

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA - DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

ALICIANA PAULO SOLEIMAN

**ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À
ATENÇÃO PRIMÁRIA, HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE E ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA NO ÂMBITO DE UMA REGIONAL DE SAÚDE**

**PORTO ALEGRE/RS
JUL/2013**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA - DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

ALICIANA PAULO SOLEIMAN

**ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À
ATENÇÃO PRIMÁRIA, HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE E ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA NO ÂMBITO DE UMA REGIONAL DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão do Curso de
Especialização apresentado como requisito
parcial para obtenção do Título de Especialista
em Saúde Pública da Universidade Federal do
Rio Grande do Sul - UFRGS.

Orientador: Prof. Ms. Roberto Umpierre.

**PORTO ALEGRE/RS
JUL/2013**

**ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À
ATENÇÃO PRIMÁRIA, HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE E ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA NO ÂMBITO DE UMA REGIONAL DE SAÚDE**

Este Trabalho de Conclusão de Curso de Pós-Graduação foi submetido ao processo de
avaliação pela Banca Examinadora para obtenção de aprovação

Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa
Coordenador do Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública/UFRGS

Banca Examinadora

Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa
Membro Efetivo/UFRGS

Prof. Dr. João Werner Falk
Membro Efetivo/UFRGS

Prof^a. Dr^a. Jacqueline Oliveira Silva
Membro Efetivo/UFRGS

Data de aprovação: _____

RESUMO

A assistência à saúde no Brasil tem apresentado dificuldades na efetividade da Atenção Primária, sobretudo em sua distribuição básica ofertada aos usuários, sendo possível questionar, desta forma, a resolutividade desta assistência. Baseado nisso, a Atenção Primária demonstra sua fragilidade quando ocorrem internações que deveriam ser evitadas através de ações oportunas e eficazes, mas que acabam por ser agravos à saúde, cuja morbidade e mortalidade poderiam ser reduzidas em sua totalidade ou em parte pela presença de serviços efetivos em um dado período histórico.

Quando a Atenção Primária não garante a eficácia da assistência, eleva a demanda dos níveis de média e alta complexidade, implicando em altos custos desnecessários. Essa demanda excessiva inclui um percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária - ICSAP, indicador que vem sendo utilizado para avaliar os serviços de saúde e a capacidade de resolução da gestão diante da Atenção Primária.

É nesse sentido que este trabalho vem analisar as relações dos coeficientes de internações por condições sensíveis à atenção primária, vista por local de residência, no âmbito da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, no período de 2008 a 2012. Questiona-se a presença dos hospitais de pequeno porte nos municípios de abrangência da 4ª CRS, baseado nos altos índices de ICSAP. Da mesma forma, observa-se a presença da Estratégia de Saúde da Família nessas mesmas localidades. Foi utilizado, para tal, uma pesquisa quantitativa, através do uso do instrumento estatístico coeficiente de correlação. A coleta de dados deu-se a partir das informações buscadas nos sistemas de informação do SUS disponíveis.

Conclui-se que a Atenção Primária, por meio da Estratégia Saúde da Família na região estudada, não consegue ter um impacto sobre as internações por condições sensíveis à atenção primária em municípios onde existe hospitais de pequeno porte e/ou considerados pequenos. De acordo com a análise dos resultados, o coeficiente de correlação entre ICSAP, cobertura ESF nos municípios que existe HPP foi de 0,57 e o resultado quando realizado nos municípios que não possuem HPP foi de -0,02, indicando desse modo que há uma menor taxa dessas internações nos municípios sem HPP.

A partir deste estudo, é de extrema relevância a busca pelas eventuais causas destes entraves na assistência à saúde primária e hospitalar.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; hospital; internação hospitalar; saúde pública.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição dos municípios por microrregiões e sua cobertura hospitalar	18
Quadro 2 - Gráfico absoluto das internações totais e ICSAP de 2008 a 2012.	22
Quadro 3 - Gráfico percentual por microrregiões de ICSAP nos anos estudados.....	23
Quadro 4 - Gráfico percentual da variação da cobertura ESF de 2008 a 2012	25
Quadro 5 - Gráfico percentual da taxa média de cobertura ESF nos anos estudados	25
Quadro 6 - Gráfico percentual da variação média de ICSAP nos municípios de 2008 a 2012.	26
Quadro 7 - Gráfico percentual da média de ICSAP nos municípios estudados	27
Quadro 8 - Gráfico percentual da correlação de médias entre abrangência de ESF e ICSAP nos municípios estudados de 2008 a 2012.	27

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica de Saúde
AC	Alta Complexidade
APS	Atenção Primária em Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAA	Ficha de Atendimento Ambulatorial
HPP	Hospital de Pequeno Porte
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
IDSUS	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
LOS	Lei Orgânica de Saúde
MC	Média Complexidade
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde UB- Unidade Básica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVOS	10
2.1 OBJETIVO GERAL.....	10
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
3 METODOLOGIA	11
3.1 LOCAL DO ESTUDO	11
3.2 CAMINHO METODOLÓGICO.....	11
4 REFERENCIAL TEÓRICO	13
4.1 NÍVEIS DE COMPLEXIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE.....	13
4.2 ATENÇÃO BÁSICA E OS PACTOS PELA SAÚDE	14
4.3 INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA	15
5 LEVANTAMENTO DOS DADOS	18
5.1 PLANILHA DO LEVANTAMENTO DA RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS <u>COM</u> HPP E A PORCENTAGEM DE ESF E ICSAP NOS RESPECTIVOS MUNICÍPIOS	19
5.2 PLANILHA DO LEVANTAMENTO DA RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS <u>SEM</u> HPP E A PORCENTAGEM DE ESF E ICSAP NOS RESPECTIVOS MUNICÍPIOS	20
6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	22
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS	30
ANEXOS A – MAPA DA 4ª CRS: MICROREGIÕES E MUNICÍPIOS EM 2012.....	32
ANEXO B – LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	33
APÊNDICE A – INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS EM CADA MICRORREGIÃO DA 4ª CRS	36

1 INTRODUÇÃO

Sabe-se que no Brasil o Ministério da Saúde decidiu usar o termo Atenção Básica como sinônimo de Atenção Primária em Saúde e esta atenção, como relata Starfield (2004), deve estar fortalecida e adequadamente estruturada, para só assim, tornar-se fundamental na organização dos sistemas de saúde. Nesse contexto, a utilização de processos avaliativos contribui para que gestores e profissionais adquiram conhecimentos necessários à tomada de decisão voltada ao atendimento das demandas e necessidades de saúde para ampliar a resolubilidade do sistema.

No que tange a AB, esta desenvolve ações de saúde que englobam a promoção, prevenção, diagnóstico e reabilitação. Estas ações são realizadas em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde, Coordenadorias de Saúde, Gestores de Saúde, equipe multiprofissional e participação popular. Assim, garante o atendimento das necessidades da sociedade, acesso facilitado, seguro e qualidade de vida (SÃO PAULO, 2005).

O atendimento para os usuários deve estar pautado nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, de universalidade, integralidade, equidade, participação social, hierarquização, ações intersetoriais, descentralização, estabelecidos pelas LOS 8.080 e 8.142 (BRASIL, 2002).

A integralidade é um dos princípios que se utiliza da intersetorialidade, interdisciplinariedade, da humanização dos serviços, criação de vínculo entre usuários/comunidade e a equipe de saúde. Os profissionais constroem ações que visam a qualificação do processo de trabalho, a partir da gerência e organização do serviço (SÃO PAULO, 2005).

As internações por condições sensíveis à atenção primária representam um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da atenção primária diminuiria o seu risco. Essas atividades, como a prevenção de doenças, o diagnóstico e o tratamento precoce de patologias agudas, o controle e acompanhamento de patologias crônicas, devem ter como consequência a redução das internações hospitalares por esses problemas.

A proporção de internações hospitalares consideradas evitáveis, a partir de uma assistência oportuna e adequada na atenção primária, representa um importante marcador de resultado da qualidade dos cuidados de saúde nesse nível de atenção (MÁRQUEZ et al. 2003).

Uma pesquisa realizada em 2006, mostra de forma mais compreensiva, de como um levantamento dessas internações é necessário no atual contexto de saúde em que o Brasil se insere. No ano citado, as internações por condições sensíveis à atenção primária foram responsáveis por 2.794.444 entre as 9.812.103 internações pelo SUS, correspondendo a 28,5% do total de hospitalizações, excluindo-se partos. A taxa de hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária foi igual a 149,6 por 10 mil habitantes (ALFRADIQUE et al., 2009).

Desse modo, altas taxas de internações por essas condições em uma população podem indicar sérios problemas de acesso ao sistema de saúde ou de seu desempenho. Esse excesso de hospitalizações representa um sinal de alerta, que pode acionar a busca de explicações para a sua ocorrência.

Justifica-se esse trabalho por haver necessidade de um levantamento das internações por condições sensíveis à atenção primária por local de residência nos municípios que abrangem a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, averiguar a resolutividade da atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família, bem como, a existência de hospitais de pequeno porte nesses municípios identificados. Relacionando esses três levantamentos, verificar-se-á o impacto da assistência à saúde na série histórica de 2008 a 2012.

Foram coletados junto à 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, os índices de causas sensíveis à atenção primária nas microrregiões que a abrangem. A 4ª Coordenadoria situa-se na região central do Rio Grande do Sul, na cidade de Santa Maria. Sua estrutura organizacional se dá por abranger 6 microrregiões, constituindo um total de 31 municípios (ANEXO1)¹.

Suas atribuições são coordenar, controlar e avaliar a implementação do SUS em sua jurisdição; Implementar a Política Estadual de Saúde na sua região sanitária; Subsidiar o nível central da Secretária Estadual de Saúde na formulação de programas/projetos e atividades em sua região; campo de prática para formação e qualificação de profissionais da Saúde para o SUS; Manutenção de serviços de coleta de dados estatísticos responsáveis pela informação em saúde; Assessoria técnica aos municípios na implantação e implementação das ações e serviços de saúde quer seja nos aspectos técnicos, como de Planejamento e Ações em Saúde, visando à adequação destes serviços de saúde aos princípios do SUS; Promover conjuntamente com os municípios, ações de Vigilância em Saúde, oferecendo o suporte

¹ Conforme resolução da CIB nº 555, de 19 de dezembro de 2012, foi inserido o município de Itacurubi a essa regional, perfazendo o total de 32 municípios em 2013 e mudando o contexto de microrregiões para duas grandes regiões: Entre Rios e Verdes Campos, este último conforme Decreto 7.508, de 16 de outubro de 2012.

técnico necessário; Promover e assessorar os Sistemas Municipais no tocante ao exercício pleno do controle social e a participação no Conselho Regional de Saúde.

Assim, a valorização da Atenção Básica está presente em todas as esferas de atenção à saúde, e requer maior atenção, zelo e entendimento por parte de seus gestores e atores que vivenciam o cotidiano do cuidado.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar o coeficiente de internações por condições sensíveis à atenção primária no âmbito da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde no período de 2008 a 2012.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os municípios com maior índice de ICSAP na 4ª CRS no período.
- Associar as ICSAP com a cobertura da Estratégia Saúde da Família nos municípios identificados e que possuam HPP.
- Relacionar as ICSAP com a existência dos hospitais de pequeno porte no cenário da atenção à saúde nos municípios identificados.

3 METODOLOGIA

3.1 LOCAL DO ESTUDO

Esse trabalho foi realizado na 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, localizada na Rua André Marques, nº 675, que presta assessoria aos municípios que fazem parte da regional de Santa Maria, o horário de funcionamento se dá das 8h às 18h de segunda-feira à sexta-feira. A equipe de trabalho abrange profissionais de nível médio e superior, compondo uma equipe multiprofissional.

Sua abrangência engloba os 31 municípios que compreendem o seu território. São eles: Agudo, Cacequi, Capão do Cipó, Dilermando de Aguiar, Dona Francisca, Faxinal do Soturno, Formigueiro, Itaara, Ivorá, Jaguarí, Jari, Julio de Castilhos, Mata, Nova Esperança do Sul, Nova Palma, Paraíso do Sul, Pinhal Grande, Quevedos, Restinga Seca, Santa Maria, Santiago, São Francisco de Assis, São João do Polêsine, São Martinho da Serra, São Pedro do Sul, São Sepé, São Vicente do Sul, Silveira Martins, Toropi, Unistalda e Vila Nova do Sul.

A estrutura consiste em núcleo regional administrativo; núcleo regional de planejamento e regulação; núcleo regional de ações em saúde; núcleo regional de vigilância em saúde; núcleo regional de educação e saúde coletiva; comissão de integração ensino-serviço; assistência farmacêutica/judiciais; auditoria médica; laboratório de saúde pública e grupo de monitoramento e avaliação.

3.2 CAMINHO METODOLÓGICO

O estudo foi desenvolvido por meio de uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa, utilizando a metodologia de Gil (2002).

Segundo mesmo autor, a pesquisa quantitativa busca traduzir em números opiniões e informações para classificá-los e analisá-los. Sendo assim, foi realizado um levantamento histórico dos últimos cinco anos, de 2008 a 2012. As informações foram buscadas nos sistemas de informação disponíveis: O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e o Departamento de Atenção Básica (DAB) para colher dados dos indicadores da atenção básica, como equipes credenciadas na estratégia saúde da família e sua cobertura. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para os dados demográficos. O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para verificar os Hospitais contratualizados

com o Estado como HPP e o TABWIN como aporte para cruzar as informações das internações totais com as ICSAP. Este último é um instrumento simples e rápido para realizar tabulações com os dados provenientes dos sistemas de informações do SUS, desenvolvido pelo DATASUS, para obtenção de informações de forma diferenciada, para cada assunto a ser analisado, de manipular dados a fim de gerar os cruzamentos de informações necessários, para avaliar, com eficácia, a situação de saúde do território avaliado.

Suas variáveis foram então, internações por local de residência, internações por CSAP e população residente nos anos estudados. O cálculo constituiu em coeficiente total = número de internações / população x 10.000 descobrindo a porcentagem das ICSAP. Logo, para avaliar a ESF, calculou-se a cobertura da mesma por equipe x população residente. Foram arrolados para a amostra os municípios que possuem hospitais de pequeno porte e hospitais considerados pequenos, mas que ainda não foram contratualizados com o Estado.

Os dados levantados foram colocados numa tabela no programa excel em quatro colunas: ano, município, taxa de ICSAP e cobertura da ESF e realizadas as análises necessárias para responder às questões da pesquisa.

Por último utilizou-se da estatística descritiva com variáveis quantitativas, sendo como medidas de tendência central, a média e mediana. Como medidas de dispersão, o desvio padrão, erro padrão e variância da amostra. E como representação gráfica para uma variável quantitativa, foi empregado gráfico de coluna e de linha, mostrando assim a correlação entre os dados levantados.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 NÍVEIS DE COMPLEXIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE

Conforme a resolução CIPLAN n° 03/81 entende-se como sistema de serviços básicos de saúde, o que supre às necessidades de uma população, proporcionada de forma contínua, em lugares geograficamente acessíveis e que garanta o acesso da população aos diferentes níveis de atendimento do sistema de serviços de saúde (BRASIL, 1987).

Segundo a mesma resolução, os níveis de complexidade são limites utilizados para hierarquizar os estabelecimentos do sistema de prestação de serviços de saúde segundo as características das atividades prestadas, a profundidade de especialização das mesmas e a frequência em que ocorrem.

O *nível primário* é caracterizado por atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde no nível ambulatorial, agrupando atividades de saúde, saneamento e apoio diagnóstico (ex.: postos e centros de saúde).

O *nível secundário* destina-se a desenvolver atividades assistenciais nas quatro especialidades médicas básicas: clínica médica, gineco-obstetrícia, pediatria e clínica cirúrgica, além de especialidades estratégicas, nas modalidades de atenção ambulatorial, internação, urgência e reabilitação (ex.: unidades mistas, ambulatórios gerais, hospitais locais e hospitais regionais).

O *nível terciário* caracteriza-se pela maior capacidade resolutiva de casos mais complexos do sistema, nas modalidades de atendimento ambulatorial, internação e urgência (ex: ambulatórios de especialidades, hospitais especializados e hospitais de especialidades) (BRASIL, 1987).

Baseado nessas complexidades, no processo de implantação do SUS, foi introduzida nova terminologia para esses níveis de atenção, assumida, efetivamente, a partir da edição da NOAS SUS 01/2002. Partindo da mesma concepção hierárquica de sistemas de saúde, essa norma estabelece a regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde, considerando então: atenção básica (AB), média complexidade (MC) e alta complexidade (AC).

Vale ressaltar que a partir desse contexto, o Ministério da Saúde conceituou média complexidade como o conjunto de “ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de

profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e terapêutico" (BRASIL/MS, 2002).

Assim, o *sistema de referência e contra-referência* constitui-se na articulação entre as unidades acima mencionadas, sendo que por *referência* compreende-se o trânsito do nível menor para o de maior complexidade. Inversamente, a *contra-referência* compreende o trânsito do nível de maior para o de menor complexidade (WITT, 1992).

4.2 ATENÇÃO BÁSICA E OS PACTOS PELA SAÚDE

A atenção básica tem por objetivo promover ações no âmbito individual e coletivo viabilizando a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde.

Desde o estabelecimento da meta “Saúde para Todos no Ano 2000, em 1978, em Alma-Ata, o Brasil implantou o Sistema de Saúde (SUS), universalizou o acesso aos serviços e definiu a Atenção Básica à Saúde (ABS) como porta de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle social da gestão. Orientam a ABS para a promoção a saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (SCOREL et al. 2007).

No que concerne a operacionalização da Atenção Básica, ocorre a adesão às Políticas Públicas de Saúde e o estabelecimento de ações pela gestão municipal cujo objetivo, é adequar à realidade local. Desta forma surgem: política municipal saúde da criança, política municipal do adolescente, política municipal de alimentação e nutrição, política municipal hipertensão arterial e diabetes mellitus, política municipal HIV/AIDS, política municipal de imunizações, política municipal de epidemiologia e política municipal saúde da mulher (BRASIL, 2003).

Conforme a Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011, a Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS. Desse modo, municípios e o Distrito Federal deverão implantar ou expandir ESF em todo o território a ser coberto, com estimativa da população residente, definindo o número de equipes que deverão atuar, mapeando as áreas e micro áreas assistidas por essas equipes.

Existem várias características que podem determinar o uso inadequado dos serviços de saúde, como características sócio demográficas da população, padrões de utilização dos serviços, atitudes em face do tratamento, variações na prevalência de doenças na população, inexistência de rede de proteção social, barreiras de acesso, dotação de recursos insuficiente, incapacidade organizativa para gerenciar processos, manejo clínico inadequado, facilidade de

acesso à atenção especializada e hospitalar e baixa ou nula coordenação do primeiro nível assistencial.

A avaliação de políticas e programas é essencial em saúde pública, contribuindo para os esforços em busca de uma sociedade mais saudável e prevenindo o desperdício de recursos com a implementação de programas ineficazes (ESCOREL et al. 2007).

4.3 INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA

Iniciou-se os estudos sobre as ICSAP nos Estados Unidos na década de 90 e posteriormente em outros países da América do Norte e Europa, onde realizavam investigações sobre os indicadores das atividades hospitalares como medida da efetividade da atenção primária à saúde. Um desses indicadores, denominado ambulatory care sensitive conditions, foi desenvolvido por Billings et al (1993) como conceito de mortes evitáveis (CAMINAL, 2004).

Aqui no Brasil, surge após alguns anos como condições sensíveis à atenção primária, representando um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da atenção primária diminuiria o risco de internações. Essas atividades, como a prevenção de doenças, o diagnóstico e o tratamento precoce de patologias agudas, o controle e acompanhamento de patologias crônicas, devem ter como consequência a redução das internações hospitalares por esses problemas (CAMINAL, 2004).

Relembrando o que salienta Carvalho et al. (2006), que o Sistema Único de Saúde, implica em coordenar, articular, negociar, planejar, acompanhar, controlar, avaliar e auditar o sistema de saúde em nível municipal, estadual e federal, sendo assim, esta gestão é regulamentada pelas Normas Operacionais (NOB-SUS 91, 93 e 96; NOAS 01, reeditada em 2002), que são instrumentos jurídico-institucionais e foram formulados com o intuito de implementar o SUS.

E que segundo estes princípios doutrinários do SUS sabe-se que além da equidade e da integralidade tem-se a hierarquização, organização do sistema que se observa a pirâmide organizacional, dividindo-a por alta complexidade, os hospitais (cirurgias cardíacas, por exemplo), média complexidade (clínicas, laboratórios) e atenção básica (UB, PSF). Por essas normas e princípios é que podemos definir que a APS relaciona-se a um conjunto de diagnósticos cujas internações poderiam ser evitadas diante de um cuidado primário apropriado e acessível, afirma Macinko (2007).

A análise das hospitalizações por essas condições, a partir da APS realizada é que revela-se em que medida essa assistência provida pelos municípios que fazem parte da região estudada tem cumprido com seus propósitos, no que tange a organização da demanda para a atenção do sistema.

Conforme o artigo 1º da Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008, na qual menciona a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ANEXO 2), em seu parágrafo único, traz a relação de doenças consideradas como Condições Sensíveis à Atenção Primária. Estas estão listadas por grupos de causas de internações e diagnósticos, de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Portanto, com esse documento podemos identificar e comparar as internações ocorridas nos hospitais.

Ainda conforme tal Portaria, no seu Art. 2º define a lista como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal.

Em se tratando da Política Nacional para os hospitais de pequeno porte, a Portaria 1044/GM de 01 junho de 2004, no seu Art. 2º estabelece que os HPPs devem estar localizados em municípios ou microrregiões com até 30.000 habitantes; possuir entre 5 a 30 leitos de internação cadastrados no CNES; e estarem localizados em municípios que apresentam cobertura da Estratégia de Saúde da Família igual ou superior a 70%. (BRASIL, 2004).

Baseado nisso é que se deve analisar a situação dos municípios envolvidos no estudo, enfatizando o seu Art. 5º que define a oferta quantitativa de leitos dos HPP que será ajustada tomando como parâmetro: a necessidade de internações de baixa e média complexidade, estimada em 5% da população da área de abrangência/ano; taxa de ocupação de 80%; e média de permanência de 4 dias.

Destarte, um HPP que receba por produção, poderia ser mais um motivo pela quantidade excessiva de internações e atendimentos ambulatoriais que poderiam ser sanadas/atendidas na rede básica. Isso acaba provocando desperdícios ao hospital, pois ocupa mão de obra, material que não é reembolsado e que não geram FAA.

Diante desse fato, há a possibilidade de um HPP rever a forma de pagamento do prestador, conforme exposto na mesma Portaria dos HPP, no seu Art. 10º, alterando para valor global, que se for aceito, este método fornecerá um valor X independente do número de internações e atendimentos ambulatoriais (BRASIL,2004), ou seja, quanto menos internações e/ou atendimentos, mais verba sobra para o hospital comprar materiais, capacitar seus funcionários, bem como elevar a qualidade no atendimento aos usuários assistidos.

Outra maneira de por em prática a equidade, um dos princípios doutrinários do nosso Sistema de Saúde e que melhoraria o acesso ao usuário e conseqüentemente “desafogaria” o gargalo da média complexidade na região, seria fazer com que HPP tornem-se referência em algumas cirurgias ou atendimentos por especialidade. Assim, inúmeros procedimentos que excederiam o tempo de espera para serem realizados no hospital de referência da Região seriam realizados nesses HPP por agendamento regional.

5 LEVANTAMENTO DOS DADOS

Quadro 1 - Distribuição dos municípios por microrregiões e sua cobertura hospitalar

Microrregiões	Municípios	Hospital
Santiago	06, sendo eles: Capão do Cipó Jaguarí Nova Esperança do Sul Santiago São Francisco de Assis Unistalda	Não possui Hosp. Soc. Educação e Caridade Não possui Hospital de Caridade Santiago Hospital Santo Antônio Não possui
São Vicente do Sul	03, sendo eles: Cacequi Mata São Vicente do Sul	Instituto de Saúde e Ed. Vida Hospital da Mata Hosp. Municipal São Vicente do Sul
São Pedro do Sul	05, sendo eles: Dilermando de Aguiar Jarí Quevedos São Pedro do Sul Toropi	Não possui Não possui Não possui Hosp. Municipal São Pedro do Sul Não possui
Santa Maria	04, sendo eles: Itaara Júlio de Castilhos Santa Maria São Martinho da Serra	Não possui Hospital Bernardina Salles Barros HUSM (referência macrorregional 4ª CRS e 10ª CRS) Hospital Municipal Casa de Saúde Hospital de Caridade Alcides Brum Não possui
Quarta Colônia	09, sendo eles: Agudo Dona Francisca Faxinal do Soturno Ivorá Nova Palma Paraíso do Sul Pinhal Grande São João do Polêsine Silveira Marins	Associação Hospital Agudo Não possui Hospital de Caridade São Roque Sociedade Hosp. Nossa Srª da Saúde Assoc. Hospital Nossa Srª da Piedade Hospital Paraíso Casa de Saúde São José Centro Mun. de Saúde Dr. Roberto Binato Hospital Madre Imilda
São Sepé	04, sendo eles: Formigueiro Restinga Seca São Sepé Vila Nova do Sul	Hospital Municipal Pedro Calil Hospital de Caridade São Francisco Assoc. Beneficiente Hosp. Stº Antônio Não possui

5.1 PLANILHA DO LEVANTAMENTO DA RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS COM HPP E A PORCENTAGEM DE ESF E ICSAP NOS RESPECTIVOS MUNICÍPIOS

Ano 2008

MUNICÍPIOS C/ HOSPITAIS PP	% ESF	% ICSAP
Mata	39,4	48,7
São Vicente do Sul	*	29,7
Ivorá	100	34,1
Paraíso do Sul	100	38,9
Pinhal Grande	96	57,8
São João do Polêsine	97,6	35,5
Silveira Martins	NP	11,6
Formigueiro	NP	30,1

Ano 2009

MUNICÍPIOS C/ HOSPITAIS PP	% ESF	% ICSAP
Mata	4,9	47,1
São Vicente do Sul	*	30,2
Ivorá	100	41,3
Paraíso do Sul	*	27,6
Pinhal Grande	94,4	59,9
São João do Polêsine	97,1	36,4
Silveira Martins	NP	13,4
Formigueiro	NP	18,3

Ano 2010

MUNICÍPIOS C/ HOSPITAIS PP	% ESF	% ICSAP
Mata	2,6	41,3
São Vicente do Sul	*	36,8
Ivorá	100	35,5
Paraíso do Sul	*	21,7
Pinhal Grande	96,6	47,9
São João do Polêsine	100	30,9
Silveira Martins	NP	5,7
Formigueiro	NP	24,8

Ano 2011

MUNICÍPIOS C/ HOSPITAIS PP	% ESF	% ICSAP
Mata	75,9	42,2
São Vicente do Sul	23,4	35,7
Ivorá	100	42
Paraíso do Sul	*	30
Pinhal Grande	93,6	38,3
São João do Polêsine	100	28
Silveira Martins	NP	6,4
Formigueiro	NP	24,9

Ano 2012		
MUNICÍPIOS C/ HOSPITAIS PP	% ESF	% ICSAP
Mata	78,1	34,7
São Vicente do Sul	40,9	29,1
Ivorá	100	38,9
Paraíso do Sul	*	28,4
Pinhal Grande	94,8	39,3
São João do Polêsine	100	23
Silveira Martins	NP	6,9
Formigueiro	NP	14,9

* Não apresenta dados nos sistemas de informação disponíveis nos referidos anos.
NP: Não possui ESF no município.

O município de Mata nos anos de 2009 e 2010 em relação à porcentagem de cobertura ESF está abaixo da relatada no ano posterior, porém é o que foi inserido no sistema de informação disponível nestes respectivos anos.

5.2 PLANILHA DO LEVANTAMENTO DA RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS SEM HPP E A PORCENTAGEM DE ESF E ICSAP NOS RESPECTIVOS MUNICÍPIOS

Ano 2008		
MUNICÍPIOS S/ HOSPITAIS	%ESF	% ICSAP
Capão do Cipó	90,1	28,1
Nova Esperança do Sul	100	23,6
Unistalda	100	25,3
Dilermando de Aguiar	100	17,4
Jarí	97	35,4
Quevedos	95,7	18
Toropi	96,7	21,9
Itaara	NP	9,2
São Martinho da Serra	96,6	8,4
Dona Francisca	70,3	25,7
Vila Nova do Sul	NP	36,7

Ano 2009		
MUNICÍPIOS S/ HOSPITAIS	% ESF	% ICSAP
Capão do Cipó	89,2	30,7
Nova Esperança do Sul	100	25,2
Unistalda	100	26
Dilermando de Aguiar	97,8	23,3
Jarí	*	31,4
Quevedos	95,8	18,3

Toropi	94,7	20,8
Itaara	NP	10,1
São Martinho da Serra	86,6	10,6
Dona Francisca	90,8	17
Vila Nova do Sul	NP	26,4

Ano 2010

MUNICÍPIOS S/ HOSPITAIS	% ESF	% ICSAP
Capão do Cipó	100	25,8
Nova Esperança do Sul	100	21,5
Unistalda	90,2	21,9
Dilermando de Aguiar	*	16,5
Jarí	*	29,6
Quevedos	98	16,1
Toropi	100	25,2
Itaara	NP	10
São Martinho da Serra	82,8	12
Dona Francisca	99,3	17
Vila Nova do Sul	NP	22,8

Ano 2011

MUNICÍPIOS S/ HOSPITAIS	% ESF	% ICSAP
Capão do Cipó	99,1	29,2
Nova Esperança do Sul	100	22,7
Unistalda	91	28,6
Dilermando de Aguiar	*	20,8
Jarí	*	35,6
Quevedos	98,6	11,7
Toropi	98	20
Itaara	NP	13,2
São Martinho da Serra	91,1	19
Dona Francisca	98,2	24,5
Vila Nova do Sul	NP	25,4

Ano 2012

MUNICÍPIOS S/ HOSPITAIS	% ESF	% ICSAP
Capão do Cipó	90,7	23,9
Nova Esperança do Sul	100	28,6
Unistalda	84,2	24,6
Dilermando de Aguiar	*	14,4
Jarí	*	36,3
Quevedos	96,6	20,6
Toropi	97,8	16,5
Itaara	*	9
São Martinho da Serra	91,6	15,9
Dona Francisca	99,4	19,9
Vila Nova do Sul	NP	27,8

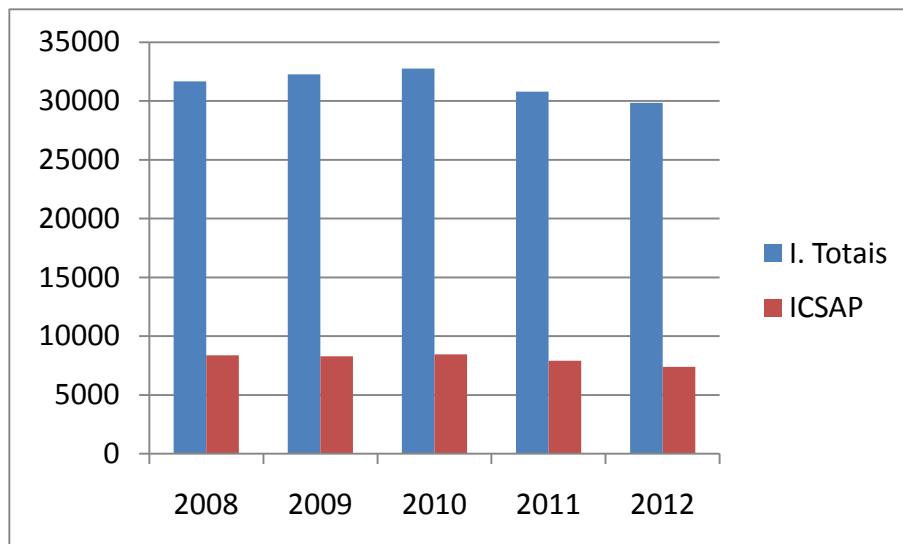
* Não apresenta dados nos sistemas de informação disponíveis nos referidos anos.
NP: Não possui ESF no município.

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Conforme dados relativos dos anos estudados (APÊNDICE A) as internações ocorridas na 4ª CRS somam o total de: em 2008 foram 31.672, em 2009 ocorreram 32.270, no ano de 2010 o total foi de 32.755, em 2011 foram 30.793 e no ano de 2012 ocorreram 29.849.

Em relação ao **percentual de ICSAP** no ano de 2008 foi 8.359 (26,4%), em 2009, 8.280 (25,6%), em 2010 sobe para 8.443 (25,8%), em 2011, 7.912 (25,7%) e 2012 7.400 (24,8%) internações. De acordo com o IDSUS, o parâmetro nacional brasileiro de ICSAP está em 28,6%.

Quadro 2 - Gráfico absoluto das internações totais e ICSAP de 2008 a 2012.



Observa-se que o índice de internações gerais varia pouco nos anos estudados, porém as ICSAP vêm mantendo-se no decorrer dos últimos anos, o fato das internações estarem mantendo esses parâmetros não se justifica, visto que vivenciamos inúmeras tentativas do Estado para o fortalecimento da rede de atenção básica.

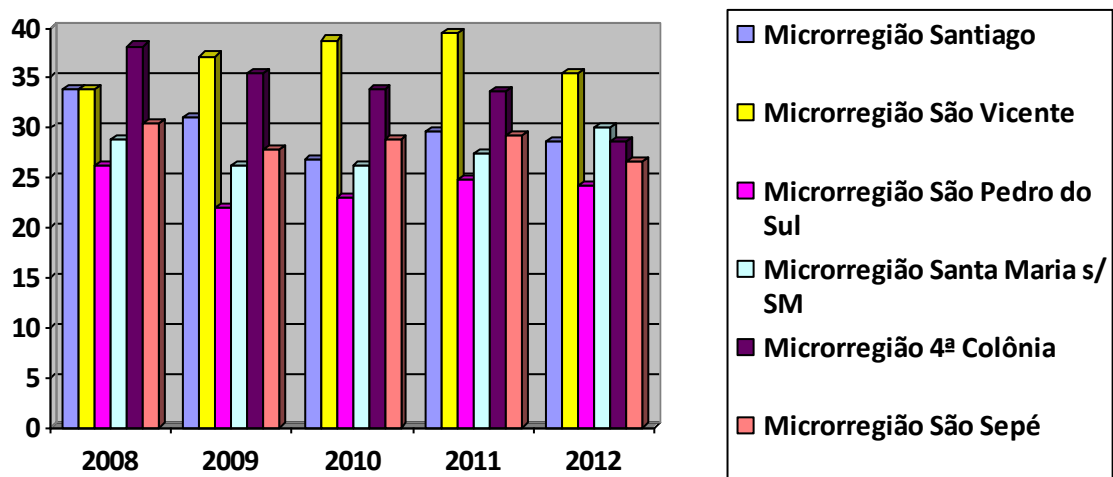
Embora muitos dos municípios estudados, no total de 56% possuam ESF, verifica-se que por algum motivo a resolutividade da atenção básica deixa a desejar ocasionando superlotação nos hospitais de referência e excesso de gasto público nas internações que poderiam ser tratadas nas unidades básicas nos referidos municípios.

Analisando sob esta ótica, observa-se que em 2008 o coeficiente de internações totais na região que abrange a 4ª Coordenadoria é de 573/10000 e por CSAP é de 151/10000, isso sugere que, de cada quatro pessoas que internam nos hospitais de abrangência da 4ª

Coordenadoria, uma pessoa interna por CSAP. Fazendo esse mesmo cálculo cinco anos depois, em 2012, o coeficiente de internações totais é de 554/10000 e por CSAP é de 137/10000, ou seja, diminui o número efetivo das internações, mas mantém o fato de que de cada 4 pessoas internadas, uma ainda seja por causas sensíveis à atenção primária.

Na microrregião de Santa Maria foram realizados dois tipos de cálculos, um considerando a população de Santa Maria e o outro a excluindo, pois a sua população equivale a 50% do total da regional, desse modo poderia mascarar resultados.

Quadro 3 - Gráfico percentual por microrregiões de ICSAP nos anos estudados.



Com base nos dados expostos no gráfico acima, constata-se que a microrregião de São Vicente apresenta um dos maiores índices de ICSAP, além disso, ocorre um aumento gradativo de suas internações no decorrer dos últimos cinco anos.

Em se tratando de serviços disponíveis na microrregião citada, a ESF se faz presente em mais de 70% nos três municípios que a configura. Cabe ressaltar que Mata, São Vicente do Sul e Cacequi possuem hospitais, porém a demanda para atendimento na rede básica é frágil se compararmos o total das internações, tornando o atendimento muito centrado na média complexidade.

Por esses motivos, desdobrando a microrregião de São Vicente do Sul, apenas Mata e São Vicente do Sul possuem hospitais pequenos, ainda não contratualizados como HPP. O Hospital de Cacequi não se enquadra nessa pesquisa por possui leitos acima do que estabelece a Portaria dos HPP.

Por outro viés, considera-se também outras microrregiões que pelo gráfico acima estão diminuindo e/ou mantendo o índice de suas internações, porém como o estudo é de

abrangência regional foi considerado o estudo ampliado de todos municípios que contenham hospitais de pequeno porte ou considerados pequenos e que ainda não tenham realizado contratualização com o Estado a fim de tornarem-se HPP.

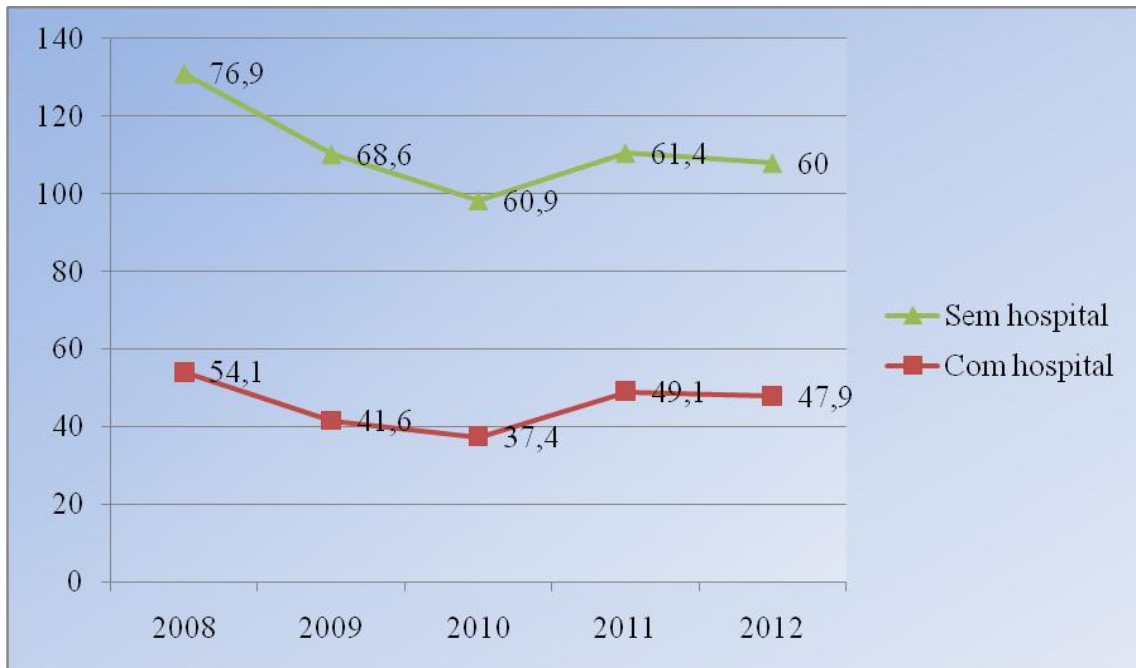
Desse modo, dos 22 hospitais que abrangem a 4ª CRS, conforme exposto, apenas 4 são contratualizados HPP. São eles os hospitais de: Ivorá, Pinhal Grande, São João do Polêsine e Silveira Martins. E que fazem parte da microrregião da 4ª Colônia.

Dentre os Hospitais que se configuram Hospitais pequenos estão os hospitais de: Paraíso do Sul (que faz parte da 4ª Colônia), Formigueiro (Microrregião de São Sepé), e conforme citado anteriormente, Mata e São Vicente do Sul (Microrregião de São Vicente do Sul). Os demais são hospitais de médio e grande porte, por esse motivo são excluídos do estudo.

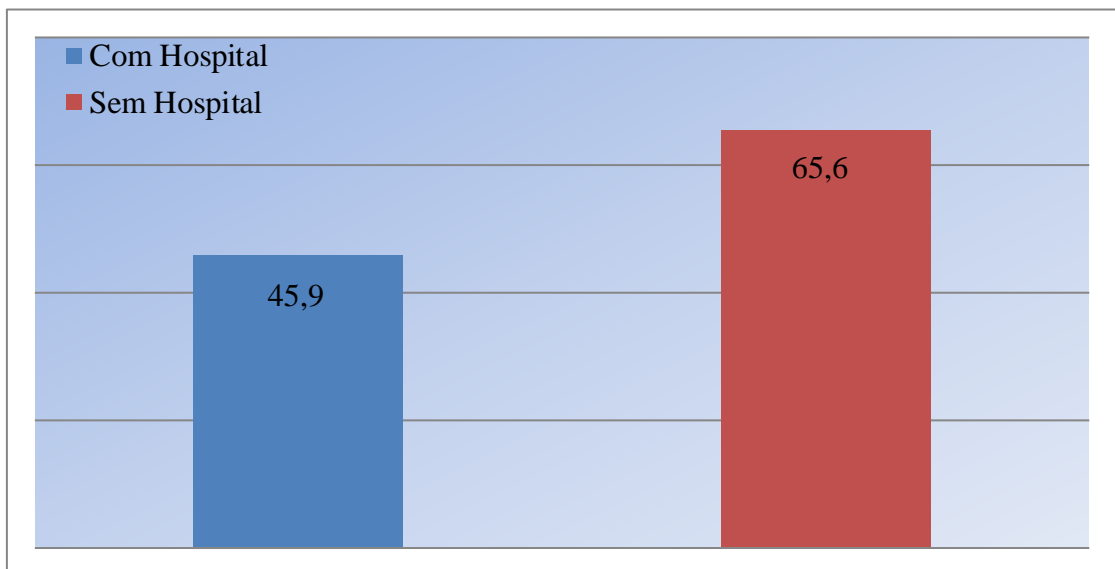
Em **Mata** a cobertura abrange um total de 100% ESF. **São Vicente do Sul** compreende um total de 41% de cobertura ESF.

O município de **Ivorá** está coberto por 100% ESF, **Paraíso do Sul** não possui ESF, **Pinhal Grande** cobre 100% de ESF, **São João do Polêsine** abrange também 100% de cobertura ESF, já **Silveira Martins** não possui ESF. O município de **Formigueiro** não possui ESF.

Em se tratando da relação da cobertura ESF nos municípios com e sem HPP, a cobertura ESF tem se mantido na mesma variação, tanto nos municípios com hospital quanto nos municípios sem hospital. Sendo maior essa variação nos municípios que não possuem hospitais.

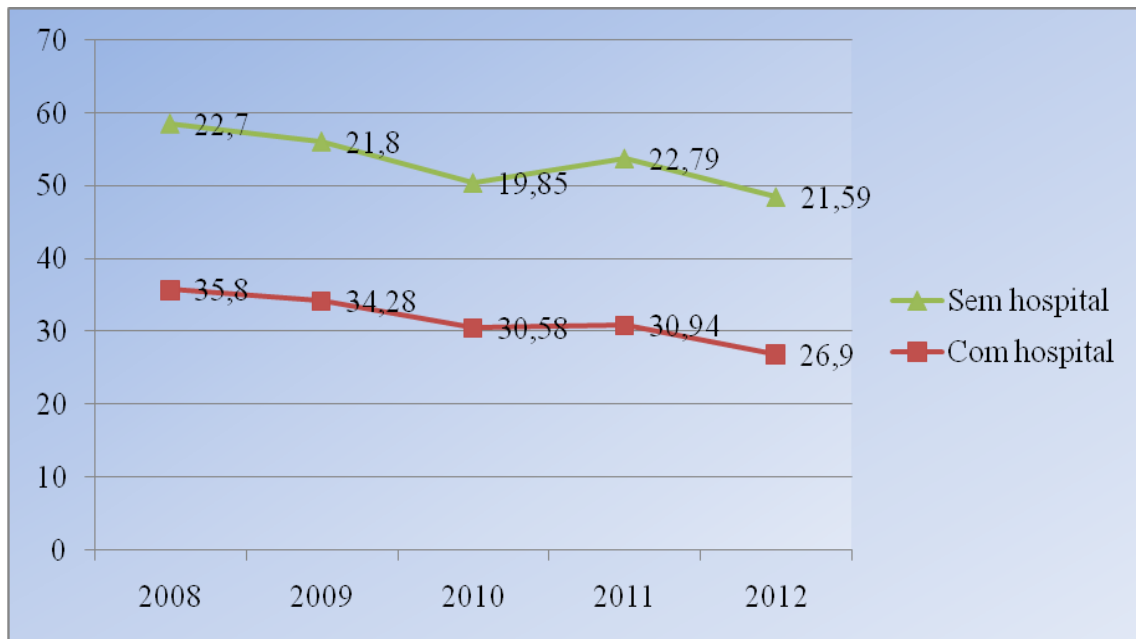
Quadro 4 - Gráfico percentual da variação da cobertura ESF de 2008 a 2012

Um dos motivos disso estar ocorrendo, talvez seja por alguns municípios possuírem um menor número de habitantes (em alguns casos pouco mais de 2.000 hab.) assim, uma equipe ESF cobriria 100% desta população. Nota-se uma diminuição no decorrer dos anos de cobertura ESF nos municípios sem hospital. Como alguns munícipes não estão atualizando o sistema de informações (SIAB, DAB), poderia ser esse o fato desta queda nos índices de cobertura.

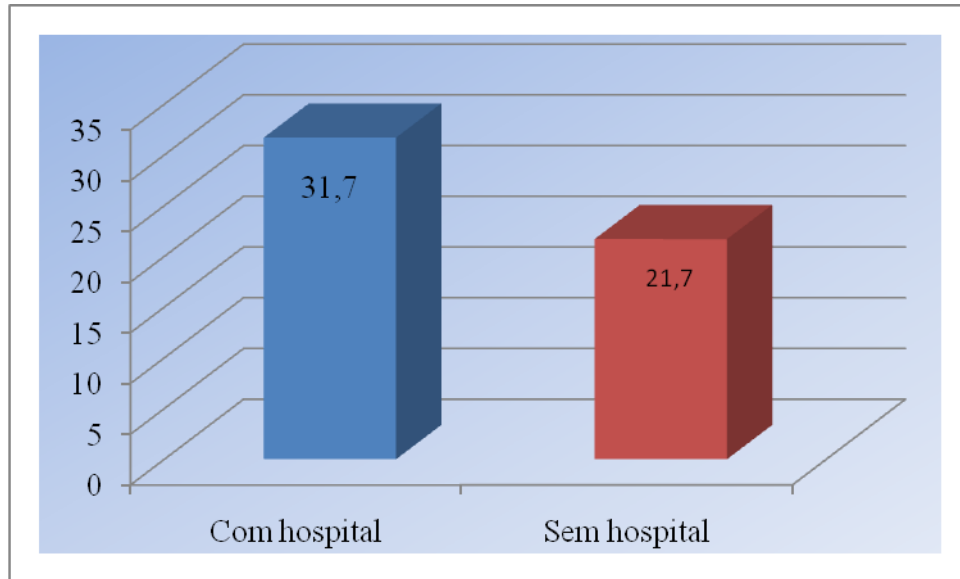
Quadro 5 - Gráfico percentual da taxa média de cobertura ESF nos anos estudados

Em se tratando da relação das ICSAP nos municípios com e sem HPP, devemos levar em conta que muitos dos municípios são pequenos e com hospitais que recebem por produção, assim, instigar os gestores a rever sua forma de contrato, seja uma das alternativas mais relevantes no momento. Pois nota-se conforme gráficos a seguir, que o índice dessas internações estão relativamente elevados se comparados aos municípios sem a presença de hospitais.

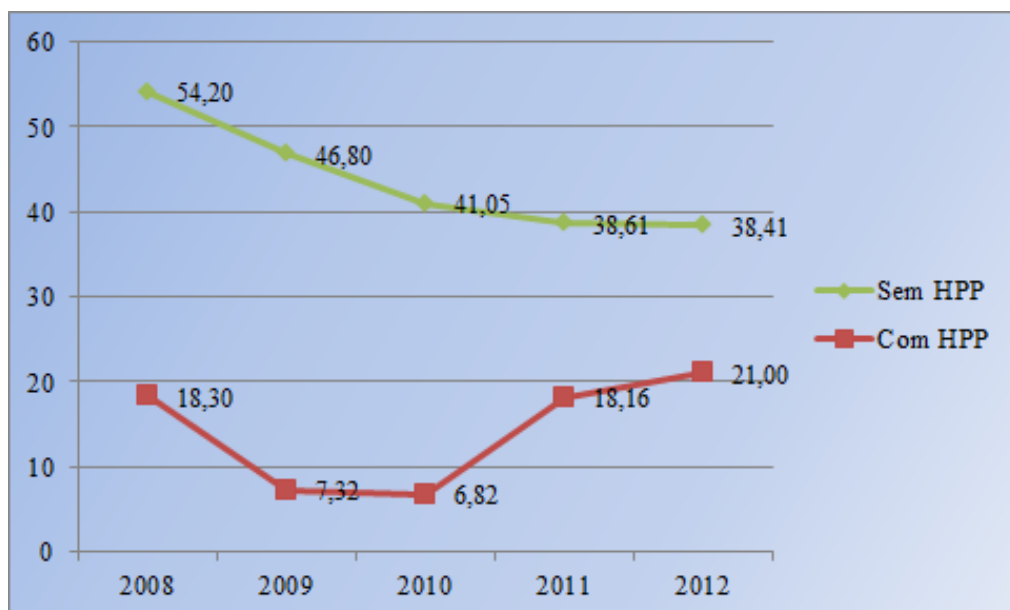
Quadro 6 - Gráfico percentual da variação média de ICSAP nos municípios de 2008 a 2012.



A variação média da taxa de ICSAP tem sido semelhante nos municípios com e sem HPP, mostrando uma tendência de diminuição dessas internações em ambas as situações conforme gráfico acima.

Quadro 7 - Gráfico percentual da média de ICSAP nos municípios estudados

Dessa maneira é notório que se deve levar em conta a presença de hospitais de pequeno porte neste cenário de atenção à saúde, em que seu uso se torna mais frequente em relação às ICSAP. Reforça a ideia de que este impacto possa se associar com um desempenho frágil da ESF nesses locais.

Quadro 8 - Gráfico percentual da correlação de médias entre abrangência de ESF e ICSAP nos municípios estudados de 2008 a 2012.

Os dados do gráfico representam a relação entre a abrangência da Estratégia de Saúde da Família e o número de internação por causas sensíveis à atenção primária. O

aumento dos valores indicados pelo gráfico, obtidos por meio da comparação estatística de médias, significa o aumento das ICSAP, bem como a diminuição da abrangência do programa ESF nas regiões deste estudo, esse último ocasionou essa diferença pelo possível fato de que o município de Mata inseriu com déficit a sua cobertura ESF nos anos de 2009 e 2010 no sistema de informação.

Em uma situação ideal, o comportamento esperado seria a diminuição dos índices, seja pela maior abrangência do ESF, ou pelo menor número de ICSAP, mas esse não é a tendência que se apresenta de maneira significativa nos dados coletados neste estudo.

Baseado nisso, analisou-se também através da utilização do coeficiente de correlação, visando evidenciar se há uma relação das ICSAP em relação à cobertura da Estratégia da Saúde da Família em municípios em que existem HPPs e em municípios que não contam com esse serviço de saúde.

O resultado nos mostra que:

Nos casos de municípios que **tem HPP** o coeficiente de correlação entre ICSAP e cobertura de ESF foi **0,57**, ou seja, mesmo havendo cobertura há uma maior taxa de internações por causas sensíveis.

Já nos municípios em que **não existe HPP**, o coeficiente de correlação foi **- 0,02**, ou seja, há uma relação inversa (de pequena monta) entre a taxa de cobertura de ESF e a taxa de ICSAP, havendo uma taxa de internação menor em municípios que não têm hospital.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das internações por causas sensíveis à atenção primária, nos últimos cinco anos, nos municípios que abrangem a 4ª CRS, tendo como referência os hospitais de pequeno porte e hospitais considerados pequenos e a cobertura da estratégia da saúde da família, vem colaborar para uma indagação da efetividade da Atenção Primária, bem como a resolutividade dos HPP nestas localidades.

Verificou-se que alguns municípios não inseriram os dados da cobertura ESF nos sistemas de informação do SUS, tornando assim a busca destas informações difícil e exaustiva, o que pode interferir nos dados que correspondem à realidade local.

A pesquisa evidenciou também que as taxas de ICSAP são influenciadas pela existência de HPP nos municípios analisados, mesmo que estes estejam contemplados com ESF. Para serem encontradas as causas desse fato existe a necessidade de pesquisas mais detalhadas. Contudo, pode-se considerar a possibilidade de que a simples existência de hospital no município (mesmo se tratando de hospitais de pequeno porte), através de mecanismos até então desconhecidos, desencadeia pressão para que haja maior número de internações que poderiam ser evitadas através de uma Atenção Primária mais resolutiva.

Discutir este tema de extrema relevância social e sanitária é desafiador para uma possível intervenção de melhorias no cenário atual da saúde na rede de Atenção Primária e hospitalar.

É questionável o acesso da população à rede básica e o modelo de atenção à saúde, pois aparenta ainda ser um modelo que segue uma lógica *hospitalocêntrica*, pois o fato de haver maior taxa de ICSAP nos municípios onde existe hospital indica que a simples presença desse tipo de estabelecimento é um fator que tem peso para o aumento desses indicadores.

Um ponto positivo encontrado foi a diminuição das taxas de ICSAP, que ainda têm uma ocorrência bastante elevada nos municípios com e sem HPP, mas que apresenta redução no decorrer dos anos, conforme série histórica levantada.

Acredita-se que a situação exposta acima necessita uma avaliação aprofundada com todos os atores envolvidos com a gestão da saúde nos municípios, com vistas a oportunizar uma análise crítico-reflexiva, buscando mudanças no processo de trabalho, tanto na assistência à saúde hospitalar como no processo de organização de toda a gestão de atenção à saúde primária nos municípios.

REFERÊNCIAS

- ALFRADIQUE, M. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil) **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(6):1337-1349, jun, 2009.
- BILLINGS, J. et al. **Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City.** Health Aff (Millwood) 12:162-73,1993;
- BRASIL, Leis etc. Resolução CIPLAN n° 3, de 25 de março de 1981. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. **Normas e padrões de construções e instalações de serviços de saúde.** 2 ed. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, p. 177-33, 1987.
- _____. **Conselho Nacional de Saúde. Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS.** 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.,48p. Disponível em <http://www.nesp.unb.br/polrhs/rhsus/pdfs/nobrhsus.pdf>. Acesso em 22 de outubro de 2012.
- _____. Ministério da Saúde, **Portaria do nº648**, de 28 março de 2006. Acesso em 16 de fevereiro de 2013.
- _____. Ministério da Saúde, **Portaria nº221**, de 17 abril de 2008. Acesso em 12 de outubro de 2012.
- _____. Ministério da Saúde, **Portaria nº1044/GM** de 1º de junho de 2004. Acesso em 18 novembro de 2012.
- _____. Ministério da Saúde, **Portaria n.º 373/GM** de 27 de fevereiro de 2002. Acesso em 26 de janeiro de 2013.
- CAMINAL, J. et al. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. **Eur J Public Health.** 14:246-51, 2004.
- CARVALHO, S. R., CUNHA, G. T. Gestão e organização da saúde: elementos para se pensar a mudança de modelos de atenção. In: **Tratado de saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec, 2006.
- ESCOREL, S. et al. O programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health.** 21 p. 164-176, 2007.
- GIL, A. C. **Como Elaborar projetos de pesquisa.** 4º ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- JULIANI, C. M. C. M; CIAMPONE, M. H. T. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 33, n. 4, p. 323-33, dez. 1999.

MACINKO, J. Seminário Internacional de Atenção Primária Saúde da Família. 3- Recife, Pernambuco. **Expansão com Qualidade & Valorização de Resultados. Brasília: Editora Ministério da Saúde**, 2007. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/3seminario_internacional_relatorio_atividades.pdf> Acesso em: 25 de Nov. 2009.

MÁRQUEZ, C. S et al. Factores asociados a La hospitalización por procesos sensibles a cuidados ambulatorios en los municipios. **Gac Sanit.**17:360-7. DOI:10.1157/13053648. 2003.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Coordenação Geral de Acompanhamento e Avaliação – CGAA. Departamento de Atenção Básica – DAB/SAS/Ministério da Saúde. Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337977621_UBSs_por_municipio_2012\[1\].pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337977621_UBSs_por_municipio_2012[1].pdf)>.

SAITO, R. X. de S. **Sistema Único de Saúde: da teoria à prática da integralidade.** Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da USP, 2004.

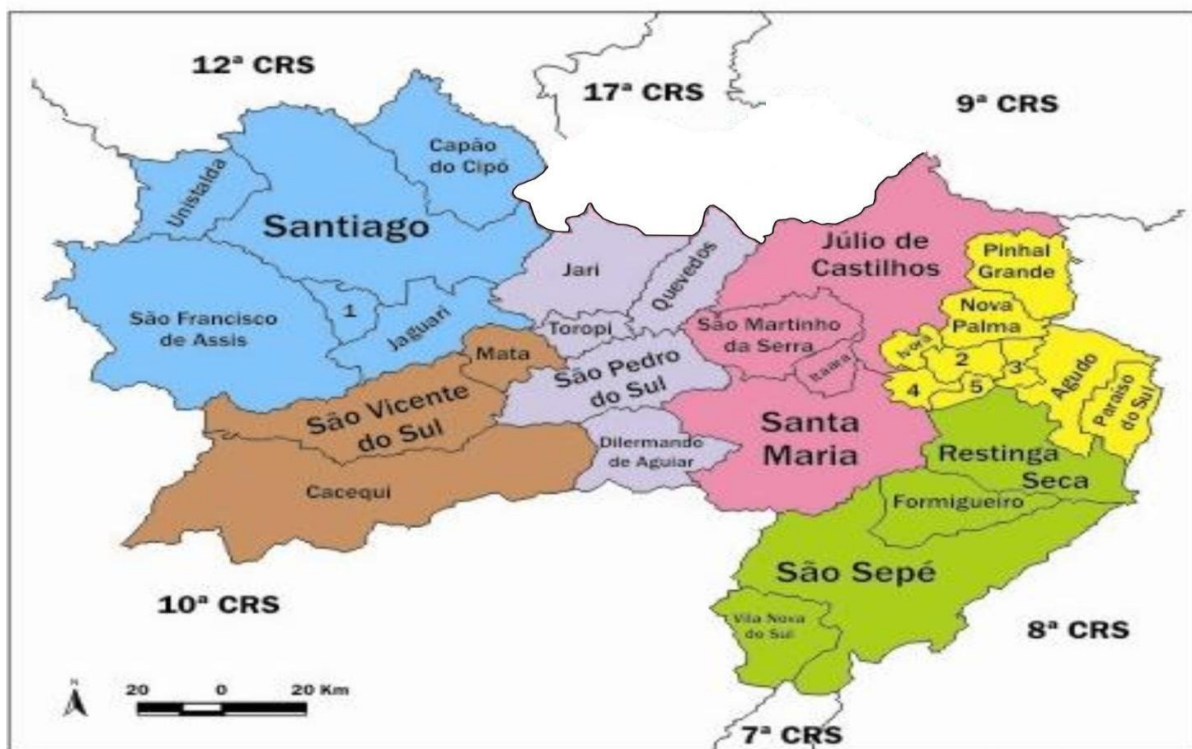
SÃO PAULO. **Documento Norteador:** Compromisso das Unidades Básicas de Saúde com a população. Prefeitura do município de São Paulo; Secretaria Municipal de Saúde; Coordenação da Atenção Básica e PSF. São Paulo: 33p, 2005. Disponível em: <http://www.saudeprev.com.br/psf/saopaulo/pdf-geral/DocumentoNorteador-Abril2005.php>. Acesso em: 16 de novembro de 2012.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco; 2004.

WITT, R. R. Sistema de referência e contra-referência num serviço de saúde comunitária. **Rev. Gaúcha Enf.**, v. 13, n.1, p. 19-23, 1992.

ANEXOS A – MAPA DA 4ª CRS: MICROREGIÕES E MUNICÍPIOS EM 2012

Mapa da 4ª CRS: Microrregiões e Municípios



- 1 - Nova Esperança do Sul
- 2 - Faxinal do Soturno
- 3 - Dona Francisca
- 4 - Silveira Martins
- 5 - São João do Polêsine

- Quarta Colônia
- Santa Maria
- Santiago
- São Pedro do Sul
- São Sepé
- São Vicente do sul



ANEXO B – LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA

LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA		
Grupo	Diagnósticos	CID 10
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	
1,1	Coqueluche	A37
1,2	Difteria	A36
1,3	Tétano	A33 a A35
1,4	Parotidite	B26
1,5	Rubéola	B06
1,6	Sarampo	B05
1,7	Febre Amarela	A95
1,8	Hepatite B	B16
1,9	Meningite por Haemophilus	G00.0
001	Meningite Tuberculosa	A17.0
1,11	Tuberculose miliar	A19
1,12	Tuberculose Pulmonar	A15.0 a A15.3, A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9
1,16	Outras Tuberculoses	A18
1,17	Febre reumática	I00 a I02
1,18	Sífilis	A51 a A53
1,19	Malária	B50 a B54
001	Ascariíase	B77
2	Gastroenterites Infecciosas e complicações	
2,1	Desidratação	E86
2,2	Gastroenterites	A00 a A09
3	Anemia	
3,1	Anemia por deficiência de ferro	D50
4	Deficiências Nutricionais	
4,1	Kwashiorkor e outras formas de desnutrição protéico calórica	E40 a E46
4,2	Outras deficiências nutricionais	E50 a E64
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	
5,1	Otite média supurativa	H66
5,2	Nasofaringite aguda [resfriado comum]	J00
5,3	Sinusite aguda	J01
5,4	Faringite aguda	J02
5,5	Amigdalite aguda	J03

5,6	Infecção Aguda VAS	J06
5,7	Rinite, nasofaringite e faringite crônicas	J31
6	Pneumonias bacterianas	
6,1	Pneumonia Pneumocócica	J13
6,2	Pneumonia por Haemophilus influenzae	J14
6,3	Pneumonia por Streptococcus	J15.3, J15.4
6,4	Pneumonia bacteriana NE	J15.8, J15.9
6,5	Pneumonia lobar NE	J18.1
7	Asma	
7,1	Asma	J45, J46
8	Doenças pulmonares	
8,1	Bronquite aguda	J20, J21
8,2	Bronquite não especificada como aguda ou crônica	J40
8,3	Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	J41
8,4	Bronquite crônica não especificada	J42
8,5	Enfisema	J43
8,6	Bronquectasia	J47
8,7	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J44
9	Hipertensão	
9,1	Hipertensão essencial	I10
9,2	Doença cardíaca hipertensiva	I11
10	Angina	
10,1	Angina pectoris	I20
11	Insuficiência Cardíaca	
11,1	Insuficiência Cardíaca	I50
11,3	Edema agudo de pulmão	J81
12	Doenças Cerebrovasculares	
12,1	Doenças Cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13	Diabetes melitus	
13,1	Com coma ou cetoacidose	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1
13,2	Com complicações (renais, oftálmicas, neurol., circulat., periféricas, múltiplas, outras e NE)	E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8
13,3	Sem complicações específicas	E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14	Epilepsias	

14,1	Epilepsias	G40, G41
15	Infecção no Rim e Trato Urinário	
15,1	Nefrite túbulo-intersticial aguda	N10
15,2	Nefrite túbulo-intersticial crônica	N11
15,3	Nefrite túbulo-intersticial NE aguda crônica	N12
15,4	Cistite	N30
15,5	Uretrite	N34
15,6	Infecção do trato urinário de localização NE	N39.0
16	Infecção da pele e tecido subcutâneo	
16,1	Erisipela	A46
16,2	Impetigo	L01
16,3	Abscesso cutâneo furúnculo e carbúnculo	L02
16,4	Celulite	L03
16,5	Linfadenite aguda	L04
16,6	Outras infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo	L08
17	Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	
17,1	Salpingite e ooforite	N70
17,2	Doença inflamatória do útero exceto o colo	N71
17,3	Doença inflamatória do colo do útero	N72
17,4	Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas	N73
17,5	Doenças da glândula de Bartholin	N75
17,6	Outras afecções inflamatórias da vagina. e da vulva	N76
18	Úlcera gastrointestinal	
18	Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19	Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	
19,1	Infecção no Trato Urinário na gravidez	O23
19,2	Sífilis congênita	A50
19,3	Síndrome da Rubéola Congênita	P35.0

APÊNDICE A – INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS EM CADA MICRORREGIÃO DA 4ª CRS

1 Dados relativos ao ano 2008

1.1 Microrregião de Santiago (93.734 hab.)

Município	Internações Totais	Internações CSAP	% Internações CSAP
Santiago	4057	1179	29,1
Unistalda	178	45	25,3
Capão do Cipó	228	64	28,1
São Francisco de Assis	1594	588	36,9
Nova Esperança do Sul	331	78	23,6
Jaguari	970	532	54,8
Total:	7358	2486	33,8

O coeficiente de internações totais é de 785/10.000hab.

1.2 Microrregião de São Vicente do Sul (27.794 hab.)

Município	Internações Totais	Internações CSAP	% Internações CSAP
São Vicente	595	177	29,7
Cacequi	965	288	29,8
Mata	419	204	48,7
Total:	1979	669	33,8

O coeficiente de internações totais é de 712/10.000 hab.

1.3 Microrregião de São Pedro do Sul (30.070 hab.)

Município	Internações Totais	Internações CSAP	% Internações CSAP
Dilermando de Aguiar	132	23	17,4
Jari	268	95	35,4
Quevedos	83	15	18,0
São Pedro do Sul	1060	258	24,3
Toropi	196	43	21,9
Total:	1656	434	26,2

O coeficiente de internações totais é de 551/10.000 hab.

1.4 Microrregião de Santa Maria (295.174 hab.)

a) Com Santa Maria:

Município	Internações Totais	Internações CSAP	% Internações CSAP
Santa Maria	10105	1246	12,3
Itaara	217	20	9,2
São Martinho da Serra	83	07	8,4
Júlio de Castilhos	1522	497	32,6
Total:	11927	1770	14,8

O coeficiente de internações totais é de 404/10.000 hab.

b) Sem Santa Maria: total de habitantes 28.352 hab.

Município	Internações Totais	Internações CSAP	% Internações CSAP
Itaara	217	20	9,2
São Martinho da Serra	83	07	8,4
Júlio de Castilhos	1522	497	32,6
Total:	1822	524	28,8

O coeficiente de internações totais é de 642/10.000 hab.

1.5 Microrregião da Quarta Colônia (53.818 hab.)

Município	Internações Totais	Internações CSAP	% Internações CSAP
Silveira Martins	112	13	11,6
Ivorá	205	70	34,1
Faxinal do Soturno	573	165	28,8
São João do Polêsine	166	59	35,5
Dona Francisca	249	64	25,7
Agudo	1599	640	40,0
Paraíso do Sul	732	285	38,9
Pinhal Grande	391	226	57,8
Nova Palma	552	230	41,6
Total:	4579	1752	38,2

O coeficiente de internações totais é de 850/10.000 hab.

1.6 Microrregião de São Sepé (51.990 hab.)

Município	Internações Totais	Internações CSAP	% Internações CSAP
São Sepé	2050	531	25,9
Vila Nova do Sul	324	119	36,7
Restinga Seca	1347	487	36,1
Formigueiro	369	111	30,1
Total:	4090	1248	30,5

O coeficiente de internações totais é de 786/10.000 hab.

Total população 4ª CRS 552.580 hab. (IBGE 2008)

2 Dados relativos ao ano 2009

2.1 Microrregião de Santiago (93.771 hab.)

Município	Internações Totais	Internações CSAP	% Internações CSAP
Santiago	4012	1123	28,0
Unistalda	211	55	26,0
Capão do Cipó	260	80	30,7
São Francisco de Assis	1709	520	30,4
Nova Esperança do Sul	321	81	25,2
Jaguari	913	455	49,8
Total:	7426	2314	31,1

O coeficiente de internações totais é de 792/10.000hab.

2.2 Microrregião de São Vicente do Sul (27.642 hab.)

Município	Internações Totais	Internações CSAP	% Internações CSAP
São Vicente	711	215	30,2
Cacequi	1144	435	38,0
Mata	412	194	47,1
Total:	2267	844	37,2

O coeficiente de internações totais é de 820/10.000 hab.

2.3 Microrregião de São Pedro do Sul (30.065 hab.)

Município	Internações Totais	Internações CSAP	% Internações CSAP
Dilermando de Aguiar	180	42	23,3
Jari	277	87	31,4
Quevedos	120	22	18,3
São Pedro do Sul	1184	242	20,4
Toropi	240	50	20,8
Total:	2001	443	22,1

O coeficiente de internações totais é de 665/10.000 hab.

2.4 Microrregião de Santa Maria (297.311 hab.)

a) Com Santa Maria:

Município	Internações Totais	Internações CSAP	% Internações CSAP
Santa Maria	9794	1363	13,9
Itaara	207	21	10,1
São Martinho da Serra	141	15	10,6
Júlio de Castilhos	1568	467	29,8
Total:	11710	1866	15,9

O coeficiente de internações totais é de 394/10.000 hab.

b) Sem Santa Maria: total de habitantes 28.346 hab.

Município	Internações Totais	Internações CSAP	% Internações CSAP
Itaara	207	21	10,1
São Martinho da Serra	141	15	10,6
Júlio de Castilhos	1568	467	29,8
Total:	1916	503	26,2

O coeficiente de internações totais é de 675/10000

2.5 Microrregião da Quarta Colônia (53.702 hab.)

Município	Internações Totais	Internações CSAP	% Internações CSAP
Silveira Martins	127	17	13,4
Ivorá	232	96	41,3
Faxinal do Soturno	503	151	30,0
São João do Polêsine	203	74	36,4
Dona Francisca	270	46	17,0
Agudo	1528	561	36,7
Paraíso do Sul	692	191	27,6
Pinhal Grande	369	221	59,9
Nova Palma	618	253	40,9
Total:	4542	1610	35,4

O coeficiente de internações totais é de 845/10.000 hab.

2.6 Microrregião de São Sepé (51.844 hab.)

Município	Internações Totais	Internações CSAP	% Internações CSAP
São Sepé	2185	514	23,5
Vila Nova do Sul	340	90	26,4
Restinga Seca	1456	536	36,8
Formigueiro	343	63	18,3
Total:	4324	1203	27,8

O coeficiente de internações totais é de 834/10.000 hab.

Total população 4ª CRS 554.335 hab. (IBGE 2009)

3 Dados relativos ao ano 2010

3.1 Microrregião de Santiago (90.049 hab.)

Município	Internações Totais	Internações CSAP	% Internações CSAP
Santiago	3936	901	22,9
Unistalda	237	52	21,9
Capão do Cipó	213	55	25,8
São Francisco de Assis	1631	497	30,5
Nova Esperança do Sul	311	67	21,5
Jaguari	685	306	44,6
Total:	7013	1878	26,8

O coeficiente de internações totais é de 779/10.000hab.

3.2 Microrregião de São Vicente do Sul (27.227 hab.)

Município	Internações Totais	Internações CSAP	% Internações CSAP
São Vicente	682	251	36,8
Cacequi	1.112	436	39,2
Mata	409	169	41,3
Total:	2.203	856	38,8

O coeficiente de internações totais é de 809/10.000 hab.

3.3 Microrregião de São Pedro do Sul (28.672 hab.)

Município	Internações Totais	Internações CSAP	% Internações CSAP
Dilermando de Aguiar	145	24	16,5
Jarí	236	70	29,6
Quevedos	93	15	16,1
São Pedro do Sul	989	231	23,3
Toropi	186	41	25,2
Total:	1649	381	23,1

O coeficiente de internações totais é de 575/10.000 hab.

3.4 Microrregião de Santa Maria (288.818 hab.)

a) Com Santa Maria:

Município	Internações Totais	Internações CSAP	% Internações CSAP
Santa Maria	10962	1985	18,1
Itaara	249	25	10,0
São Martinho da Serra	133	16	12,0
Júlio de Castilhos	1603	482	30,0
Total:	12947	2508	19,4

O coeficiente de internações totais é de 448/10.000 hab.

b) Sem Santa Maria: total de habitantes 27.790 hab.

Município	Internações Totais	Internações CSAP	% Internações CSAP
Itaara	249	25	10
São Martinho da Serra	133	16	12
Júlio de Castilhos	1603	482	30
Total:	1985	523	26,3

O coeficiente de internações totais é de 714/10000

3.5 Microrregião da Quarta Colônia (81.155 hab.)

Município	Internações Totais	Internações CSAP	% Internações CSAP
Silveira Martins	123	07	5,7
Ivorá	180	64	35,5
Faxinal do Soturno	574	153	26,6
São João do Polêsine	259	80	30,9
Dona Francisca	259	44	17,0
Agudo	1586	661	41,7
Paraíso do Sul	703	153	21,7
Pinhal Grande	378	181	47,9
Nova Palma	615	241	39,2
Total:	4677	1584	33,9

O coeficiente de internações totais é de 896/10.000 hab.

3.6 Microrregião de São Sepé (50.883 hab.)

Município	Internações Totais	Internações CSAP	% Internações CSAP
São Sepé	2208	577	26,1
Vila Nova do Sul	307	70	22,8
Restinga Seca	1429	509	35,6
Formigueiro	322	80	24,8
Total:	4266	1236	28,9

O coeficiente de internações totais é de 838/10.000 hab.

Total população 4ª CRS 566.813 hab. (IBGE 2010)

4 Dados relativos ao ano 2011

4.1 Microrregião de Santiago (89.841hab.)

Município	Internações Totais	Internações CSAP	% Internações CSAP
Santiago	3.131	831	26,5
Unistalda	175	50	28,6
Capão do Cipó	185	54	29,2
São Francisco de Assis	1.389	341	24,5
Nova Esperança do Sul	277	63	22,7
Jaguari	980	482	49,2
Total:	6.137	1.821	29,7

O coeficiente de internações totais é de 683/10.000hab.

4.2 Microrregião de São Vicente do Sul (27.075 hab.)

Município	Internações Totais	Internações CSAP	% Internações CSAP
São Vicente	558	199	35,7
Cacequi	1.056	428	40,5
Mata	398	168	42,2
Total:	2.012	795	39,5

O coeficiente de internações totais é de 743/10.000 hab.

4.3 Microrregião de São Pedro do Sul (28.583 hab.)

Município	Internações Totais	Internações CSAP	% Internações CSAP
Dilermando de Aguiar	96	20	20,8
Jarí	295	105	35,6
Quevedos	77	09	11,7
São Pedro do Sul	822	194	23,6
Toropi	160	32	20,0
Total:	1450	360	24,8

O coeficiente de internações totais é de 491/10.000 hab.

4.4 Microrregião de Santa Maria (290.126 hab.)

a) Com Santa Maria:

Município	Internações Totais	Internações CSAP	% Internações CSAP
Santa Maria	11.697	2.015	17,2
Itaara	234	31	13,2
São Martinho da Serra	126	24	19,0
Júlio de Castilhos	1.567	476	30,4
Total:	13.624	2.546	18,7

O coeficiente de internações totais é de 469/10.000 hab.

b) Sem Santa Maria: total de habitantes 27.757 hab.

Município	Internações Totais	Internações CSAP	% Internações CSAP
Itaara	234	31	13,2
São Martinho da Serra	126	24	19,0
Júlio de Castilhos	1.567	476	30,4
Total:	1927	531	27,5

O coeficiente de internações totais é de 694/10000

4.5 Microrregião da Quarta Colônia (51.967 hab.)

Município	Internações Totais	Internações CSAP	% Internações CSAP
Silveira Martins	94	06	6,4
Ivorá	107	45	42,0
Faxinal do Soturno	467	137	29,3
São João do Polêsine	200	56	28,0
Dona Francisca	286	70	24,5
Agudo	1.564	586	37,5
Paraíso do Sul	496	149	30,0
Pinhal Grande	261	100	38,3
Nova Palma	503	188	37,4
Total:	3.978	1337	33,6

O coeficiente de internações totais é de 765/10.000 hab.

4.6 Microrregião de São Sepé (50.792 hab.)

Município	Internações Totais	Internações CSAP	% Internações CSAP
São Sepé	1.720	430	25,0
Vila Nova do Sul	283	72	25,4
Restinga Seca	1236	463	37,4
Formigueiro	353	88	24,9
Total:	3.592	1.053	29,3

O coeficiente de internações totais é de 707/10.000 hab.

Total população 4ª CRS 538.384 hab. (IBGE 2011)

5 Dados relativos ao ano 2012

5.1 Microrregião de Santiago (89.659 hab.)

Município	Internações Totais	Internações CSAP	% Internações CSAP
Santiago	3.052	820	26,9
Unistalda	207	51	24,6
Capão do Cipó	226	54	23,9
São Francisco de Assis	1.245	325	26,1
Nova Esperança do Sul	350	100	28,6
Jaguari	804	332	41,3
Total:	5.884	1682	28,6

O coeficiente de internações totais é de 656/10.000hab.

5.2 Microrregião de São Vicente do Sul (26.927 hab.)

Município	Internações Totais	Internações CSAP	% Internações CSAP
São Vicente	470	137	29,1
Cacequi	1.022	396	38,7
Mata	337	117	34,7
Total:	1.829	650	35,5

O coeficiente de internações totais é de 679/10.000 hab.

5.3 Microrregião de São Pedro do Sul (28.497 hab.)

Município	Internações Totais	Internações CSAP	% Internações CSAP
Dilermando de Aguiar	139	20	14,4
Jarí	215	78	36,3
Quevedos	63	13	20,6
São Pedro do Sul	988	245	24,8
Toropi	188	31	16,5
Total:	1593	387	24,3

O coeficiente de internações totais é de 559/10.000 hab.

5.4 Microrregião de Santa Maria (291.386 hab.)

a) Com Santa Maria:

Município	Internações Totais	Internações CSAP	% Internações CSAP
Santa Maria	11.559	2.163	18,7
Itaara	178	16	9,0
São Martinho da Serra	138	22	15,9
Júlio de Castilhos	1.326	456	34,4
Total:	13.201	2.657	20,1

O coeficiente de internações totais é de 453/10.000 hab.

b) Sem Santa Maria: total de habitantes 27.724 hab.

Município	Internações Totais	Internações CSAP	% Internações CSAP
Itaara	178	16	9,0
São Martinho da Serra	138	22	15,9
Júlio de Castilhos	1.326	456	34,4
Total:	1.642	494	30,0

O coeficiente de internações totais é de 592/10000

5.5 Microrregião da Quarta Colônia (51.813 hab.)

Município	Internações Totais	Internações CSAP	% Internações CSAP
Silveira Martins	116	08	6,9
Ivorá	113	44	38,9
Faxinal do Soturno	581	176	30,3
São João do Polêsine	174	40	23,0
Dona Francisca	231	46	19,9
Agudo	1.167	333	28,5
Paraíso do Sul	504	143	28,4
Pinhal Grande	183	72	39,3
Nova Palma	481	154	32,0
Total:	3550	1016	28,6

O coeficiente de internações totais é de 685/10.000 hab.

5.6 Microrregião de São Sepé (50.643 hab.)

Município	Internações Totais	Internações CSAP	% Internações CSAP
São Sepé	1.969	453	23,0
Vila Nova do Sul	270	75	27,8
Restinga Seca	1.192	426	35,7
Formigueiro	361	54	14,9
Total:	3.792	1008	26,6

O coeficiente de internações totais é de 749/10.000 hab.

Total população 4ª CRS 538.925 hab. (IBGE 2012)