uma diminuição de 47,1%, reduzindo de 358 por 10000 em 2001 para 189,3 em 2012. As reduções mais expressivas encontradas na análise foram constatadas nas faixas etárias de 10 a 19 anos e entre 20 e 39 anos, 72,7% e 64,7 (Tabela 2). A distribuição por idade assumiu forma de hipérbole com maiores frequências nas faixas etárias extremas (Gráfico 2).

Foram analisadas as principais causas de internações de acordo com as diferentes idades. Na faixa etária até nove anos constatou-se predomínio das doenças respiratórias. Nos primeiros três anos a principal causa de internação foi asma brônquica, depois em todo o período verificou-se predomínio de broncopneumonia. O coeficiente de internação por broncopneumonia variou de 170,9 em 2001 atingindo 42,1 em 2011, constatando-se redução de 75,4%. Na faixa etária de 10 a 19 anos, as principais causas de internações por condições sensíveis à atenção primária foram: infecção do trato urinário e broncopneumonia. Em relação à faixa etária de 20 a 39 não se constatou o predomínio de determinada causa. Neste grupo etário observaram-se como as principais causas doenças inflamatória pélvica, úlcera gastrointestinal, broncopneumonia e infecção do trato urinário. Na faixa etária de 40 a 59 anos as principais causas de internações foram: insuficiência cardíaca e doença cerebrovascular. Entretanto, nos últimos cinco anos a causa de internação predominante foi broncopneumonia. Já na faixa etária de 60 anos ou mais as principais causas de internação foram: as doenças pulmonares (bronquite

aguda e crônica, enfisema, outras doenças pulmonares crônicas e bronquiectasia) e insuficiência cardíaca.

Discussão

O presente estudo revelou uma diminuição das ICSAP no município de Sapucaia do Sul no período entre 1998 e 2012. Estudos ecológicos, em virtude de peculiaridades do seu desenho, são adequados para gerarem hipóteses. Desta forma, se pode aventar possibilidades ou modificações introduzidas no município que possam justificar essa diminuição¹¹.

Inicialmente, deve-se considerar essa pretensa diminuição com cautela. Na própria estratégia de análise, incluiu-se a análise do comportamento das internações por todas as causas pensando-se na probabilidade que as ICSAP manteriam a mesma tendência. Assim, no presente estudo analisaram-se as tendências de ambas mediante a diminuição percentual entre os coeficientes, de forma gráfica e de acordo com a Binomial Negativa.

Na análise dos percentuais dos coeficientes evidenciou-se uma diminuição entre 1998 e 2012 de 20,1% entre todas as causas e de 42,6% nas ICSAP. Esta maior diminuição das ICSAP não foi tão evidente na distribuição gráfica que mostrou queda ao final, mas o traçado foi coincidente nas duas curvas. Além disso, o resultado da Binomial Negativa revelou diminuição das internações por todas as causas e por ICSAP. Desta forma, deve-se considerar que as ICSAP diminuíram no período, mas podem ter acompanhado a tendência das internações por todas as causas.

O presente estudo também revelou que as ICSAP foram mais frequentes entre as mulheres. Sabe-se que as mulheres utilizam com mais regularidade os serviços de saúde¹². Este efeito é paradoxal, uma vez que se frequentassem mais os serviços de atenção primária não necessitariam internações por esses

diagnósticos. Contudo, tem sido discutido de que as mulheres fazem maior uso dos serviços de saúde do que os homens, e de que essa diferença é, em parte, relacionada a questões reprodutivas¹³. Entretanto, as diferenças de gênero relativas ao perfil de morbimortalidade não se resumem à saúde reprodutiva. As mulheres tendem a avaliar seu estado de saúde de maneira mais negativa e também referem mais doenças crônicas do que os homens, que, por sua vez, apresentam doenças comparativamente mais severas e de maior letalidade¹⁴. Aliás, estudo transversal de base populacional, conduzido no município de São Leopoldo (RS), vizinha e com características semelhantes à Sapucaia do Sul, mostrou que os homens consultavam menos que mulheres¹⁵.

Em relação à idade, observaram-se maiores coeficientes nas faixas etárias extremas. Este achado pode ser condizente com as complexidades dos cuidados de saúde em ambas as faixas etárias. As crianças menores de dois anos foram as maiores responsáveis pelos coeficientes de ICSAP no grupo etário até nove anos, dentro do conceito de vulnerabilidade dos primeiros mil dias. Período no qual, intervenções que afetem o estado nutricional, tanto materno quanto infantil, podem ser determinantes na morbimortalidade desta faixa etária¹⁶.

A justificativa para os elevados coeficientes encontrados no grupo etário acima de 60 anos relaciona-se com o aumento da idade. Sabe-se que os idosos tornam-se mais suscetíveis as multimorbidades. Sempre resguardando que o SIH apenas permitiu um problema diagnóstico por internação e em faixas etárias mais elevadas determinadas causas que seriam classificadas como ICSAP, poderiam apresentar complicações que necessitassem manejo hospitalar.

A análise das principais causas de ICSAP também deve ser discutida com cautela. Sabe-se que políticas de saúde apresentam redes de distribuição

complexas e geralmente não apresentam efeitos imediatos¹⁷. Durante o período do estudo foram proporcionadas medidas relevantes para o controle das doenças respiratórias, como a implantação das vacinas contra a gripe (inicialmente destinadas para idosos e grupos de risco)¹⁸, pneumocócica e haemophilus influenzae. Além disso, foi introduzida a distribuição de broncodilatadores e a ampliação da oferta de antibióticos na atenção básica. Deve-se ressaltar a campanha anti-tabagismo, com regulamentação do seu uso¹⁹. Embora, o presente estudo tenha revelado diminuição importante de internações por broncopneumonia, mostrou-se persistência de relevante presença das doenças do aparelho respiratório em todas as faixas etárias.

No período estudado ocorreram também mudanças nas macropolíticas que poderiam explicar a diminuição constatada dos coeficientes de ICSAP, tais como, a expansão Estratégia Saúde da Família (ESF) e o aumento nos repasses de recursos financeiros.

Sabe-se que Estratégia Saúde da Família foi implantada com o intuito de reestruturar a atenção primária, e, qualificar o sistema de saúde²⁰, mediante ampliação do acesso e reorientação das práticas de saúde²¹. Diversos estudos epidemiológicos têm acompanhado a implantação da ESF. Estudo ecológico realizado em todos os estados brasileiros já tinha mostrado que a cobertura pelo Programa Saúde da Família tinha produzido impacto positivo diminuindo a mortalidade infantil²². Além disso, outros estudos também têm mostrado resultados positivos após implantação da ESF. Evidenciaram, por exemplo, redução das ICSAP no SUS em municípios do estado de Minas Gerais^{23,24} e também no estado do Rio Grande do Sul²⁵. Entretanto, para o presente estudo consultou-se o site do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (dab.saude.gov.br), que

mostrou em dezembro de 2012 14 equipes de saúde da família cadastradas, atingindo cobertura de 37,1% da população de Sapucaia do Sul. Tal cobertura seria classificada como intermediária de acordo com critérios publicados²⁶.

Em relação ao financiamento da saúde no período estudado assistiu-se à implantação do Piso de Atenção Básica à Saúde (PAB) fixo e o PAB variável, com base em critérios populacionais, atuando como estímulo às práticas de atenção à saúde. Quando da sua implantação, a partir de 1998, permitiu alocar importantes recursos financeiros ao município. Os dados financeiros foram conhecidos por meio dos Relatórios Resumidos da Execução Orçamentária do município disponíveis no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Assim, verificou-se o aumento de repasses, realizado pelo governo federal, de R\$1.090.318,54 em 1998 para R\$ 9.269.818,79 em 2012. Estes valores contribuíram fortemente para a implantação e evolução da cobertura em ESF no município. A partir desses dados foi possível, considerando a cotação do Dólar, calcular os gastos per capita em saúde de Sapucaia do Sul. Em 1998, os gastos per capita em saúde atingiram US\$ 11,06 e em 2012 alcançaram a US\$ 143,04, correspondendo a um aumento de 1193,30%. Entretanto, o gasto per capita em saúde no Brasil em 2013 foi de US\$ 474,00²⁷, valores considerados notoriamente insuficientes para garantir a efetividade dos cuidados de saúde e superiores ao do município estudado. Desta forma, o aumento dos investimentos em saúde não poderia explicar a diminuição das ICSAP.

Conclusão

No período estudado verificaram-se importantes mudanças em políticas de saúde em Sapucaia do Sul, como por exemplos, mudança na modalidade de gestão, aumento do financiamento em saúde e expansão da ESF, além disso, assistiram-se a introdução de programas e ações específicas. Entretanto, a análise apontou que as reduções nas taxas de internações por ICSAP podem ter acompanhado a tendência das internações hospitalares por todas as causas.

Referências

1. Billings J, Anderson G, Newman L. Recent findings on preventable hospitalizations. *Health Aff* 1996; 15(3): 239-249. Disponível em: <<http://content.healthaffairs.org/content/15/3/239.long>>. Acesso em: 12 ago 2015.
2. Lui CK, Wallace SP. A common denominator: calculating hospitalization rates for ambulatory care-sensitive conditions in California. *Prev Chronic Dis* 2011; (5):1-14. Disponível em: <http://www.cdc.gov/pcd/issues/2011/sep/pdf/11_0013.pdf>. Acesso em: 25 maio 2015.
3. Nedel FB, Facchini LA, Bastos JA, Matin-Mateo M. Conceptual and methodological aspects in the study of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. *Cien Saude Colet* 2011; 16(Suppl 1):S1145-S54.
4. Caminal HJ, Starfield B, Sánchez Ruiz E, Hermosilla Pérez E, Martín Mateo M. Primary health care and hospitalizations in ambulatory care sensitive conditions in Catalonia. *Rev Clín Española* 2001; 201(9): 501-07. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11692404>>. Acesso em: 12 ago. 2015.
5. Vaughan R. Evaluation and Public Health. *Am J Public Health* 2004; 94(3): 360.
6. Dias da Costa JS, Büttenbender DC, Hoefel AL, Souza LL. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2010; 26(2): 358-364. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n2/14.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2015
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 11 ago. 2015.

8. SAPUCAIA DO SUL. Prefeitura Municipal. Sapucaia do Sul, 2015. Disponível em: <www.sapucaiaodosul.rs.gov.br/>. Acesso em: 11 ago. 2015.
9. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). *Cad Saúde Pública*. 2009;25(6):1337–1349.
10. Brasil VP, Dias da Costa JS. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina – estudo ecológico de 2001 a 2011. *Epidemiol Serv Saúde* 2016; 25 (1): 75-84.
11. Lima-Costa MF, Barreto SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiol Serv Saúde* 2003; 12(4): 189 – 201.
12. Capilheira MF, Santos OS. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. *Rev Saúde Pública* 2006; 40: 436-43.
13. Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saúde Pública*.2001;17(4):819-32.
14. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Pública* 2002; 11:365-73.
15. Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Soares AS, Nunes MF, Bagatini T, Marques MC, Guimarães LK, Muller LP, Machado FCS, Barcelos ES, Pattussi MP. Utilização de serviços de saúde pela população adulta de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil: resultados de um estudo transversal. *Cad Saúde Pública* 2011; 27(5):868-876.

16. Bhutta ZA, Ahmed T, Black RE, Cousens S, Dewey K, Giugliani E, et al. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. *Lancet*. 2008;371:417-440.
17. Habicht JP, Victora CG, Vaughan JP. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *Int J Epidemiol*. 1999; 28(1):10-8.
18. Daufenbach LZ, Duarte EC, Carmo EH, Campagna AS. Impacto da vacinação contra a influenza na morbidade hospitalar por causas relacionadas à influenza em idosos no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2014; 23(1):9-20.
19. Malta DC, Oliveira TP, Vieira ML, Almeida L, Szwarcwald CL. Uso e exposição à fumaça do tabaco no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2015; 24(2): 239-248.
20. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão-Junior E, Bousquat A. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc Saúde Colet* 2006; 11(3): 633-681. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30979.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2015.
21. Sousa MF, Hamann EM. Programa saúde da família no Brasil: uma agenda incompleta? *Cien Saúde Colet* 2009; 14 (Supl 1): 1325-1335. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a02v14s1.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2015.
22. 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* 2009; 60: 13-19. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2465542/pdf/13.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2015.

23. Fernandes VBL, Caldeira AP, Faria AA, Rodrigues-Neto JF. Internações Sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da estratégia de saúde da família. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(6): 928-936. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n6/03.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2015.

24. Mendonça CS, Harzheim E, Duncan BB, Nunes LN, 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): 348–355.

25. Sousa LL, Dias da Costa JS. Internações por condições sensíveis à atenção primária nas coordenadorias de saúde no RS. *Rev Saúde Pública* 2011; 45(4):765-72

26. Carvalho SC, Mota E, Dourado I, Aquino R, Teles C, Medina MG. Hospitalizations of children due to primary health care sensitive conditions in Pernambuco State, Northeast Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2015; 31(4):744-754.

27. Mendes EV. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estud av.* 2013; 27(78):27–34.

Tabela 1 - Coeficientes padronizados de internações por todas causas, padronizados de ICSAP, entre homens e entre mulheres e proporção ICSAP no município de Sapucaia do Sul, Rio Grande do Sul, 1998 a 2012

Ano	Coeficientes padronizados de internações por todas as causas	Coeficientes padronizados de ICSAP	Coeficientes padronizados de ICSAP entre os homens	Coeficientes padronizados de ICSAP entre as Mulheres	Proporção ICSAP
1998	859,0	240,2	225,9	237,6	32,9
1999	1002,5	333,9	316,4	337,5	39,1
2000	1003,3	316,3	296,9	323,8	37,6
2001	1038,0	333,6	343,7	317,8	37,0
2002	1042,5	338,6	345,0	340,1	38,1
2003	993,2	327,4	323,8	336,5	36,7
2004	951,8	306,5	302,7	309,8	36,4
2005	903,3	281,2	279,3	289,3	33,8
2006	830,9	233,5	230,3	234,3	30,5
2007	712,1	184,1	174,2	186,8	28,4
2008	762,5	195,9	191,9	187,1	28,4
2009	798,4	205,1	210,2	200,8	28,4
2010	762,7	190,8	177,1	199,5	27,9
2011	712,4	156,5	149,5	160,0	25,3
2012	686,3	137,9	143,1	126,9	22,9
Média	870,6	252,1	247,3	252,5	32,2

Tabela 2 - Coeficientes de internações sensíveis à atenção primária à saúde de acordo com as faixas etárias e variação percentual entre os coeficientes no município de Sapucaia do Sul, Rio Grande do Sul, 1998 a 2012

	0 a 9 anos	10 a 19 anos	20 a 39 anos	40 a 59 anos	60 ou mais
1998	353,2	34,1	57,5	177,1	936,3
1999	367,0	48,6	85,5	252,8	1415,6
2000	354,4	59,3	117,3	273,7	1188,4
2001	358,0	61,2	96,3	275,3	1326,4
2002	248,0	56,3	98,8	286,7	1470,7
2003	304,1	48,6	99,1	277,2	1316,7
2004	297,1	45,5	94,3	266,5	1207,4
2005	241,9	39,1	84,2	246,1	1144,3
2006	225,2	34,7	75,4	196,1	919,6
2007	215,3	33,9	64,2	138,5	705,3
2008	273,3	35,6	49,8	163,3	689,8
2009	214,7	49,1	75,7	171,8	730,8
2010	214,1	28,9	63,7	144,8	709,5
2011	164,1	23,4	52,3	121,3	602,5
2012	189,3	16,7	41,4	106,3	527,8
% Var	-47,1	-72,7	-64,7	-63,0	-64,1

Gráfico 1 - Distribuição dos coeficientes de internações por todas as causas e coeficientes padronizados de internações por condições sensíveis à atenção primária no município de Sapucaia do Sul, Rio Grande do Sul, 1998 a 2012

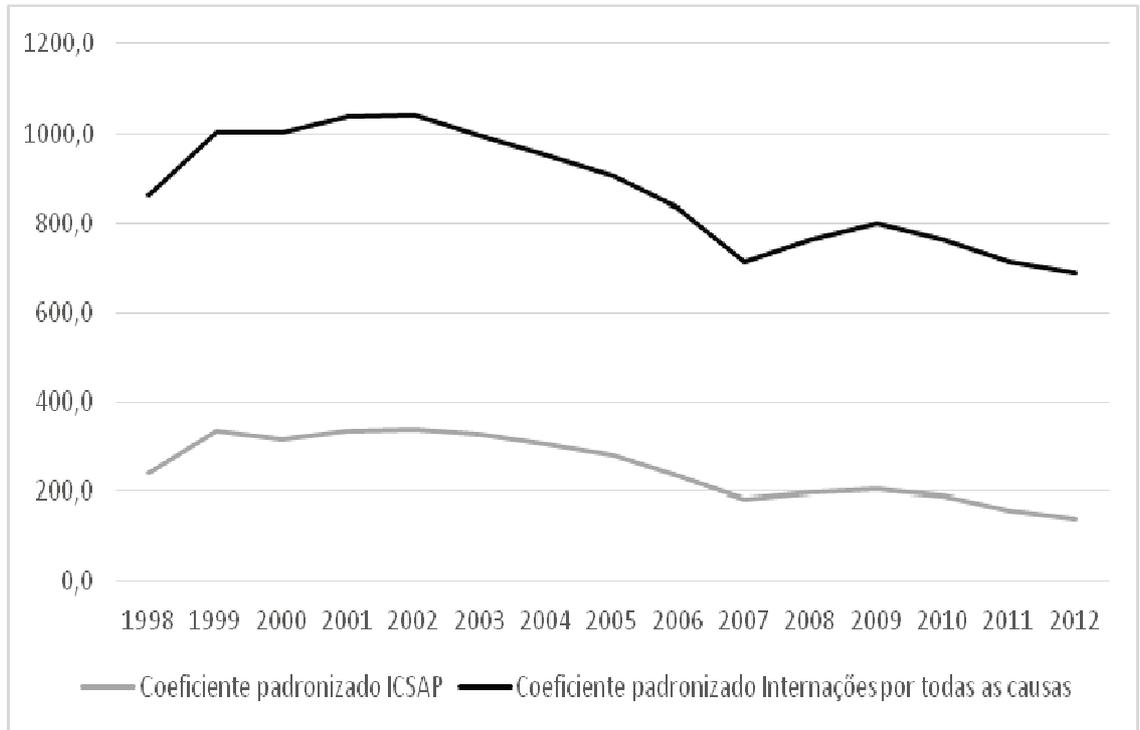


Gráfico 2 - Distribuição dos coeficientes padronizados de internações por condições sensíveis à atenção primária de acordo com as faixas etárias no município de Sapucaia do Sul, Rio Grande do Sul, 1998 a 2012

