

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FERNANDA TIE KUMAGAI

**CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA:
UMA ANÁLISE POR REGIÕES DO RIO GRANDE DO SUL EM IDOSOS EM 2012**

**PORTO ALEGRE
2014**

FERNANDA TIE KUMAGAI

**CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA:
UMA ANÁLISE POR REGIÕES DO RIO GRANDE DO SUL EM IDOSOS EM 2012**

Projeto de Pesquisa - Trabalho de Conclusão de Curso II, apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva pelo Curso de Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

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

PORTO ALEGRE

2014

RESUMO

A Internação por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) é um problema de saúde pública internacional, principalmente entre idosos. Este estudo descreve a distribuição locorregional das taxas de ICSAB em idosos, acima de 60 anos, residentes no Estado do Rio Grande do Sul em 2012, que foram pagas pelo SUS. O delineamento é ecológico baseado em dados secundários do Departamento de Informação em Saúde do SUS para descrever a distribuição das taxas brutas e padronizadas de ICSAB por 10.000 residentes, conforme as sete macrorregiões geopolíticas e as trinta regiões administrativas do setor saúde do Estado. As ICSAB constituíram 51,3% das hospitalizações em idosos; 39,0% das ICSAB ocorreram em idosos, que representam 13,6% da população estadual. A taxa estadual de ICSAB, em idosos, foi em média 746,3 por 10.000. A amplitude de variação das taxas padronizadas de ICSAB foi de 913,5 por 10.000 entre as trinta regiões de saúde e 265,2 por 10.000 entre as sete macrorregiões. Os resultados sugerem grandes desigualdades locorregionais nas taxas ICSAB pagas pelo SUS, o que pode ser, em parte, explicado por diferenças de cobertura de internações pela saúde suplementar, o que deve ser aprofundado em futuros estudos.

Palavras-chave: Internação por Condições Sensíveis à Atenção Básica. Atenção Primária à Saúde. Saúde Coletiva.

ABSTRACT

The hospitalization for primary care-sensitive conditions (HPCSC) is a public health problem internationally, especially among the elderly. This study describes the locoregional distribution rates of HPCSC among elderly above 60 years living in Rio Grande do Sul in 2012, that were paid by SUS. The delimitation is ecologic based in secondary data from the Department of Information in Health of SUS to describe the distribution of crude and standardized rates of HPCSC for each 10.000 citizens, according to the seven geopolitical macro-regions and the thirty administrative regions of health in the state. The HPCSC constituted 51,3% of hospitalizations in elderly; 39,0% of HPCSC occurred in elderly, representing 13,6% of the state population. The state rate of HPCSC in elderly averaged 746,3 per 10.000. The range of variation of standardized rates of HPCSC was 913,5 per 10.000 between the thirty regions of health and 265,2 per 10.000 between the seven macro-regions. The results suggest big locoregional inequalities in the rates of HPCSC paid by SUS, which in part can be explained by differences in the coverage of admissions in the supplementary health, which should be deepened in future studies.

Keywords: Hospitalization for primary care-sensitive conditions. Primary Health Care. Public Health.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Internações por condições sensíveis à atenção básica em pessoas com mais de 60 anos, por macrorregião do Rio Grande do Sul, ordenadas conforme taxas padronizadas em 2012. ...14
- Tabela 2** - Internações por condições sensíveis à atenção básica em pessoas com mais de 60 anos, por região de saúde do Rio Grande do Sul em 2012.....15
- Tabela 3** - Morbidades das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica em idosos com 60 anos no Rio Grande do Sul em 2012.....16

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 METODOLOGIA	10
3 RESULTADOS.....	14
4 DISCUSSÃO	17
REFERÊNCIAS.....	20

1 INTRODUÇÃO

A Internação por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) é um problema de saúde pública, pois além de causar sofrimento psíquico, tanto no paciente quanto nos familiares, na maioria das vezes, suas causas são preveníveis, através de ações efetivas de atenção básica e representam grandes despesas para o Sistema Único de Saúde (SUS). (DIAS-COSTA et al, 2008; MILANESI et al., 2006; LENZ et al., 2008).

Segundo Starfield (2004), existe uma relação entre serviços de atenção básica de qualidade e baixas taxas de ICSAB, sendo que para Mafrá (2011) há uma redução nos valores gastos em ICSAB, associados à cobertura da Estratégia da Saúde da Família (ESF). Ou seja, podemos dizer que o fortalecimento da Atenção Básica, está ligado com a diminuição de internações e, conseqüentemente, com uma redução de gastos para o SUS.

Conforme Moreno (2009), mesmo em situação de grande iniquidade social, como no Brasil, é possível associar a Atenção Básica efetiva com custos menores, assim como maior satisfação dos usuários e melhores indicadores de saúde.

A hospitalização interfere não somente na vida do pacientes, que muitas vezes permanecem sozinhos, gera, também, mudanças repentinas na rotina familiar trazendo sofrimentos e sobrecarga, afetando até mesmo a sociedade.

Segundo Figuera e Viero (2005), a hospitalização, de qualquer idade, pode implicar uma série de sentimentos de desconforto, propiciando o processo de despersonalização, contribuindo com o sentimento de ruptura da vida, assim como a perda de autonomia do paciente. Portanto, a redução das ICSAB é alvo das políticas de saúde coletiva.

O Programa de Saúde da Família (PSF) implementado em 1996 é ampliado em 2006 para a atual Estratégia Saúde da Família (ESF), por meio do Pacto pela Vida, é reafirmado com novas bases de organização do SUS, visando melhorar o acesso e a qualidade dos serviços oferecidos na atenção básica no país (MS, 2006).

Em 17 de Abril de 2008 é formulado o indicador composto Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) a partir de uma lista publicada na Portaria nº 221 do Ministério da Saúde (MS); contém 19 grupos e agravos de saúde que poderiam ser evitados, em sua totalidade, ou em parte, pela presença de serviços efetivos de saúde em nível de atenção básica. A redução, na proporção ou nas taxas de ICSAB, propõe possíveis melhorias na atenção básica. Este indicador, com base em dados secundários, auxilia a incrementar a capacidade de resolução da atenção básica ao identificar prioridades de intervenção e colocando em evidência problemas de saúde que necessitam de melhor atenção e coordenação

entre os níveis assistenciais (BRASIL, 2008).

A Atenção Básica tem aumentado sua área de cobertura e atuação, conforme as adequações necessárias, porém, a eficiência e a qualidade dos serviços dependem, em grande parte, do planejamento e da avaliação do funcionamento por parte dos gestores. Neste contexto, embora outros fatores, tais como: renda, cultura, demografia, entre outros, possam interferir nos ICSAB, a capacidade resolutiva da atenção básica, tem sido tomada como um indicador de qualidade da assistência à saúde, e a utilização deste indicador para avaliação contribui para a tomada de decisão, voltada à demanda e necessidades de saúde da população.

O uso do Indicador ICSAB, como ferramenta de avaliação da Atenção Básica tem aumentado, tanto nos municípios como nos Estados, pois, através desta, é possível monitorar e analisar a efetividade das ações (ELIAS; MAGAJEWSKI, 2008).

O envelhecimento populacional tem ocorrido de forma mais intensa em países em desenvolvimento, sendo um dos maiores desafios da saúde pública. No Brasil, estima-se que o número de idosos alcançará 32 milhões em 2020. O idoso consome mais serviços de saúde, as hospitalizações acontecem com mais frequência, o tempo de ocupação de leito é maior quando comparado às outras faixas etárias (LIMA-COSTA et al., 2003).

A hospitalização é um grande risco para os idosos, sucessivo de diminuição da capacidade funcional, pelo repouso prolongado no leito, podendo causar perda de autonomia, dependência e mudanças na qualidade de vida (CREDITOR, 1993).

Segundo Veras (1994), as doenças dos idosos, em geral, necessitam de um acompanhamento médico e de equipe multidisciplinares.

Conforme Camarano (2004), a taxa de internação na faixa de 80 e mais anos é três vezes maior que a da faixa etária de 55 a 59 anos. Na faixa etária de 60 a 69 anos, verificou-se o custo médio mais elevado entre as faixas etárias, mostrando que no SUS, o aumento do custo com atenção médico-hospitalar aos idosos não possui relação com o aumento dos custos dos procedimentos. O aumento dos custos está diretamente relacionado com as taxas de utilização. Ou seja, com Atenção Básica de qualidade é possível reduzir as taxas de utilização, consequentemente reduzimos o custo.

Segundo Perpetuo e Wong (2006), a população idosa e a primeira infância, apresenta maior risco de ICSAB, sendo menor a melhoria do acesso e a qualidade de Atenção Básica dos idosos comparado com jovens.

Atualmente, o Rio Grande do Sul possui 1.459.597 idosos (IBGE, 2010), que representam 13,6% da população. O índice de envelhecimento no estado estipula 65 idosos para cada 100 jovens de até 15 anos, com tendência de aumentar a cada ano, sendo que a

Região Sul do Brasil tem o maior número de idosos em domicílios unipessoais. O contexto demográfico populacional apresenta baixa natalidade; com aumento de idosos, da razão de dependência de idosos e dos custos da seguridade social e, principalmente, aumento no custo dos serviços de saúde (PLANO ESTADUAL DE SAÚDE, RS 2012-2015).

Diante desses aspectos, é necessária uma atenção especial dos gestores para esta população em crescimento.

A integralidade da atenção à saúde é um dos princípios do SUS, e também um dos principais desafios aos gestores. Segundo o decreto 7.508/2000, o qual regulamenta a lei 8.080/90, cada região deverá organizar sua rede de serviços de saúde de maneira a oferecer o máximo de resolutividade no seu território, valorizando a Atenção Básica, que deve ser a principal porta de entrada do sistema e exercer o papel de ordenadora do sistema.

O papel da Atenção Básica é fundamental quando pensamos em rede; entende-se que, além de atender as demandas do território, como porta de entrada do SUS, deve coordenar as ações de cuidado, compartilhando a responsabilidade com outros serviços, cumprindo o papel de centro da rede, para resolver o problema garantindo a integralidade e qualidade na assistência (CADERNO HUMANIZA SUS – REDES DE PRODUÇÃO DE SAÚDE).

Atualmente, cada vez mais se tem discutido o tema de configuração de rede na Atenção Básica. Com a ampliação do conceito de saúde, foi proposta uma nova forma de atenção e gestão, tornando-se indispensável estratégia de construção de redes, a qual possibilita a criação de múltiplas respostas junto ao enfrentamento da produção saúde-doença. (CADERNO HUMANIZA SUS – REDES DE PRODUÇÃO DE SAÚDE).

Em 2002, o Estado do Rio Grande do Sul, que é composto por 496 municípios, foi agrupado em 19 regiões político-administrativa de saúde, que são responsáveis pelo planejamento, monitoramento e gerenciamento das ações e serviços de saúde, em cooperação técnica, financeira e operacional em conjunto com os gestores municipais e prestadores de serviços de saúde (RUIVO, 2012). As 19 Regiões de saúde compõem as sete macrorregiões de atenção integral à saúde: Centro-Oeste, Metropolitana, Missioneira, Norte, Serra, Sul e Vales (fig.1); cada macrorregião possui pelo menos uma Universidade, formando profissionais, visando garantir uma nova organização para ações de proteção, apoio diagnóstico, atendimento ambulatorial e hospitalar no Rio Grande do Sul (PDR, 2000, p.36 modificado).

Diante dos aspectos descritos fica evidente o impacto do envelhecimento no SUS e a necessidade de descrever a distribuição das taxas de hospitalização por CSAB conforme as sete macrorregiões geopolíticas e as trinta regiões administrativas do setor saúde no Rio

Grande do Sul, com intuito de conhecer a realidade em 2012. Os resultados desta pesquisa serão potencialmente úteis para subsidiar decisões nas políticas para idosos, assim como alocação de recurso de saúde, evitando gastos desnecessários, garantindo equidade na distribuição de serviços para o SUS.



Fig.1: Rio Grande do Sul, dividido por sete Macrorregiões
Fonte: DAHA/SES/RS/2004.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo ecológico, com delineamento descritivo, desenvolvido usando dados secundários oriundos do Departamento de Informação em Saúde do SUS, DATASUS, sobre as internações por condições sensíveis à Atenção Básica em idosos acima de 60 anos, residentes nos municípios do Rio Grande do Sul em 2012.

O número ICSAB de pessoas acima de 60 anos de idade, em 2012, foi obtida por município de residência e faixa etária detalhada de 5 anos a partir dos 60 anos de idade. Os dados foram obtidos do 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 (Portaria 221/MS de 17 de abril de, 2008) dentro do capítulo da CID-10, faixa etária detalhada por faixas de 5 anos e ano de 2012.

O número estimado de pessoas acima de 60 anos residentes em cada município foi obtido das estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2012, a partir do censo populacional de 2010.

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

Taxas brutas de internação, em condições sensíveis à Atenção Básica, de 10.000 residentes idosos foram calculadas por macrorregião geopolítica e por região de saúde de residência, dividindo-se o número de ICSAB em pessoas acima de 60 anos pelo número de residentes dessa faixa etária em cada um desses territórios multiplicado por dez mil.

As taxas de ICSAB, padronizadas por meio 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 acima de 60 anos, naquela unidade territorial de interesse, se a pirâmide etária territorial fosse igual a do RS. A padronização é recomendada quando as pirâmides etárias diferem entre os grupos a serem comparados. O Estado foi utilizado como referência para 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:

$$\frac{\sum_n^1 (A * B / C)}{D} \times 10.000$$

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 Programa estatístico SPSS® versão 20.

Este estudo analisa dados secundários de domínio público, utilizando técnicas estatísticas adequadas para a avaliação das taxas de ICSAB, em idosos de 60 anos e mais por macrorregião do Rio Grande do Sul. Portanto, não acarretará riscos aos indivíduos e será potencialmente benéfico à gestão de saúde no Brasil.

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	Ascaridíase	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	

LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA		
Grupo	Diagnósticos	CID 10
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 crônica	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

LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA		
Grupo	Diagnósticos	CID 10
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 infec. 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

Quadro 1: Lista de Condições sensíveis à atenção primária

Fonte: Portaria Nº 221, de 17 de abril de 2008.

3 RESULTADOS

No Rio Grande do Sul 51,3.% (n=109554/213733X100) de todas as Internações em pessoas acima de 60 anos em 2012 foram decorrentes de CSAB. A população desta faixa etária constitui 13,6% dos residentes (1467957/10770603x100) e 39,0% das ICSAB no Rio Grande Sul em 2012 (N = 109554/280865 x 100; não apresentado em tabela).

A distribuição da população e das ICSAB desta faixa etária por macrorregião mostra que na macrorregião Metropolitana residam 39,9% (n= 58.569,6/146.795,7 x 100) dos idosos e ali ocorreram 36,2% (N= 39688/109554 x 100) das Internações, cerca de quatro vezes mais do que em cada uma das demais regiões (**Tabela 1**).

As taxas brutas de ICSAB mostram que houve no estado em média 746,3 destas internações por 10.000 residentes com 60 anos e mais de idade. As taxas variaram entre as macrorregiões, sendo a maior na Vales (971,4 por 10.000 habitantes) e a menor na Serra (620,3 por 10.000 habitantes).

Quando as taxas de ICSAB foram padronizadas considerando a pirâmide etária do Rio Grande do Sul, observou-se que as macrorregiões Sul e Centro-Oeste apresentaram as menores taxas (609,4 e 637,5 por 10.000 habitantes), com uma diferença de 137,0 e 108,8 abaixo da média estadual respectivamente. A maior taxa padronizada ocorreu na macrorregião Vales (874,5 por 10.000 habitantes) seguida pela Norte (810,9 por 10.000 habitantes) com diferenças de 128,2 e 64,6 acima da média Estadual (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Internações por condições sensíveis à atenção básica em pessoas com mais de 60 anos, por macrorregião do Rio Grande do Sul, ordenadas conforme taxas padronizadas em 2012.

Macrorregião	População		Condições sensíveis à atenção básica			
	Número	Interação Número	(%)	Taxa bruta (0/000)	Taxa padronizada (0/000)	Desvio da média do RS* (0/000)
Sul	155473	10622	(9,7)	683,21	609,35	-137,00
Centro-Oeste	147562	10313	(9,4)	698,89	637,51	-108,80
Serra	135572	8410	(7,6)	620,33	688,77	-57,50
Metropolitana	585696	39688	(36,2)	677,62	744,68	-1,60
Missioneira	137482	12474	(11,3)	907,32	794,74	48,40
Norte	171535	14968	(13,6)	872,59	810,87	64,60
Vales	134637	13079	(11,9)	971,43	874,54	128,20
RS	1467957	109554	(100,0)	746,30	746,31	-

A distribuição das taxas por região de saúde evidencia maior ocorrência de ICSAB em Soledade e na Fronteira Noroeste (1115,3 e 1114,9 por 10.000 idosos respectivamente). A distribuição das taxas padronizadas mostra uma variação de 913,5 por 10.000 idosos entre as regiões de maior e menor ocorrência de ICSAB (região de Verdes Campos 356,2 por 10.000, abaixo da média estadual; e Vale do Paranhana e Costa Serra, 557,3 por 10.000, acima da média). (Tabela 2).

Tabela 2 - Internações por condições sensíveis a atenção básica em pessoas com mais de 60 anos, por região de saúde do Rio Grande do Sul em 2012.

	Taxa Bruta (0/000)	Taxa Padronizada (0/000)	Desvio da média
Verdes Campos	441,2	390,1	-356,2
Região Sul	644,0	570,7	-175,6
Belas Praias	539,6	583,5	-162,8
Alto Uruguai Gaúcho	704,6	600,1	-146,2
Capital e Vale do Gravataí	596,1	604,3	-142,0
Região da Diversidade	708,4	621,9	-124,5
Caxias e Hortências	497,9	623,8	-122,6
Bons Ventos	679,3	628,2	-118,1
Lagoa Vermelha	776,7	670,2	-76,1
Vinhedos e Basalto	720,8	688,8	-57,5
Campos de Cima da Serra	702,7	696,9	-49,4
Carazinho	801,7	716,3	-30,0
Carbonífera / Costa Doce	692,0	759,2	12,9
Entre – Rios	950,1	763,4	17,1
Uva e Vale	724,3	776,3	30,0
Sete Povos das Missões	896,4	788,9	42,6
Pampa	874,0	803,8	57,5
Vale da Luz	874,1	807,7	61,4
Portal das Missões	900,9	831,0	84,7
Vales e Montanhas	960,0	836,7	90,4
Fronteira Oeste	868,9	845,7	99,4
Jacuí Centro	1012,2	846,1	99,8
Região Vinte e Oito	922,6	871,4	125,1
Fronteira Noroeste	1114,9	938,0	191,7
Frederico – Palmeira	1066,3	973,3	227,0
Passo Fundo	912,2	984,9	238,6
Vale do Caí e Metropolitana	831,3	1002,9	256,6
Vale dos Sinos	735,2	1012,5	266,2
Soledade	1115,3	1060,7	314,4
Vale do Paranhana e Costa Serra	1044,6	1303,6	557,3
RS	746,3	746,3	

* Desvio = Taxa padronizada menos 746,30, que é a média estadual

As principais causas de ICSAB foram doenças respiratórias (37,6%) e cardiovasculares (31,8%), seguida das endócrinas nutricionais e metabólicas (7,5%), algumas doenças infecciosas e parasitárias (7,2%), doenças do aparelho geniturinário (5,7%), constituindo 89,8% do total. (Tabela 3).

Tabela 3 - Morbidades das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica em idosos com 60 anos no Rio Grande do Sul em 2012.

Morbidades	60 anos e mais	
	Número	(%)
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	7887	(7,2)
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	306	(0,3)
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	8232	(7,5)
Doenças do sistema nervoso	5005	(4,6)
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	45	(0,0)
Doenças do aparelho circulatório	34848	(31,8)
Doenças do aparelho respiratório	41139	(37,6)
Doenças do aparelho digestivo	5275	(4,8)
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	588	(0,5)
Doenças do aparelho geniturinário	6229	(5,7)
Total	109554	(100,0)

4 DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo mostraram que em 2012, no Rio Grande do Sul, 51,3% de todas as Internações em pessoas acima de 60 anos foram decorrentes de CSAB, apresentando um número significativo no total das internações que poderia ser evitado. A população em estudo representa 13,6% dos residentes e 39,0% das ICSAB em 2012 no Estado; taxas com um impacto econômico social significativo, resultando em um importante problema de saúde pública.

A comparação entre as taxas padronizadas de ICSAB e média desta faixa etária nas macrorregiões, mostra que na macrorregião Metropolitana residem cerca de 39,9% dos idosos do Estado e que as internações ocorrem quatro vezes mais comparando com as demais regiões. Dados que confirmam a literatura nacional, pois sabemos que no Sul do país, principalmente nas capitais, o número de idosos é maior, assim como o número de residentes em domicílios unipessoais também é maior quando comparado com as demais regiões, a qual resulta em uma probabilidade maior de internação, apresentando necessidade de atenção especial dos gestores para oferta de serviços de saúde acessíveis que prestem atenção integral a esta população.

As taxas brutas de ICSAB variaram entre as macrorregiões, sendo a maior na Vales e a menor na Serra, região com alta prevalência de beneficiários de planos de saúde que provavelmente tiveram suas internações hospitalares pagas pela saúde suplementar e não pelo SUS. Quando as taxas de ICSAB foram padronizadas, considerando a pirâmide etária do Rio Grande do Sul, observou-se que as macrorregiões Sul e Centro-Oeste apresentaram as menores taxas, resultando valores distintos entre a taxa bruta e taxa padronizada. O resultado acima confirma a necessidade de padronização das taxas em caso de comparação das mesmas.

Apesar das macrorregiões Sul e Centro-Oeste apresentarem taxas de ICSAB melhores, possuem baixa cobertura de atenção básica associada com baixo índice econômico (RUIVO 2012; PES-RS 2012-2015). A maior taxa padronizada ocorreu na macrorregião Vales, seguida pela Norte. Estas regiões também possuem baixa cobertura de Atenção Básica, com maior número de municípios de pequenos portes com baixa densidade populacional quando comparado com as demais regiões do Estado (PES/RS, 2012-2015). Condições socioeconômicas que dificultam o financiamento de saúde. Observa-se, também, que estas regiões são responsáveis por produção de fumo e agronegócios do estado, fatores que podem estar associados com a alta taxa de internação.

No Rio Grande do Sul o perfil das causas de ICSAB é semelhante ao do Brasil, sendo as principais causas de ICSAB entre idosos são as doenças do aparelho respiratório, seguidas por doenças cardiovasculares; doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, confirmando a literatura nacional da participação das doenças crônicas não transmissíveis como responsáveis pelas internações em idosos (GÓIS; VERAS, 2010; BASTOS, 2013). As doenças crônicas não transmissíveis levam a ampla utilização dos serviços de saúde, podendo ocorrer agravamentos que necessitam de internações quando não existe acompanhamento pela Atenção Básica (ALFRADIQUE et al., 2009).

A distribuição das taxas padronizadas pelas 30 regiões de saúde mostrou maior ocorrência de ICSAB sendo a região de Verdes Campos de menor taxa abaixo da média do Estado (352,6 por 10.000) e região Vale do Paranhana e Costa Serra (557,3 por 10.000) com média acima do Estado. A região do Paranhana e Costa Serra possui o IDH alto acima de 0,800 com disponibilidade de leitos também maior comparado com as demais regiões, confirmando a literatura nacional de quanto maior a oferta de serviços, maior a ocupação destes (PES-RS 2012-2015; RUIVO, 2012; ELIAS et al., 2008), aprofundando o conhecimento da atenção hospitalar da saúde nessas regiões.

Estes resultados precisam ser analisados com cautela. As diferenças locoregionais entre as taxas de ICSAB podem ser consideradas um sinal de alerta para monitoramento e investigação da situação de saúde (ALFRADIQUE et al., 2009). Futuros estudos devem aprofundar o conhecimento sobre as desigualdades nas ICSAB, estimando taxas padronizadas de ICSAB separadamente para populações beneficiárias e não beneficiárias de planos de saúde; e aspectos das internações que não foram examinados neste estudo.

Os resultados deste estudo nem sempre podem ser comparados com os encontrados na literatura devido a diferenças entre as listas de ICSAB e faixas etárias utilizadas (DIAS-DACOSTA et al., 2008; ALFRADIQUE et al., 2009) e a falta de padronização das estimativas nos estudos que não padronizaram suas estimativas, considerando a variedade da distribuição etária entre as regiões e municípios a serem comparados.

Como as ICSAB ocorrem mais frequentemente em populações em situação de maior vulnerabilidade social, a temática da atenção equitativa à saúde é de grande relevância no planejamento das ações de saúde, principalmente no Brasil que possui um sistema de saúde universal. Para uma análise mais aprofundada das condições de saúde da população, medida pela distribuição locorregional das ICSAB, futuros estudos devem investigar a distribuição das ICSAB em beneficiários de plano de saúde privado, pois uma proporção relevante das

internações hospitalares, em algumas regiões do estado, tem sido realizada pela saúde suplementar; e este estudo enfocou nas internações pagas pelo SUS.

REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, Maria Elmira 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 ICSAB – Brasil). **Cad Saúde Pública** 2009; 25(6): 1337-49.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 648 de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. 2006; Seção 1:21. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em 24-jun-2014.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. **Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: MS; 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 24-jun-2014.

BRASIL. **Portaria Nº 221 de 17 de abril de 2008**. Divulga a Lista Nacional de Condições Sensíveis a Atenção Primária. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 abr. 2008. p.70. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-221.htm>>. Acesso em: 24-jun-2014

BRASIL. Presidência da República. **Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 23-jun-2014.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 8080/90 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em 24-jun-2014.

CADERNOS HUMANIZASUS – **Redes de produções de saúde**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_producao_saude.pdf>. Acesso em: 24-jun-2014.

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO A.A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA; 2004. p.253-92.

CREDITOR, Morton C. Hazards of hospitalization of the elderly. **Ann Intern Med.** 1993;118(3):219-23.

DATASUS. **Informações em saúde, Assistência à Saúde, Internações hospitalares, Morbidade, Morbidade Hospitalar geral por local de residência em 2012**. Disponível em: <<http://datasus.gov.br>>. Acesso em 12-mai-2013.

DIAS-DA-COSTA, Juvenal Soares; et al. Qualidade da atenção básica mediante internações evitáveis no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(7):1699-1707, jul, 2008. 1699.

ELIAS, Evelyn; MAGAJEWSKI, Flávio. A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. **Rev. bras. epidemiol.**, [online]. 2008, vol.11, n.4, pp. 633-647. ISSN 1415-790X. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2008000400011&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 4-jun-2014.

FERNANDES, Viviane Braga Lima; et al. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, 2009;43(6):928-36. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n6/03.pdf>>. Acesso em 24-jun-2014.

FIGHERA, Josiele; VIERO, Eliane Viero. Vivências do paciente com relação ao procedimento cirúrgico: fantasias e sentimentos mais presentes. **Rev. SBPH** [online]. 2005, vol.8, n.2, pp.51-63. ISSN 1516-0858.

GOIS, Ana Luiza Batista; VERAS, Renato Peixoto. Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciênc saúde coletiva**, 2010;15 (6): 2859-2869.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo do Rio Grande do Sul em 2012**. Disponível em URL: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm>>. Acesso em 24-jun-2014.

JUNQUEIRA, Rosania Maria Pereira; DUARTE, Elisabeth Carmen. Internações hospitalares por causas sensíveis à atenção primária no Distrito Federal, 2008. **Rev. Saúde Pública**[online], 2012, vol.46, n.5, pp.761-768. ISSN 0034-8910.

LENZ, Maria Lúcia Medeiros et al. Hospitalizações entre crianças e adolescentes no território de abrangência de um serviço de Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, 2008; 3(12): 271-81.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; VERAS, Renato Peixoto. Saúde pública e envelhecimento. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2003, vol.19, n.3, pp. 700-701. ISSN 0102-311X.

MAFRA, Fábio. Impacto da atenção básica em saúde em indicadores de internação hospitalar no Brasil. **Dissertação**. Mestrado Profissional em Regulação de Mercados, Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciências da Informação e Documentação. Universidade de Brasília, 2011.

MARQUES, Aline Pinto. Análise das causas de internação de idosos segundo a classificação de Condições Sensíveis à Atenção Primária: estudo da evolução temporal no Estado do Rio de Janeiro. **Dissertação** (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

MILANESI, Karina; et al. Sofrimento psíquico da família de crianças hospitalizadas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2006, nov/dez; 9(6): 769-74.

MORENO, Arlinda Barbosa et al. Internações hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial: algoritmo de captura em registro integrado de saúde. **Caderno Saúde Coletiva**, 2009; 17: 409-16.

PERPETUO, Ignez Helena Oliva; WONG, Laura Rodrigues. Atenção hospitalar por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA) e as mudanças no seu padrão etário: Uma análise exploratória dos dados de Minas Gerais. **Anais**. Seminário de Economia Mineira. Belo Horizonte: UFMG; 2007.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Plano Estadual de Saúde RS 2012-2015**. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1382374302_PES%202012-2015%20FINAL.pdf>. Acesso em 23-jun-2014

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde-julho 2002**. Disponível em:

<http://www.mprs.mp.br/areas/gapp/arquivos/plano_diretor_regionalizacao_saude.pdf>. Acesso em: 24-jun-2014.

RODRIGUES, Bastos Rira Maria. Internações por condições sensíveis à atenção primária em município do Sudeste do Brasil. **Rev Assoc Med Bras**, 2013;59(2):120-7. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v59n2/v59n2a10.pdf>>. Acesso em: 20-junho-2014.

RUIVO, Júlio Cesar Viero. Análise Regional da Distribuição Espacial de Oferta de Serviços de Saúde: estudo de Caso: Os serviços de Alta Complexidade do SUS no RS. **Dissertação**. Mestrado em PPG- Planejamento Urbano e Regional, UFRGS. 2012. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/propur/teses_dissertacoes/Julio_Cesar_Viero_Ruivo.pdf>. Acesso em 24-jun-2014.

SIMÕES, ELISABETH SASSO (coord) et al. **Projeto Complexos Reguladores**. Secretaria Estadual da Saúde/RS. Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial-DAHA-2006. Disponível em: <http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1305296426844Complexos_Reguladores_SETEC_DAHA_SES.pps>. Acesso em: 23-jun-2014.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde/Unesco/DFID, 2004.

TORRES, Renata Laszlo et al. O panorama das internações por condições sensíveis à atenção primária em um distrito de São Paulo. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2011, vol.45, n.spe2, pp. 1661-1666. ISSN 0080-6234.

VERAS, Renato Peixoto. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. 224p.