

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ENFERMAGEM

Bacharelado em Saúde Coletiva

Lilian Bittencourt

INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO BÁSICA

**uma análise por macrorregiões, regiões de saúde e faixa etária, no Rio Grande do Sul
em 2012**

Porto Alegre

2014

Lilian Bittencourt

INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA
uma análise por macrorregiões, regiões de saúde e faixa etária, no Rio Grande do Sul
em 2012

Projeto de Pesquisa - Trabalho de Conclusão de Curso submetido a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como parte dos requisitos necessários a obtenção do grau de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Maria de Lourdes Drachler

Porto Alegre

2014

INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO BÁSICA: UMA ANÁLISE POR MACRORREGIÕES, REGIÕES DE SAÚDE E FAIXA ETÁRIA, NO RIO GRANDE DO SUL EM 2012

Lilian Bittencourt¹

RESUMO

As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) vêm sendo objeto de análise da efetividade da atenção básica não só no Brasil, mas também em diversos países. A estratificação pela faixa etária e a comparação entre regiões favorecem análises mais precisas, pois podem revelar grupos sem acesso a uma atenção básica adequada e auxilia na avaliação da qualidade destes serviços. Este estudo descreve a distribuição locorregional das taxas de ICSAB de adultos entre 20 e 59 anos de idade residentes no Rio Grande do Sul em 2012, pagas pelo SUS. Descreve também a distribuição das taxas brutas e padronizadas de ICSAB por 10.000 habitantes residentes, segundo as sete macrorregiões geopolíticas e as trinta regiões de saúde do Estado, tendo por base dados secundários obtidos do Departamento de Informação em Saúde do SUS. No Rio Grande do Sul as ICSAB constituíram 28,82% das internações de adultos entre 20 e 59 anos e, 37,90% das ICSAB ocorreram nessa faixa etária. A taxa estadual de ICSAB em adultos foi em média 172,37 por 10.000. A amplitude de variação das taxas padronizadas de ICSAB foi de 158,20 por 10.000 entre as trinta regiões de saúde e 63,42 por 10.000 entre as sete macrorregiões. Os resultados apontam como principais causas as internações relacionadas a problemas de gravidez, parto e puerpério, doenças do aparelho respiratório e geniturinário, sugerindo que grande parte dessas internações podem ser prevenidas pela atenção básica. Os resultados sugerem ainda que a existência de grandes desigualdades locorregionais nas taxas ICSAB pagas pelo SUS, pode ser em parte explicado por diferenças de cobertura de internações pela saúde suplementar. Assim torna-se importante que futuros estudos analisem os indicadores partindo desta perspectiva.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Condições Sensíveis à Atenção Primária. Sistema Único de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A atenção à saúde no Brasil, organizada de forma regionalizada e hierarquizada, tem como sua principal porta de entrada a Atenção Básica e, é esse nível de atenção que recebe a maioria das demandas e realiza os encaminhamentos aos demais níveis caso o usuário necessite de cuidados especializados (ORGANIZAÇÃO..., 2003). Embora a atenção básica ou atenção primária em saúde (APS) como é chamada em alguns países, seja uma forma de organizar o sistema de saúde em níveis hierarquizados de atenção, ela também é uma alternativa ao modelo biomédico (hospitalocêntrico). Trata-se, portanto, de uma nova forma de pensar o processo saúde-doença e de organizar o sistema a partir da APS. O que seria, em teoria, uma das melhores estratégias, no entanto, na prática não é o que ocorre. As unidades

¹ Lilian Bittencourt (bacharelada do curso de Saúde Coletiva). E-mail: likacba@gmail.com.

básicas de saúde (UBS) não possuem infra-estrutura adequada, há carência de profissionais, problemas de gestão, dentre outros. O que acaba influenciando a qualidade de vida da população que necessita desse serviço. Assim emerge a necessidade de medir a efetividade dos serviços de atenção básica, através de indicadores, mesmo que indiretos, como as Internações por Condições Sensíveis a Atenção Básica (ICSAB). A lista brasileira de ICSAB foi lançada pelo Ministério da Saúde no ano de 2008 e compreende 19 grupos de causas, apresentados no quadro 1. Considerando a publicação recente da lista, os estudos que se utilizarem dela podem subsidiar os gestores envolvidos com a atenção básica, contribuir como medida indireta da qualidade deste nível de atenção do SUS e auxiliar na avaliação da implantação de políticas de saúde no Brasil. Assim a partir de sua publicação vários estudos foram realizados no Brasil (MOURA, *et al.*, 2010; ELIAS ; MAGAJEWSKI, 2008; REHEM ; EGRY, 2011; TORRES, *et al.*, 2011, NEDEL, *et al.*, 2008) e contribuíram significativamente revelando informações importantes sobre as principais tendências de Internações por CSAB.

Quadro 1 - Grupos de causa da Lista Brasileira de Internações Sensíveis à Atenção Básica.

| |
|---|
| 1 – D preveníveis por imunização e condições evitáveis |
| 2 – Gastroenterites infecciosas e complicações |
| 3 – Anemia por deficiência de ferro |
| 4 – Deficiências nutricionais |
| 5 – Infecções de ouvido, nariz e garganta |
| 6 – Pneumonias bacterianas |
| 7 – Asma |
| 8 – D Pulmonar obstrutiva crônica |
| 9 – Hipertensão |
| 10 – Angina pectoris |
| 11 – Insuficiência cardíaca |
| 12 – Doenças cerebrovasculares |
| 13 – Diabetes melitus |
| 14 – Epilepsias |
| 15 – Infecção no rim e trato urinário |
| 16 – Infecção da pele e tecido subcutâneo |
| 17 – Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos |
| 18 – Úlcera gastrointestinal com hemorragia e/ou perfuração |
| 19 – Neoplasia maligna do útero |
| 20 – Doenças relacionadas ao pré-natal e parto |

Fonte: Brasil, 2008

Através deste indicador é possível também identificar camadas da população, sem acesso ao serviço, o que pode estar associado à falta de resolutividade das UBS e fragilidades do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim o usuário acaba procurando outros serviços especializados disponíveis na rede do SUS, para obter rapidamente o diagnóstico e o

tratamento adequado. Percebe-se então que a população precisa confiar nos serviços disponíveis nesse nível do sistema de saúde e, para que isso ocorra é necessário que esse serviço seja acolhedor e resolutivo. O que pode contribuir de forma positiva para o uso adequado dos serviços de atenção à saúde disponíveis, diminuindo a procura por serviços especializados (Urgência e Emergência) e os gastos com tecnologia biomédica.

Talvez a APS seja uma das mais importantes estratégias para reorganizar o sistema de saúde e melhorar a qualidade da atenção, mas é preciso refletir sobre o que os indicadores como as Internações por CSAB revelam sobre esses serviços, de forma que os resultados auxiliem a tomada de decisão do núcleo gestor, como a alocação racional dos recursos e maior utilização de tecnologias leves valorizando o trabalho vivo em ato que, segundo Merhy e Feuerwerker (2009):

O processo de produção envolve sempre certos componentes: o trabalho do homem em si, o conjunto de elementos que são tomados como matéria-prima e os que são utilizados como ferramentas ou instrumentos de trabalho. E esses componentes estão articulados em função do projeto que se está colocando em marcha. Este modo de organizar o processo de trabalho envolve uma certa sabedoria, que permite ao homem juntar todos esses componentes e com seus atos 'vivos' realizar um certo produto. Ou seja, não basta apenas projetar, é necessário um certo saber tecnológico para juntar aqueles três componentes e transformá-los em um produto específico. (MERHY; FEUERWERKER, 2009, p.17)

Desse modo a relação entre profissional e usuário passa a ser mais próxima e o saber de cada um deve ser considerado para que seja feita uma escolha equilibrada em relação ao projeto terapêutico. Incluir e valorizar os profissionais de saúde no sentido de aproximá-lo do usuário e assim melhorar e humanizar o cuidado é benéfico para ambos e para a gestão, já que utiliza-se menos tecnologias duras (alta complexidade).

O Sistema de Saúde brasileiro é um dos poucos exemplos de acesso universal, convivendo com essa lógica capitalista (hegemonia do capital) no qual a saúde é mercantilizada sobre a prerrogativa de ajuste econômico. Contudo o país manteve-se fiel aos princípios e diretrizes do SUS expressos nas leis 8080/90 e 8142/90 (BRASIL, 1990a, 1990b), atendendo também ao que preconiza a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) no que tange a garantia do direito a saúde como dever do Estado. Então torna-se relevante reconhecer os avanços que ocorreram na saúde e olhar com mais atenção para as fragilidades do sistema, que se colocam como grandes desafios para gestão, como: as redes de atenção integral à saúde e, sendo a atenção básica a porta de entrada do SUS, ordenadora da (RAS) e coordenadora do cuidado é importante qualificar e humanizar as práticas de atenção nesse nível do sistema

(BRASIL, 2010). A organização de pontos especializados, articulados e que se comunicam entre si, tendo a atenção básica como base é atualmente um dos grandes desafios para a gestão da saúde no Estado, já que trata-se de uma estratégia que visa atender adequadamente as necessidades de saúde da população, considerando as especificidades de cada região.

A partir do Plano Diretor de Regionalização (RIO GRANDE DO SUL, 2002) as ações e serviços de saúde foram organizados em regiões administrativas, representadas por 19 coordenadorias, distribuídas em 7 macrorregiões. Atualmente, com a publicação do Decreto 7508/2011 (BRASIL, 2011) manteve-se as coordenadorias e foram criadas as 30 regiões de saúde. Esse processo torna-se extremamente importante à medida que as regiões de saúde serão referência para as transferências de recursos entre os entes federativos; as RAS estarão compreendidas no âmbito de uma região de saúde ou de várias delas; o planejamento Estadual da saúde deverá ser organizado com base na regionalização, dentre outros.

A Comissão Intergestores Bipartite Estadual (CIB/RS) e o Conselho Estadual de Saúde (CES/RS) aprovaram também a criação das macrorregiões de atenção integral à saúde com o objetivo de proporcionar aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado uma nova organização das ações de saúde, que compreendem ações de proteção, apoio diagnóstico, atendimento ambulatorial e hospitalar. A nova organização propõe a inserção de hospitais de referência macrorregional com tecnologia para atender casos complexos, hospital de referência regional, hospital de referência microrregional e os pequenos hospitais (RIO GRANDE DO SUL, 2002). Desta forma o estado do Rio Grande do Sul foi dividido em sete macrorregiões de saúde que são: Centro-Oeste, Metropolitana, Missioneira, Norte, Serra, Sul e Vales. Convém salientar que unidades locais de saúde deverão ser organizadas a partir da transformação de pequenos hospitais, com baixa resolutividade, em unidades com atendimento prioritariamente ambulatorial e com internações curtas e de baixa complexidade. Outro ponto que merece destaque é que a regionalização também está sendo organizada em relação ao atendimento ambulatorial, através da consolidação de centros de referência e de especialidades (RIO GRANDE DO SUL, 2002).

O Estado do Rio Grande do Sul caracteriza-se por possuir diferenças significativas entre as regiões, isto é, além de diferenças culturais, devido a diversidade de imigrantes que fixaram raízes em nosso Estado, há também os fatores geográficas que influenciaram sua formação e também o desenvolvimento econômico. As desigualdades impulsionaram e continuam impulsionando os sujeitos a procurarem lugares com melhores estruturas, oferta de serviços e de emprego. Esse movimento pode ocasionar esvaziamento de mão de obra em algumas cidades do interior do estado, pois a população adulta (em idade ativa) vai procurar melhores

condições de vida em grandes centros urbanos, ou seja, em cidades mais desenvolvidas economicamente. Como consequência esse movimento pode impactar nos cálculos de indicadores que utilizam a estratificação pela faixa etária, já que há um possível esvaziamento em certos grupos, principalmente, no grupo que compreende a faixa etária dos 20 aos 59 anos (adultos em idade ativa) e assim em algumas localidades poderão ser verificados uma maior concentração de crianças e idosos. Essa hipótese torna relevante que se utilize como estratégia para driblar os possíveis desvios a padronização.

Utilizar uma análise mais precisa de indicadores que possam não só avaliar a efetividade dos serviços de atenção básica, mas também revelar grupos populacionais sem acesso e que possa contribuir para orientar os investimentos e direcionar as ações e práticas de atenção à saúde mais humanizadas, que considerem as especificidades de cada sujeito para maior resolução e conseqüentemente, proporcionar maior qualidade de vida para a população é extremamente relevante. Deste modo é objetivo deste trabalho descrever as desigualdades locorregionais na ocorrência de ICSAB de adultos em idade economicamente ativa. Utilizando o método de padronização das taxas para levar em conta diferenças na estrutura populacional das macrorregiões e regiões de saúde.

2 OBJETIVO GERAL

Descrever a distribuição das taxas de hospitalização por CSAB conforme as sete macrorregiões geopolíticas e as trinta regiões de saúde.

3 RESULTADOS

As ICSAB constituíram 28,82% do total de internações de adultos de 20 a 59 anos no Rio Grande do Sul em 2012 ($N=106439/369275*100$; não apresentado em tabela).

A organização das ações de saúde por macrorregiões no Estado do Rio Grande do Sul favoreceu análises mais precisas por grupos, estratificação por faixa etária e permitiu análises de indicadores indiretos como as ICSAB. Assim partindo da análise das sete macrorregiões é possível inferir que a população de 20 a 59 anos constitui 57,33% dos residentes do Rio Grande do Sul no período de 2012 ($10770603/6174872 \times 100$; não apresentado em tabela). Destas a macrorregião Metropolitana concentrou 43,89 % ($N=2710486$) da população dessa faixa etária. As demais macrorregiões apresentaram uma população de aproximadamente 8 a 11% (Missioneira $N=498327$; Norte $N=662795$) (Tabela 1).

Tabela 1 - Internações por condições sensíveis a atenção básica de adultos de 29 a 59 anos, por macrorregião do Rio Grande do Sul, ordenadas conforme taxas padronizadas, em 2012.

| | População | | Condições sensíveis à atenção básica | | | Desvio da média estadual |
|---------------|-----------|--------|--------------------------------------|------------------------|------------------------------|--------------------------|
| | N | N | % ICSAB | Taxa Bruta (por 10000) | Taxa Padronizada (por 10000) | |
| Serra | 661717 | 9209 | 8,65 | 139,17 | 133,37 | -39 |
| Metropolitana | 2710486 | 46598 | 43,78 | 171,92 | 170,89 | -1,48 |
| Norte | 662795 | 11395 | 10,71 | 171,92 | 173,49 | 1,12 |
| Sul | 574746 | 9917 | 9,32 | 172,55 | 176,41 | 4,04 |
| Centro-Oeste | 552916 | 9714 | 9,13 | 175,69 | 182,24 | 9,87 |
| Vales | 513885 | 9962 | 9,36 | 193,86 | 192,98 | 20,61 |
| Missioneira | 498327 | 9644 | 9,06 | 193,53 | 196,79 | 24,42 |
| RS | 6174872 | 106439 | 100,00 | 172,37 | 172,37 | 0 |

Fonte: Autora

A partir da distribuição do número ICSAB verificou-se que cerca de 37,90% das internações, no Rio Grande do Sul, neste período, ocorreram na faixa etária de 29 a 59 anos (N= 106439/280865 x 100; não apresentado em tabela). Sendo que a macrorregião Metropolitana apresentou 43,78 % das ICSAB nessa faixa etária no Estado. Em cada uma das demais macrorregiões ocorreu cerca de 9% das ICSAB, variando de 8,7 na Serra a 10,7 na Norte (Tabela 1).

As taxas brutas de ICSAB (10.000 adultos residentes) revelam que em média no Rio Grande do Sul ocorreram 172,4 ICSAB (por 10.000 habitantes) (Tabela 1). A distribuição entre as macrorregiões mostra que a maior taxa de ICSAB nessa faixa etária foi 193,9 na macrorregião Vales e a menor na Serra 139,2.

Essas taxas foram padronizadas, pois permitem a comparação das macrorregiões entre si e com a média estadual e revelam uma diferença de 63,4 ICSAB por 10.000 adultos residentes dessa faixa etária entre os extremos, sendo a Serra 133,4 e Missioneira 196,8 com a serra estando 39,0 abaixo da média e a Missioneira 24,4 acima da média estadual.

A partir da distribuição das taxas de ICSAB por região de saúde, em adultos de 20 a 59 anos, foi possível verificar que as maiores taxas brutas ocorreram nas Regiões de saúde do Vale do Paranhana e Costa Serra de 258,15 e Portal das Missões com 229,33. Já as menores taxas foram verificadas nas regiões de saúde de Caxias e Hortências com 110,81 e Verdes Campos com 121,74 (Tabela 2).

Tabela 2 - Internações por condições sensíveis a atenção básica de adultos de 20 a 59 anos, por região de saúde do Rio Grande do Sul em 2012.

| População | Condições sensíveis à atenção básica | | | |
|-----------|--------------------------------------|---|------------------------|------------------------------|
| | N | N | Taxa Bruta (por 10000) | Taxa Padronizada (por 10000) |

| | | | | | |
|---------------------------------|---------|--------|--------|--------|--------|
| Caxias e Hortências | 331659 | 3675 | 110,81 | 105,82 | -66,55 |
| Verdes Campos | 238375 | 2902 | 121,74 | 122,38 | -49,99 |
| Alto Uruguai Gaúcho | 131060 | 1777 | 135,59 | 135,85 | -36,52 |
| Vale dos Sinos | 455447 | 6403 | 140,59 | 138,89 | -33,48 |
| Vinhedos e Basalto | 174045 | 2684 | 154,21 | 144,79 | -27,58 |
| Região da Diversidade | 126457 | 1887 | 149,22 | 150,62 | -21,75 |
| Vale da Luz | 69194 | 1104 | 159,55 | 157,1 | -15,27 |
| Uva e Vale | 104336 | 1739 | 166,67 | 159,32 | -13,05 |
| Belas Praias | 79159 | 1233 | 155,76 | 160,08 | -12,29 |
| Carbonífera / Costa Doce | 219076 | 3494 | 159,49 | 162,29 | -10,08 |
| Carazinho | 92366 | 1574 | 170,41 | 171,45 | -0,92 |
| Capital e Vale do Gravataí | 1302079 | 22690 | 174,26 | 172,06 | -0,31 |
| Região Sul | 474669 | 8196 | 172,67 | 175,76 | 3,39 |
| Vale do Caí e Metropolitana | 420507 | 7546 | 179,45 | 178,35 | 5,98 |
| Vales e Montanhas | 123091 | 2260 | 183,6 | 178,97 | 6,60 |
| Pampa | 100077 | 1721 | 171,97 | 179,81 | 7,44 |
| Passo Fundo | 175134 | 3298 | 188,31 | 185,75 | 13,38 |
| Lagoa Vermelha | 71976 | 1308 | 181,73 | 186,18 | 13,81 |
| Jacuí Centro | 110077 | 2070 | 188,05 | 190,55 | 18,18 |
| Frederico - Palmeira | 147337 | 2735 | 185,63 | 192,13 | 19,76 |
| Bons Ventos | 113182 | 2092 | 184,84 | 193,09 | 20,72 |
| Soledade | 63250 | 1191 | 188,3 | 193,64 | 21,27 |
| Sete Povos das Missões | 156679 | 2965 | 189,24 | 196,23 | 23,86 |
| Região Vinte e Oito | 190855 | 3995 | 209,32 | 207,72 | 35,35 |
| Entre - Rios | 67817 | 1422 | 209,68 | 214,23 | 41,86 |
| Fronteira Noroeste | 128542 | 2792 | 217,21 | 217,28 | 44,91 |
| Campos de Cima da Serra | 51677 | 1111 | 214,99 | 228,76 | 56,39 |
| Portal das Missões | 84814 | 1945 | 229,33 | 233,77 | 61,40 |
| Fronteira Oeste | 248559 | 5445 | 219,06 | 234,42 | 62,05 |
| Vale do Paranhana e Costa Serra | 123376 | 3185 | 258,15 | 264,02 | 91,65 |
| RS | 6174872 | 106439 | 172,37 | 172,37 | 0,00 |

Fonte: Autora

Como parâmetro de comparação entre as regiões de saúde utilizou-se a padronização das taxas ICSAB, desta forma foi possível verificar que a maior taxa ocorreu na região de saúde do Vale do Paranhana e Costa Serra que apresentou taxa de 264,02 por 10.000 adultos residentes e a menor ocorreu na região de saúde de Caxias e Hortências de 105,82, com amplitude total de variação entre os extremos de 158,20.

As principais causas de ICSAB são respectivamente, Gravidez parto e puerpério que representam 26,5 % do total, seguida pelas doenças do aparelho respiratório (21,9%), circulatório (15,0%) e geniturinário (10,6%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Morbidades das Internações por Condições sensíveis à atenção Básica de adultos com idade de 20 a 59 anos no Rio Grande do Sul em 2012.

| Morbidades | N | (%) |
|---|---------------|------------|
| Algumas doenças infecciosas e parasitárias | 9880 | 9,3 |
| Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár | 168 | 0,2 |
| Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas | 5370 | 5,0 |
| Doenças do sistema nervoso | 4926 | 4,6 |
| Doenças do ouvido e da apófise mastóide | 332 | 0,3 |
| Doenças do aparelho circulatório | 16004 | 15,0 |
| Doenças do aparelho respiratório | 23338 | 21,9 |
| Doenças do aparelho digestivo | 5569 | 5,2 |
| Doenças da pele e do tecido subcutâneo | 1403 | 1,3 |
| Doenças do aparelho geniturinário | 11295 | 10,6 |
| Gravidez parto e puerpério (complicações) | 28154 | 26,5 |
| Algumas afec originadas no período perinatal | 0 | 0,0 |
| Total | 106439 | 100 |

Fonte: Autora

4 METODOLOGIA

Trata-se de em estudo de delineamento quantitativo ecológico. A abordagem quantitativa (CERVO ; BERVIAN, 2002) é a forma de descrever características, propriedades ou relações existentes na comunidade, grupo ou realidade pesquisada. A partir dessa abordagem pode se quantificar os dados e dar visibilidade às variáveis em estudo.

O número ICSAB em adultos de 29 a 59 anos de idade em 2012 foi obtida por município de residência e faixa etária detalhada de 5 anos. Os dados foram coletados no site eletrônico do DATASUS selecionando as Autorizações de Internação Hospitalar –AIH do SUS (SIH-SUS), incluídas na Lista Nacional de CSAP do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) dentro do capítulo da CID-10, faixa etária detalhada por intervalos de 5 anos e ano de 2012.

O número estimado de adultos de 20 a 59 anos residentes em cada município foi obtido através das estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2012, a partir do censo populacional de 2010 (INSITUTO..., 2013).

Esses dados foram posteriormente agregados por macrorregião geopolítica e por região de saúde de residência.

As taxas brutas de internação por condições sensíveis à atenção básica por 10000 residentes adultos (20 a 59 anos) foram calculadas por macrorregião geopolítica e por região de saúde de residência, dividindo-se o número de ICSAB de pessoas com idade entre 20 e 59

anos pelo número de residentes dessa faixa etária em cada um desses territórios multiplicado por dez mil.

As taxas de ICSAB padronizadas através do método direto de padronização foram calculadas tendo como população padrão a distribuição etária do estado do Rio Grande do Sul estimada para o ano de 2012. A padronização se baseia no número total de ICSAB que teria ocorrido em residentes adultos (20 a 59 anos) naquela unidade territorial de interesse se a pirâmide etária territorial fosse igual a do RS. O Estado foi utilizado como referencia por facilitar a comparação entre as unidades territoriais de interesse (macrorregiões e regiões de saúde do estado). As taxas padronizadas foram calculadas para cada unidade territorial usando a seguinte fórmula:

$$\frac{\sum^{1 \text{ até } n} (A * B / C)}{D} * 10000$$

onde

A = número de ICSAB registrado no DATASUS na faixa etária detalhada na unidade territorial

B = proporção de residentes dessa faixa etária detalhada no Rio Grande do Sul

C = proporção de residentes na faixa etária detalhada, previamente calculada dividindo-se o número de residentes na faixa etária detalhada pelo número de residentes acima de 60 anos.

D = número de residentes acima de 60 anos

Todas as análises foram realizadas utilizando as funções matemáticas da planilha Microsoft Excel 2010® e o pacote estatístico SPSS versão 20.

5 ASPECTOS ÉTICOS

Esse estudo utilizará dados secundários que são de domínio público, não contendo nenhuma identificação dos usuários. Portanto, não acarreta nenhum risco aos indivíduos participantes. Essa análise, posteriormente, poderá ser utilizada para auxiliar a tomada de decisão do núcleo gestor.

6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Todas as análises foram realizadas utilizando as funções matemáticas da planilha Microsoft Excel 2010® e o pacote estatístico SPSS versão 20.

7 DISCUSSÃO

As ICSAB constituíram 28,82% do total de internações de adultos de 20 a 59 anos no Rio Grande do Sul em 2012. Essas internações representam custos ao SUS, revelam desigualdades entre regiões, e ajudam a identificar grupos sem acesso a uma atenção à saúde efetiva e de qualidade.

Analisando as sete macrorregiões do Estado identificou-se que a população de 20 a 59 anos representa 57,33% dos residentes do Rio Grande do Sul no período de 2012. Essa população está em idade ativa e, em virtude das desigualdades entre as regiões, principalmente referente à economia, procuram viver em cidades que apresentem melhor qualidade de vida, com disposição de serviços e com oferta de emprego. Esse movimento pode ocasionar um esvaziamento da população nessa faixa etária em algumas cidades do interior do Estado, o que acaba impactando na análise de indicadores que utilizam a estratificação pela faixa etária. Justifica-se, portanto a utilização de taxas padronizadas para as análises aqui apresentadas.

Partindo da análise das macrorregiões identificou-se que a macrorregião Metropolitana concentrou 43,89 % (N= 2710486) da população dessa faixa etária. Isto significa que a maior parte da população em idade ativa no Estado concentra-se na região metropolitana da capital, sabe-se ainda que a população que vive em cidades próximas das capitais acabam trabalhando e usufruindo da estrutura desse centros urbanos, no entanto, mantêm residência fixa em sua cidades. A proximidade e a estrutura de transporte público facilitam a ocorrência desse fenômeno. Desta forma é muito comum que os serviços de saúde que são referência na capital, geralmente serviços de média e alta complexidade (Urgência e

Emergência) sejam procurados por estes sujeitos, o que pode gerar um aumento da demanda e das internações.

As demais macrorregiões apresentaram uma população de aproximadamente 8 a 11%, refletindo a menor concentração de população no interior do Estado.

A partir da distribuição do número ICSAB verificou-se que cerca de 37,90% das internações, no Rio Grande do Sul, neste período, ocorreram na faixa etária de 20 a 59 anos. Número significativo, já que essa faixa etária compreende uma população, que teoricamente, seria mais saudável, menos fragilizada e com isso apresentaria menos internações.

A macrorregião Metropolitana apresentou 43,78 % das ICSAB nessa faixa etária no Estado. As ICSAB podem ser prevenidas se os serviços de atenção básica disponíveis fossem de fato resolutivos, neste caso há que se atentar para a qualidade dos serviços de atenção básica ofertados nessa macrorregião. Convém salientar que nessa macrorregião entre os anos de 2010 e 2014 houve um aumento das visitas domiciliares, com pequeno declínio em 2013. Sendo que em 2010 foram realizadas 2.403.775 visitas, em 2011 foram realizadas 2.060.621, em 2012 foram realizadas 2.094.721 e em 2013 2.368.631, já em 2014 até o momento foram realizadas 671.180 (BRASIL, [2014]) essa informação revela um avanço da Estratégia de Saúde da Família na macrorregião e revela também o interesse do Estado na melhoria da atenção básica. Em cada uma das demais macrorregiões ocorreu cerca de 9% das ICSAB, variando de 8,7 na Serra a 10,7 na Norte.

As taxas brutas de ICSAB (por 10.000 adultos residentes) revelam que em média no Rio Grande do Sul ocorreram 172,4 ICSAB (por 10.000 habitantes) (Tabela 1). A distribuição entre as macrorregiões mostra que a maior taxa de ICSAB nessa faixa etária foi 193,9 na macrorregião Vales, já a menor taxa foi verificada na Serra com 139,2.

Essas taxas foram padronizadas, pois permitem a comparação das macrorregiões entre si e com a média estadual e revelam uma diferença de 63,4 ICSAB por 10.000 adultos

residentes dessa faixa etária entre os extremos, sendo a Serra 133,4 e Missioneira 196,8 com a serra estando 39,0 abaixo da média e a Missioneira 24,4 acima da média estadual. Essa diferença é significativa uma vez que revela a desigualdade entre as macrorregiões, o que pode ser, parcialmente, explicado pela diferença na cobertura da saúde suplementar entre as macrorregiões, devendo assim, ser objeto de futuros estudos. São essas especificidades próprias de cada território que merecem atenção por parte dos gestores, principalmente, no que tange os investimentos e definição de prioridades em saúde.

A partir da distribuição das taxas de ICSAB por região de saúde, em adultos de 20 a 59 anos, foi possível verificar que as maiores taxas brutas ocorreram nas Regiões de saúde do Vale do Paranhana e Costa Serra de 258,15 e Portal das Missões com 229,33. As maiores taxas de ICSAB geralmente são verificadas em regiões que apresentam menor densidade populacional. Importante salientar também que fazem parte dessas regiões municípios de pequeno porte onde estão inseridos os pequenos hospitais, o que pode justificar o maior número de internações. Ainda assim é preciso atentar para os serviços de atenção primária em todos os municípios, já que as ICSAB também revelam a falta de efetividade destes serviços (RIO GRANDE DO SUL, 2013). Já as menores taxas foram verificadas nas regiões de saúde de Caxias e Hortências com 110,81 e Verdes Campos com 121,74. As diferenças encontradas entre as taxas de ICSAB nas regiões de saúde podem ser atribuídas a diferença de cobertura da saúde suplementar nas regiões. Desse modo é necessário que futuros estudos possam partir dessa perspectiva para complementar os resultados encontrados.

Como parâmetro de comparação entre as regiões de saúde e visando evitar possíveis desvios utilizou-se a padronização das taxas ICSAB. A partir da análise verificou-se que a maior taxa ocorreu na região de saúde do Vale do Paranhana e Costa Serra que apresentou taxa de 264,02 por 10.000 adultos residentes. As taxas padronizadas não apresentaram grande diferença em relação à taxa bruta, o que não desqualifica o método, já

que este é o mais adequado para este tipo de análise. A menor taxa de ICSAB ocorreu na região de saúde de Caxias e Hortências de 105,82, com amplitude total de variação entre os extremos de 158,20.

O modelo hospitalar vigente pressupõe maiores internações, pois os serviços de média e alta complexidade, de acordo com a visão popular ainda são as melhores opções para se conseguir um diagnóstico adequado. Essa visão é reforçada quando os serviços de atenção básica disponíveis apresentam baixa resolutividade e cobertura (RIO GRANDE DO SUL, 2013).

As principais causas de ICSAB são respectivamente, Gravidez parto e puerpério que representam 26,5 % do total, seguida pelas doenças do aparelho respiratório (21,9%), circulatório (15,0%) e geniturinário (10,6%). Informações disponíveis na Tabela 3. Percebe-se que dentre as principais causas aparece as internações relacionadas a problemas na gravidez, parto e puerpério o que se justifica já que a faixa etária utilizada compreende também as mulheres em idade reprodutiva. No Estado entre os anos de 2010 a 2014 houve um aumento considerável no atendimento de pré-natal havendo um declínio em 2011 e 2013. De acordo com os números em 2010 foram atendidas 231.835 gestantes, em 2011 foram realizados 158.857 atendimentos, em 2012 foram atendidas 211.408 gestantes, em 2013 foram realizados 210.858 atendimentos e até o momento em 2014 foram atendidas 60.713 gestantes (BRASIL, [2014]). A partir dessas informações pode-se inferir que as mulheres estão recebendo uma atenção especial dos serviços de saúde. Isso ocorre porque a mortalidade infantil é um dos grandes desafios para a gestão e, em regiões de saúde onde a atenção básica não é efetiva a probabilidade de aumentar esse índice é alta.

Os problemas respiratórios que aparecem na sequência podem ser agravados e acabar resultando em um número maior de internações durante alguns meses do ano, em virtude do clima nada favorável e inverno rigoroso que predomina no Estado. Assim seria

importante que alguns estudos considerassem também uma análise sazonal de doenças respiratórias.

Os estudos que utilizam indicadores como as internações por CSAB revelam informações importantes sobre as principais tendências de internações por essas causas, o que pode estar associado à falta de resolutividade dos serviços ofertados nesse nível de atenção do sistema. Revelam ainda, mesmo que indiretamente, desigualdades locorregionais que merecem atenção da gestão quanto ao planejamento das ações e estratégias a serem implementadas de acordo com a regionalização (BRASIL, 2011).

ADMISSIONS FOR SENSITIVE CONDITIONS IN PRIMARY CARE

an analysis by macro-regions, health regions and age in Rio Grande do Sul in 2012

ABSTRACT

The ambulatory care sensitive conditions (ICSAB portuguese acronym) have been the object of analysis of the effectiveness of primary care not only in Brazil but also in many countries. Stratification by age group and comparison between regions favor more accurate analysis, as they can reveal groups without access to appropriate primary care and assists on quality evaluation of these services. This study describes the distribution of rates of locoregional ICSAB of adults between 20 and 59 years living in Rio Grande do Sul in 2012, financial supported by SUS. Also describes the distribution of gross ICSAB standardized rates per 10,000 residents, and second the seven geopolitical macro-regions and thirty health regions of the state, based on secondary data obtained from the Department of Health Information in SUS. In Rio Grande do Sul the ICSAB constituted 28.82% of hospitalizations of adults between 20 and 59 years, 37.90% of ICSAB occurred in this age group. The state rate ICSAB in adults averaged 172.37 per 10,000. The range of variation of the standardized ICSAB rate was 158.20 per 10,000 among the thirty health regions and 63.42 per 10,000 among the seven geographical regions. The results indicated that the main causes of hospitalizations were related to problems of pregnancy, childbirth and postpartum period, respiratory tract and urogenital diseases, suggesting that many can be prevented by primary care. The results also suggest that there are large inequalities in locoregional ICSAB fees paid by the Unified Health System (SUS), can be partly explained by differences in admissions coverage for supplemental health. So it becomes important that future studies examine the indicators initially from this perspective.

Keywords: Primary Health Care. Ambulatory Care Sensitive Conditions. Unified Health System.

8 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 20 set. 1990a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 221, de 17 de abril de 2008. Publica a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. **Diário Oficial da União**, Brasília, v. 221, n.1, 2008, p.70-71.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica. **SIAB**. Brasília, [2014]. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>. Acesso em: 26 jun. 2014.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n.8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011.

BRASIL. Presidência da República. Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990b.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

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.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estimativas populacionais para os municípios brasileiros em 01.07.2013. **Estimativas de População**. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2013/>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: UFS, 2009. p. 29-74.

MOURA, B. L. A., *et al.* Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, Recife, v.10, n. suppl.1, p. s83-s91, 2010.

NEDEL, F. B., *et al.* Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.6, p. 1041-1052, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Atenção primária de saúde nas Américas**: as lições aprendidas ao longo de 25 anos e os desafios futuros. Washington: OMS, 2003. Disponível em: <<http://www1.paho.org/portuguese/gov/cd/cd44-09-p.pdf>>. Acesso em: 20 Jun. 2014.

REHEM, T. C. M. S. B. ; EGRY, E. Y. Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.12, p. 4755-4766, 2011.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde**. Porto Alegre: Secretaria da Saúde, 2002. Disponível em: <http://www.mprs.mp.br/areas/gapp/arquivos/plano_diretor_regionalizacao_saude.pdf>. Acesso em 21 de Jun. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde: 2012/2015**. Porto Alegre, 2013. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/lista/597/Plano_Estadual_de_Sa%C3%BAde>. Acesso em: 26 jun. 2014.

TORRES, R. L., *et al.* O panorama das internações por condições sensíveis à atenção primária em um distrito de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.45, n.spe2, p. 1661-1666, 2011.