

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

JOSÉ RICARDO BUSATTO

**INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM
HOSPITAIS DE DIFERENTES PORTES NAS REGIÕES DE SAÚDE VALE
DAS MONTANHAS E VALE DA LUZ DO RIO GRANDE DO SUL: ANÁLISE
COMPARATIVA DE 2009 E 2018**

Porto Alegre - RS

2020

JOSÉ RICARDO BUSATTO

**INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM
HOSPITAIS DE DIFERENTES PORTES NAS REGIÕES DE SAÚDE VALE
DAS MONTANHAS E VALE DA LUZ DO RIO GRANDE DO SUL: ANÁLISE
COMPARATIVA DE 2009 E 2018**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Saúde Pública – Faculdade de Medicina – da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa

**Porto Alegre - RS
2020**

CIP - Catalogação na Publicação

Busatto, José Ricardo
INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO
PRIMÁRIA EM HOSPITAIS DE DIFERENTES PORTES NAS REGIÕES
DE SAÚDE VALE DAS MONTANHAS E VALE DA LUZ DO RIO
GRANDE DO SUL: ANÁLISE COMPARATIVA DE 2009 E 2018 /
José Ricardo Busatto. -- 2021.
35 f.
Orientador: Roger dos Santos Rosa.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade
de Medicina, Especialização em Saúde Pública, Porto
Alegre, BR-RS, 2021.

1. Internações por Condições Sensíveis À Atenção
Primária. 2. Saúde Pública. 3. Portes Hospitalares. 4.
Atenção Primária à Saúde. 5. Regiões de Saúde nº 29 e
nº30 do Estado do Rio Grande do Sul . I. dos Santos
Rosa, Roger, orient. II. Título.

RESUMO

As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária a Saúde (ICSAPS) têm sua variação associada, dentre outras coisas, à capacidade ou não da atenção primária dar conta da demanda de saúde evitando internações desnecessárias. O presente estudo visa descrever as ICSAPS segundo porte hospitalar em duas Regiões de Saúde do estado do Rio Grande do Sul, que contam com hospitais de diferentes portes, nos anos de 2009 e 2018. A partir do TabNet, foram definidos os 20 hospitais considerados no estudo. Os dados foram coletados em bancos públicos do Sistema de Internações Hospitalares do Sistema Único de Saúde e tabulados no TabWin. Os resultados mostram que em ambas as regiões houve uma queda de aproximadamente 26% nas ICSAPS, passando de 5.810 internações em 2009 para 4.295 em 2018. As ICSAPS entre mulheres foram 7,5% mais frequentes em relação aos homens em 2009 e 15% mais frequentes em 2018. 53,6% das internações foram de idosos em 2009, porcentagem que aumentou para 61% em 2018. O número de ICSAPS aumentou em 6 dos 37 municípios, sendo a maioria deles isolados e muito pequenos, com hospitais de pequeno porte em suas redes. Os hospitais de médio e grande porte que tiveram aumento de ICSAPS registraram queda entre seus municípios, o que indica uma migração desse tipo de internação de municípios menores para hospitais de referência da região. A maioria das ICSAPS estiveram relacionadas a problemas pulmonares, seguidas por problemas cardíacos e vasculares, tendo em terceira posição gastroenterites infecciosas e complicações. O gasto médio com cada ICSAPS aumentou de R\$728,80 em 2009 para R\$961,74 em 2018, de forma que, mesmo com a redução expressiva de internações, o valor investido nelas diminuiu apenas 2,44%, passando de R\$4.234.271,93 em 2009, para R\$4.130.660,77 em 2018. Apesar da queda de ICSAPS, os gastos com elas seguiram muito elevados. Os hospitais de pequeno porte seguem com altas taxas de ICSAPS, o que pode demonstrar a fragilidade da Atenção Primária a Saúde e a necessidade de rever a rede de atenção desses municípios.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Hospitalização; Tamanho das Instituições de Saúde; Indicadores Básicos de Saúde; Regionalização.

ABSTRACT

Hospitalizations for Conditions Sensitive to Primary Health Care (ICSAPS) have their variation associated, among other things, with the ability or not of primary care to cope with the demand for health, avoiding unnecessary hospitalizations. The present study aims to describe how ICSAPS according to hospital size in two health regions of the state of Rio Grande do Sul, which have several hospitals in different parts, in the years 2009 and 2018. From the TabNet, the 20 hospitals considered in the study. Data were collected in public banks of the Hospital Admissions System of the Unified Health System and tabulated in TabWin. The results show that there was a 26% drop in ICSAPS in both regions, from 5,810 hospitalizations in 2009 to 4,295 in 2018. ICSAPS among women were 7.5% more frequent than in 2009 and 15% most frequent in 2018. 53.6% of hospitalizations were for elderly people in 2009, an increase that increased to 61% in 2018. The number of ICSAPS increased in 6 of the 37 municipalities, the majority of them being forced and very small, with small hospitals. their networks. The medium and large hospitals that had an increase in ICSAPS registered a decrease in the same among their residents, which indicates a migration of this type of hospitalization from smaller municipalities to reference hospitals in the region. Most of the ICSAPS were related to lung problems, followed by cardiac and vascular problems, with infectious gastroenteritis and complications in third position. The average expenditure with each ICSAPS increased from R \$ 728.80 in 2009, to R \$ 961.74 in 2018, so that even with the significant reduction in hospitalizations, the amount invested in them decreased only 2.44%, from R \$ 4,234. 271.93 in 2009, to R \$ 4,130,660.77 in 2018. Despite the drop in ICSAPS, spending at the same levels was very high. Small hospitals continue with high ICSAPS rates that can demonstrate the fragility of Primary Health Care and the need of reviewing the municipalities' care network.

Keywords: Primary Health Care; Hospitalization; Health Facility Size; Health Status Indicators; Regional Health Planning.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	4
2	REVISÃO DE LITERATURA	5
2.1	A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL.....	5
2.2	INTERAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA.....	9
2.3	O CONTEXTO GAÚCHO E DAS REGIÕES DE SAÚDE 29 E 30.....	11
2.4	OS DIFERENTES PORTES HOSPITALARES E SUAS CONDIÇÕES.....	13
3	OBJETIVOS	15
3.1	OBJETIVO PRINCIPAL.....	15
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
4	METODOLOGIA	16
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	19
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
	REFERÊNCIAS	29

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, desde a Constituição de 1988, e posteriormente com a Lei nº 8.080/90, constituiu-se um sistema de saúde público e universal. O Sistema Único de Saúde (SUS) ao longo dos anos vem reforçando a Atenção Primária à Saúde (APS), em consonância com conceitos da Conferência de Alma Ata em 1978 e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que defendiam esse caminho como uma boa estratégia para a produção de melhorias sustentáveis e equidade no estado de saúde da população (BRASIL, 2010).

No início dos anos 2000, inúmeros países repensavam seus investimentos em saúde. Os custos da assistência à saúde vinham apresentando crescimento exponencial, porém não havia melhora a altura na saúde geral das populações. Neste contexto, a Organização Mundial da Saúde (2004) lançou um guia sobre as vantagens da Atenção Primária à Saúde colocando-a como foco central dos investimentos, a fim de melhorar a eficiência e a efetividade das ações de promoção de saúde, diagnóstico precoce, prevenção de doenças e cuidado longitudinal. No Brasil, com o passar dos anos e a criação, implementação e expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a APS se tornou cada vez mais importante no sistema de saúde nacional.

Para Starfield (1992), a APS deve ser o nível mais básico de atenção oportunizando acesso facilitado a população com resolutividade, podendo solucionar até 80% dos problemas de saúde. A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) de igual forma prevê que a APS seja resolutiva e funcione como base do sistema, coordenando o cuidado e ordenando as redes de saúde. Assim, a ineficiência da Atenção Primária compromete diferentes níveis do sistema e, por isso, é imprescindível a avaliação e o monitoramento constante da qualidade dos serviços (BRASIL, 2012).

A efetividade da APS costuma ser internacionalmente verificada, entre outros, por meio de indicadores de atividade hospitalar. Isso quer dizer que determinados agravos que geram internação hospitalar podem ser menos frequentes ou, até mesmo, evitados quando a atenção básica for efetiva (SOUZA e HAMANN, 2009). As chamadas Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde (ICSAPS) funcionam como um bom indicador para a qualidade da Atenção Primária à Saúde e vêm sendo, desde a década de 1990 em diferentes países, adaptadas para cada local conforme as suas especificidades. Este indicador, além de trazer

informações sobre a atenção básica, permite avaliar o nível de complexidade dos serviços prestados pelos hospitais (BOING et al., 2012). A lista brasileira de ICSAPS foi elaborada em 2008, após discussão com diferentes órgãos e camadas da sociedade e é, até hoje, utilizada como base para estudos (MENDONÇA e ALBUQUEURQUE, 2014).

Hospitais de diferentes portes podem ter taxas de ICSAPS diferentes, o que pode variar tanto por questões ligadas às próprias instituições, como o nível de tecnologia presente, os profissionais e os recursos financeiros, quanto a questões ligadas à rede de saúde do município e da região onde a instituição se insere. No estado do Rio Grande do Sul, a 16ª Coordenadoria Regional de Saúde, divisão político administrativa da Secretaria Estadual de Saúde que compreende municípios das Regiões de Saúde nº 29 (Vale das Montanhas) e nº 30 (Vale da Luz), tem um perfil hospitalar variado. São 20 hospitais, sendo 15 de pequeno porte, 3 de médio porte e 2 de grande porte, o que permite uma análise das taxas de ICSAPS por porte hospitalar. O estudo objetiva descrever as ICSAPS segundo porte hospitalar nas regiões de saúde nº 29 e nº 30 do estado Rio Grande do Sul nos anos de 2009 e 2018.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) imbricado na premissa constitucional da saúde como um direito de todos e um dever do Estado, visa, dentre outros, ofertar acesso universal à saúde para a população. A fim de alcançar o maior número de brasileiros e promover um cuidado longitudinal, o SUS passou a investir na Atenção Primária à Saúde (APS), em especial na Estratégia de Saúde da Família (ESF), que iniciou como Programa na última década do século passado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Com a expansão da APS, os municípios, especialmente os de menor porte, conseguiram reorganizar seus sistemas de saúde, firmando-os com bases sólidas na integralidade do cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Em 2011, o Decreto Presidencial nº 7.508/2011 regulamentou a Lei nº 8.080/1990 instituindo a organização do Sistema Único de Saúde de forma regionalizada, buscando a melhoria do acesso a saúde e contemplando as diretrizes

e princípios propostos. Tal regulamentação auxiliou a efetivar a APS, já que a colocou como ordenadora do sistema público de saúde do país (BRASIL, 2011).

Para a Atenção Básica, também foi um marco o Programa Mais Médicos criado por meio da Medida Provisória nº 621, publicada em 8 de julho de 2013, transformada em outubro do mesmo ano na Lei nº 12.871, após amplo debate público junto à sociedade e no Congresso Nacional. O Programa, que visava o aumento do número de cursos de medicina no país, a mudança do perfil desses profissionais tornando-os mais voltados para a Atenção Básica e a expansão imediata da oferta de profissionais médicos, por meio da contratação de médicos estrangeiros e brasileiros formados no exterior, efetivou um aumento exponencial no acesso aos serviços de saúde, especialmente nas regiões mais afastadas e vulneráveis do país (BRASIL, 2013).

Como decorrência destes investimentos na Atenção Básica, houve um incremento financeiro no setor de 65% entre os anos de 2010 e 2013 por parte do governo federal, chegando ao montante de R\$16,1 bilhões. Esse valor ainda representa, no entanto, apenas 21% dos gastos totais em saúde, evidenciando a persistência de uma visão distorcida em relação a complexidade da Atenção Básica, que a desvaloriza frente aos demais níveis de atenção. Tal realidade clama por mudanças, em especial por conta dos elevados gastos em atenção secundária e terciária, que seriam evitáveis com uma APS que suprisse a demanda da população (CAPUCCI, 2014).

Desde 1960, discute-se a APS e, no Ocidente, foram inúmeras as tentativas de adequar os conceitos de promoção de saúde e prevenção aos anseios capitalistas. O amplo financiamento dos órgãos internacionais como a OMS para a interpretação adequada dos “Determinantes Sociais de Saúde”, contudo, conseguiu ganhar mais aceitabilidade no pensamento corrente no final do século XX. Nos anos 1990, no entanto, o Brasil, ainda refém do capitalismo central, acabou adotando a receita do Banco Mundial oferecendo um pacote básico de procedimentos para a população sem acesso a serviços privados. Experiências locais inspiraram a criação do Programa de Saúde da Família, que viria a se tornar Estratégia e ponto central e coordenador do cuidado com a PNAB de 2011, porém o subfinanciamento crônico levou à falta de comunicabilidade entre pontos da rede, tornando o trânsito terapêutico paciente dependente (MENDES, CARNUT, GUERRA, 2018).

Ao longo dos anos, muitos passos foram dados para consolidar o Sistema Único de Saúde, por meio de portarias, decretos, normas operacionais e emendas constitucionais, que tratavam sobre expansão e organização da rede de saúde, bem como de seu financiamento. A aplicação de recursos na saúde no Brasil em 2012, segundo a OMS, era de 9,3% do PIB, percentual maior que o da Austrália e similar ao de outros países desenvolvidos. A principal diferença entre o Brasil e os demais países com percentuais similares é a porcentagem desses recursos que são aplicados pelo poder público (bem como os valores *per capita*). Enquanto na Inglaterra, o setor público é responsável por 70% do capital investido, no Brasil são apenas 46%, porcentagem igual à dos Estados Unidos (MACINKO J., HARRIS MJ., 2015), havendo, assim, um subfinanciamento. Para Mendes (2013), quando os gastos públicos são inferiores a 50% dos gastos totais, ocorre a fragmentação do sistema de saúde. Isso pode fazer com que o SUS, a longo prazo, torne-se um serviço voltado para uso geral das classes baixas e para custeio de procedimentos de custo elevado para as classes média e alta, fugindo de seus princípios e diretrizes.

Em 2016, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 95 que prevê um teto de gastos públicos por 20 anos e um piso mínimo de aplicação de recursos em ações e serviços públicos de saúde reajustado anualmente pela variação da inflação. O teto de gastos, que limita o orçamento em todas as áreas, dificulta o incremento de recursos para a saúde. Tal situação tem levado à intensificação da falta de recursos no SUS desde 2017, ano em que foi publicada a mais recente Política Nacional de Atenção Básica (MENDES, CARNUT, GUERRA, 2018). Em virtude disso, haveria uma tendência de diminuição da cobertura, fusão das funções dos agentes de saúde e de endemias e segmentação dos cuidados, dentre outros prejuízos (MOROSINI et al., 2018).

A fim de evitar a precarização da APS, mesmo considerando o congelamento dos investimentos, o Governo Federal propôs em 2019 uma reforma da Atenção Primária à Saúde no Brasil. O objetivo central foi, frente a escassez de recursos, melhorar resultados em saúde a partir da atenção básica, que demanda um aporte financeiro menor que os demais níveis de atenção. A proposta reconhece os avanços consideráveis ao longo dos últimos 25 anos, porém aponta má gestão de recursos, falta de profissionais capacitados, dificuldade no acesso aos serviços por boa parte da população, informações não interligadas entre os diferentes pontos da rede,

problemas nas formas de financiamento, dentre outras falhas. As altas taxas de ICSAPS no país, também são parte da justificativa para a reforma. A partir deste cenário, em 2019 foi criada a Secretaria de Atenção Primária à Saúde, dando voz às demandas e necessidades da APS, que, até então, sempre estiveram sob juízo de secretarias que também administravam a atenção especializada e hospitalar a nível federal. Essa desvinculação, contudo, não necessariamente terá reflexos práticos diretos, já que as secretarias municipais e estaduais de saúde seguirão administrando a sua forma os diferentes níveis do sistema. A reforma visou alterar as formas de financiamento e avaliação permanente, ampliar a informatização, ofertar um maior número de residências médicas em multiprofissionais voltadas para a APS e facilitar as formas de contratação profissional, especialmente de médicos. Dentre as ações, também estão a expansão dos horários de atendimento e a mudança na lógica de populações adscritas, estimulando a competição entre os serviços e facilitando o seu acesso, bem como a criação de protocolos de atendimentos e fortalecimento da clínica e ampliação do escopo profissional a fim de ofertar mais e melhores serviços de saúde (HARZHEIM et al., 2020).

Segundo Harzheim (2020), uma das principais bases para a reforma da APS é o Programa “Previne Brasil”, que revê as formas de financiamento na área. O programa é um misto que visa equilibrar o aporte financeiro *per capita*, com o grau de desempenho do assistencial da equipe com incentivos para ações estratégicas também previstas na reforma da APS. O “Previne Brasil” não permite que ocorram perdas financeiras a nenhum município, pois mantém em 2020 o valor recebido por cada um na melhor competência de 2019, propiciando ganhos reais a todos, além de oportunizar o acesso a recursos extras aqueles que mostrarem melhor desempenho. Não houve consenso entre todas as representações deliberativas para a aprovação da reforma do financiamento da APS no Brasil. Existiu apoio da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONA SEMS) e da Confederação Nacional dos Municípios (CNM), porém ainda há controvérsias em relação aos efeitos a longo prazo. Massuda (2020) traz inúmeras críticas ao novo modelo de financiamento proposto, pois acredita que o sistema de capitação, que envolve transferência de recursos mediante desempenho e cadastramento da população, pode levar a abismos ainda maiores que os já existentes. Ao seu ver, seriam prejudicados municípios pequenos e remotos com

deficiências administrativas e os muito grandes, com dificuldade de fazer levantamentos extensos especialmente nas áreas de maior vulnerabilidade social.

2.2. INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA

Mesmo com inúmeros avanços no SUS, ainda há muito a evoluir, especialmente na estruturação da rede regionalizada qualificando a assistência. Para que seja possível melhorar o sistema, é necessário avaliá-lo continuamente por meio de um indicador secundário que tem base hospitalar. Trata-se das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde (ICSAPS).

Na década de 1990, um estudo em um hospital de Nova York evidenciou elevados números de internações e agravos por complicações de doenças crônicas que poderiam ter sido manejadas em nível ambulatorial, evitando superlotação hospitalar e boa parte do custo de manejo destes quadros. A partir disso, as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) foram introduzidas como um indicador de efetividade para a Atenção Básica (BILINGS et al., 1993). Desde sua descrição na América do Norte, o indicador foi difundido por inúmeros países, principalmente aqueles que tinham seus sistemas de saúde baseados na APS, como Espanha, Inglaterra, Portugal, Austrália e, posteriormente, outros como o Brasil (NEDEL; MENDONÇA; CALVO, 2017).

Enquanto a Atenção Básica não for resolutiva, a demanda por internações hospitalares seguirá alta, sobrecarregando o sistema de saúde e criando despesas evitáveis devido às internações por CSAPS. Os agravos presentes nesta lista de internações não deveriam aportar à atenção terciária em grande quantidade. É possível evitar internações por doenças infecciosas passíveis de controle por imunização, aquelas cujas complicações podem ser atenuadas por meio de diagnóstico e tratamento ambulatorial precoce, as complicações agudas de doenças crônicas não transmissíveis, além de promover a redução do tempo de internação por inúmeras condições (CAMINAL et al., 2004).

Altas taxas de ICSAPS representam acesso deficiente a atenção básica ou problemas no seu desempenho, sendo necessário buscar os motivos para tal situação. A inexistência, a baixa cobertura, a ineficiência e a falta resolutividade ou, até mesmo, de vínculo com o usuário, podem ser algumas das causas para a hospitalização excessiva. Em muitos casos, pelos mesmos motivos, a APS acaba não tendo sequer a oportunidade de atender ao usuário, pois ele acessa o sistema diretamente pela

Atenção Especializada ou Pronto Atendimento (ALFRADIQUE et al., 2009). Apesar do contexto brasileiro, uma revisão de literatura com 21 artigos sobre ICSAPS em diferentes regiões do país mostrou que há uma tendência de estabilização e redução dessas taxas no país (PEREIRA; CAVALCANTI DA SILVA; LIMA NETO, 2014). Dados de Macinko et al. (2011) mostram que, entre os anos de 1999 e 2007, houve no Brasil uma diminuição de 17% nas ICSAPS, bem como no valor investido nessas hospitalizações frente as demais, tendo a APS bem estruturada, capacidade de diminuir tais internações. Sabe-se, contudo, que em alguns locais as equipes de Estratégia de Saúde da Família levam anos para se consolidar, o que pode alterar o padrão de dado entre municípios.

No Brasil, a Portaria nº 221 de 17 de abril de 2008 do Ministério da Saúde apresentou a lista brasileira de ICSAPS, adaptada ao perfil epidemiológico e a carga de doença do país. Esta lista considerou listas internacionais e nacionais dos estados, algumas baseadas na Classificação Internacional de Doenças – 9ª Edição. Considerou ainda o contexto da APS no Brasil e a necessidade de sua avaliação, bem como uma consulta pública realizada em 2007 com representantes de diferentes áreas e segmentos da sociedade brasileira. A lista foi elaborada com base na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e estruturada em grupos de causas de internação e diagnósticos: doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis, gastroenterites infecciosas e complicações, anemia, deficiências nutricionais, infecções de ouvido, nariz e garganta, pneumonias bacterianas, asma, doenças pulmonares, hipertensão, angina, diabetes *mellitus*, infecção no rim e trato urinário, entre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Segundo Alfradique et al. (2009), em 2006, as internações por condições sensíveis à atenção primária foram responsáveis por 28,5% do total de hospitalizações, excluindo-se partos gerando uma taxa de ICSAPS de 149,6 por 10 mil habitantes. Neste ano, três diagnósticos (gastroenterites e complicações, insuficiência cardíaca e asma) representaram 44,1% do total de ICSAPS.

Uma revisão de literatura de 2017, de Nedel, Mendonça e Calvo, mostrou que inúmeros artigos apontavam para uma diminuição mais expressiva no número de internações por CSAPS em vários pontos do país, a partir da implantação do Programa Mais Médicos em 2013. As maiores quedas ocorreram nas regiões mais vulneráveis, locais nos quais houve, inclusive, diminuição nos custos de internação. Os resultados indicaram uma relação importante entre o acesso à Atenção Básica e as internações hospitalares.

Neste mesmo sentido, Nedel et al. (2007) constataram 42,8% das internações por CSAPS de áreas com cobertura de ESF, contra 61,3% nas áreas descobertas na cidade de Bagé, no Rio Grande do Sul, ao passo que um estudo no município de Montes Claros, em Minas Gerais, constatou risco duplicado de ICSAPS em população com controle regular feito fora da ESF (FERNANDES et al., 2009).

É importante ter ciência de que as ICSAPS, apesar de serem um bom indicador, apresentam algumas limitações. A partir de determinada idade, torna-se aceitável uma maior quantidade de ICSAPS, já que idosos normalmente apresentam mais comorbidades, remissões e maior tempo de internação. Em virtude disso, é interessante realizar as análises com recorte separado para idosos (VALENZUELA LOPEZ et al., 2007). As ICSAPS, por serem um indicador de base hospitalar, acabam não determinando a qualidade da Atenção Básica em aspectos gerais, para além daqueles relacionados ao hospital. Além disso, há limitação para a avaliação de populações específicas, em especial as desassistidas, pois as taxas de ICSAPS costumam aumentar repentinamente quando passam a ser ofertados serviços de Atenção Básica em locais onde antes eles eram inexistentes (MENDONÇA, 2016).

2.3. O CONTEXTO GAÚCHO E DAS REGIÕES DE SAÚDE 29 E 30

Considerando o Decreto nº 7.508/2011, diferentes estados revisaram suas regiões de saúde. No Rio Grande do Sul, tal revisão foi feita a partir da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) em 2012 e consolidada na Resolução nº 555/12, que redistribuiu os municípios gaúchos em 30 regiões de saúde, conceituadas como:

[...] território vivo composto por um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

Para este trabalho, serão avaliadas instituições das regiões de saúde números 29 e 30 do estado do Rio Grande do Sul. A região nº 29 é composta pelos municípios Anta Gorda, Arroio do Meio, Boqueirão do Leão, Canudos do Vale, Capitão, Coqueiro Baixo, Cruzeiro do Sul, Dois Lajeados, Doutor Ricardo, Encantado, Forquetinha, Ilópolis, Lajeado, Marques de Souza, Muçum, Nova Bréscia, Pouso Novo, Progresso, Putinga, Relvado, Roca Sales, Santa Clara do Sul, São José do Herval, São Valentim

do Sul, Sérico, Travesseiro e Vespasiano Correa. A região nº 30 é composta por Bom Retiro do Sul, Colinas, Estrela, Fazenda Vilanova, Imigrante, Paverama, Poço das Antas, Taquari, Teutônia e Westfália. (RIO GRANDE DO SUL, 2012).

No Rio Grande do Sul, a descentralização político-administrativa da saúde segue um desenho diferente das regiões de saúde, dividindo o estado em 19 Coordenarias Regionais de Saúde, cuja distribuição atual se dá pelo Decreto nº 40.991, de 17 de agosto de 2001. A 16ª Coordenadoria Regional de Saúde, com sede na cidade de Lajeado - RS, compreende todos os municípios das regiões de saúde nº 29 e nº 30, além de outros, em outras regiões, que não farão parte do estudo, como Barros Cassal, Fontoura Xavier, Itapuca e Tabai (RIO GRANDE DO SUL, 2001).

As Regiões de Saúde nº 29 – Vale das Montanha – e nº 30 – Vale da Luz – têm como característica expressiva quantidade de municípios com menos de 20 mil habitantes, sendo que muitos deles têm em seu sistema de saúde pequenos hospitais. Tal particularidade não é exclusividade regional, já que no Brasil, como um todo, a maioria dos hospitais são de pequeno porte e com capilaridade para o interior. Com o passar dos anos e a expansão da ESF, a tendência foi que os hospitais de pequeno porte (HPPs), que não tinham um papel bem definido na rede, passassem a prestar serviços de média complexidade (UGÁ, LOPEZ, 2007).

Para análise dos dados é importante levar em consideração a população total dos municípios e das Regiões de Saúde nº 29 e 30. Apesar de não haver censos populacionais nos anos de 2009 e 2018, é possível acessar estimativas populacionais utilizadas pelo Tribunal de Contas da União (TCU) para determinação do Fundo de Participação dos Municípios (FPM). Tais dados são encontrados na sessão de Acesso a Informações Demográficas e Socioeconômicas / População Residente, selecionados os anos de 2009 e 2018 e os respectivos municípios por Região de Saúde no Datasus. A partir de então, foi possível montar a Tabela 1, que mostra a População Estimada para cada um dos municípios das Regiões de Saúde 29 e 30 nos anos de 2009 e 2018, bem como a população total das regiões nos mesmos anos de referência. É possível notar neste decênio um aumento populacional estimado de 23.126 pessoas. Alguns dos municípios menores tiveram crescimento pouco expressivo ou mesmo negativo, enquanto os maiores tiveram aumentos populacionais consideráveis, indicando um possível fluxo migratório entre as cidades.

Tabela 1 – População por município das Regiões de Saúde nº 29 (Vale das Montanhas) e nº 30 (Vale da Luz), RS, 2009 e 2018.

Município	População		Município	População	
	2009	2018		2009	2018
Anta Gorda	6.326	6.003	Muçum	4.685	4.948
Arroio do Meio	19.059	20.637	Nova Bréscia	3.291	3.321
Bom Retiro do Sul	11.623	12.265	Paverama	7.841	8.459
Boqueirão do Leão	8.097	7.726	Poço das Antas	2.098	2.094
Canudos do Vale	2.004	1.729	Pouso Novo	1.998	1.668
Capitão	2.694	2.750	Progresso	6.420	6.249
Colinas	2.470	2.442	Putinga	4.242	3.951
Coqueiro Baixo	1.610	1.507	Relvado	2.244	2.101
Cruzeiro do Sul	12.752	12.290	Roca Sales	10.468	11.300
Dois Lajeados	3.484	3.394	Santa Clara do Sul	5.868	6.522
Doutor Ricardo	2.101	1.994	São José do Herval	2.549	2.000
Encantado	20.530	22.520	São Valentim do Sul	2.336	2.239
Estrela	30.603	33.820	Sério	2.387	2.000
Fazenda Vilanova	3.248	4.455	Taquari	26.626	26.838
Forquetinha	2.614	2.424	Teutônia	27.215	32.676
Ilópolis	4.331	4.091	Travesseiro	2.471	2.339
Imigrante	3.125	3.116	Vespasiano Correa	1.967	1.835
Lajeado	72.208	82.951	Westfalia	2.843	2.998
Marques de Souza	4.122	4.024	TOTAL	330.550	353.676

Fonte: IBGE – Estimativas de População.

2.4. OS DIFERENTES PORTES HOSPITALARES E SUAS CONDIÇÕES

Em 1977, foi publicada a Portaria nº 30 do Ministério da Saúde, que aprovou diversos Conceitos e Definições em Saúde, dentre os quais estão as divisões de Hospitais por porte. Os portes hospitalares são pequeno, médio, grande porte e porte extra, conforme o número de leitos que cada um dispõe (BRASIL, 1977).

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) utiliza o mesmo conceito da Portaria nº 30 de 1977 para classificação. Em 2013, foi definido em reunião da Comissão Intergestora Tripartite (CIT), da qual o CONASS é parte integrante, que Hospitais de Pequeno Porte (HPP) são os hospitais de até 50 leitos. Os Hospitais de Médio Porte (HMP) são aqueles com número de leitos entre 51 e 150 e os Hospitais de Grande Porte (HGP) têm entre 151 e 500 leitos, enquanto os de capacidade extra aqueles com mais de 500 leitos, não havendo nenhum neste padrão nas Regiões de Saúde nº 29 e nº 30 do estado do Rio Grande do Sul. (DE NEGRI, 2014).

Existe, desde 2004, a Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte (PNHPP), instituída por meio da Portaria nº 1.044 do Ministério da Saúde. Essa política

visa o repasse de recursos específicos para HPPs, a partir da adequação do perfil assistencial, número de leitos ante a necessidade populacional, parâmetros de qualidade de serviços, contratações a partir de metas programadas e inserção na rede hierarquizada de saúde prestando suporte a atenção básica com serviços de maior complexidade, dentre outros fatores. Para a PNHPP, diversamente da definição da CIT, são considerados HPPs apenas hospitais com 5 a 30 leitos (MS, 2004). Esta política foi reforçada, mantendo-se este padrão pela Portaria nº 2/2017, intitulada “Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde” (BRASIL 2017). Ugá e Lopez (2007) mostram que, mesmo com a implementação da política, o perfil assistencial não sofreu a mudança necessária, já que os HPPs, ainda que em cidades com alta cobertura de ESF, seguem tendo altas taxas de internações por CSAPS.

Os hospitais de médio e grande porte no país lidam menos frequentemente com incertezas de recursos, conseguem economizar junto a fornecedores pela compra em maiores quantidades, têm maior taxa de ocupação de leitos e ganham eficiência pelo volume de atendimentos e até pela tecnologia empregada. Os HPPs, por sua vez, fazem mais atendimentos de baixa complexidade e, conseqüentemente, apresentam menor retorno financeiro, além de terem menores taxas de ocupação, tornando-se pouco eficientes e tendo dificuldades de amortizar seus custos fixos para manutenção da estrutura e profissionais. Em virtude disso, algumas políticas visam incentivar o atendimento a nível ambulatorial e as referências e contrarreferências. Uma iniciativa muito utilizada é a formação de consórcios intermunicipais que aumentam o poder de barganha dos municípios e hospitais menores junto a fornecedores, auxiliando na manutenção de um saldo positivo (RAMOS et al., 2015).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Descrever as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAPS) segundo porte hospitalar nas regiões de saúde nº 29 e nº 30 do estado Rio Grande do Sul nos anos de 2009 e 2018.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Comparar a participação das ICSAPS por porte de hospital nas Regiões de Saúde nº 29 e nº 30 do Rio Grande do Sul;
- b) Analisar a tendência de participação das ICSAPS por porte hospitalar a partir da comparação temporal dos registros do último decênio;
- c) Analisar a quantidade de internações nos hospitais de grande e médio porte nas Regiões de Saúde nº 29 e nº 30 do Rio Grande do Sul, procedentes de municípios menores destas regiões;

4 METODOLOGIA

A pesquisa bibliográfica foi realizada em bases de dados com SCIELO, Portal de Periódicos CAPS, PubMed e LILACS utilizando as seguintes palavras-chave: atenção primária à saúde; hospitalizações; condições sensíveis à atenção primária; Sistema Único de Saúde. Foi necessária a busca de documentos da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, a fim de definir quais seriam as regiões de saúde trabalhadas, bem como os municípios que as compõem. Com a lista de municípios, buscou-se as instituições hospitalares atuantes em cada um deles, classificando-as por porte conforme o Tabela 2.

Para identificação do porte, por número de leitos, foi utilizado o TabNET, por meio do site www.datasus.saude.gov.br, em Recursos Físicos – Hospitalar – Leitos de Internação – Rio Grande do Sul – Município. Para classificação quanto ao porte foi adotada a orientação da Comissão Intergestora Tripartite (CIT), tomada em reunião de 26 de setembro de 2013 (DE NEGRI, 2014). Este é um espaço de planejamento, negociação e implementação de políticas de saúde pública constituído pelo Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) com representantes regionais das esferas estaduais e municipais. Segundo a CIT, os Hospitais de Pequeno Porte (HPP) são a maioria dos estabelecimentos no país, em número de 3.524. Nas Regiões de Saúde nº 29 e nº 30 do Rio Grande do Sul, essa tendência se repete, havendo ainda em menor número Hospitais de porte médio e grande.

O trabalho foi desenvolvido a partir de dados públicos do Sistema de Internações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS - no formato RD, também disponíveis no site www.datasus.saude.gov.br. Foi utilizado o TabWin, capaz de realizar tabulações mais complexas com os dados coletados que o TabNET. Foram selecionadas as internações na rede pública própria e contratada do SUS de residentes nas Regiões de Saúde nº 29 e nº 30 nos anos de 2009 e 2018.

A Lista Brasileira de ICSAPS data de 2008, o que motivou que os dados fossem obtidos a partir do ano de 2009, de forma a facilitar as análises por conta da padronização de notificação.

Tabela 2 – Hospitais, porte e número de leitos hospitalares nos municípios das Regiões de Saúde nº 29 (Vale das Montanhas) e nº 30 (Vale da Luz), RS, 2018.

Nome Fantasia	Porte / nº de Leitos	Cidade
Hospital Beneficente Leonilda Brunet	HPP com 40 Leitos	Ilópolis, RS
Hospital Beneficente Santa Terezinha	HMP com 112 Leitos	Encantado, RS
Hospital Bruno Born	HGP com 188 Leitos	Lajeado, RS
Hospital de Caridade Sant'Anna	HPP com 50 Leitos	Bom Retiro do Sul, RS
Hospital de Caridade São José	HPP com 30 Leitos	Taquari, RS
Hospital de Caridade São José	HPP com 10 Leitos	Sério, RS
Hospital de Marques de Souza	HPP com 40 Leitos	Marques de Souza, RS
Hospital de Putinga	HPP com 30 Leitos	Putinga, RS
Hospital Doutor Anuar Elias Aesse	HPP com 39 Leitos	Boqueirão do Leão, RS
Hospital Estrela	HGP com 157 Leitos	Estrela, RS
Hospital Nossa Senhora Aparecida	HPP com 31 Leitos	Muçum, RS
Hospital Ouro Branco	HMP com 78 Leitos	Teutônia, RS
Hospital Padre Catelli	HPP com 38 Leitos	Anta Gorda, RS
Hospital Santa Isabel	HPP com 49 Leitos	Progresso, RS
Hospital São Francisco	HPP com 14 Leitos	São José do Herval, RS
Hospital São Gabriel Arcanjo	HPP com 35 Leitos	Cruzeiro do Sul, RS
Hospital São João Batista	HPP com 37 Leitos	Nova Brescia, RS
Hospital São José	HMP com 89 Leitos	Arroio do Meio, RS
Hospital São Roque	HPP com 50 Leitos	Dois Lajeados, RS
Hospital São Roque	HPP com 38 Leitos	Roca Sales, RS

HPP = até 50leitos; HMP = de 51 a 150 leitos; HGP = de 151 a 500 leitos;

Fonte: elaborada pelo autor a partir de dados brutos do DATASUS/CNES

Apesar de Santos et al. (2013) considerarem que idosos estão mais susceptíveis a internação por CSAP, as internações dessa faixa etária compuseram parte da pesquisa, que considerou todas as idades. Estudo de Macinko et al. (2011) mostra que a rede privada e sem fins lucrativos contratada teve maior taxa de ICSAPS entre 1999 e 2007, contudo a análise deste estudo incluiu todos os hospitais das regiões nº 29 e nº 30, independentemente do seu perfil administrativo. Os agravos considerados como Sensíveis à Atenção Primária para este estudo foram os da lista brasileira de ICSAPS de 2008, conforme o Quadro 1.

Quadro 1 – Lista brasileira de ICSAPS – Brasil, 2008.

Grupo de CSAP	Código da CID-10
1. Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	A33-A37, A95, B16, B05-B06, B26, G00.0, A17.0, A19, A15-A16, A18, A17.1-A17.9, I00-I02, A51-A53, B50-B54 e B77

2.Gastrenterites infecciosa e complicações	E86 e A00-A09
3.Anemia	D50
4.Deficiências nutricionais	E40-E46 e E50-E64
5.Infecções de ouvido, nariz e garganta	H66, J00-J03, J06 e J31
6.Pneumonias bacterianas	J13-J14, J15.3-J15.4, J15.8-J15.9 e J18.1
7.Asma	J45-J46
8.Doenças das vias aéreas inferiores	J20, J21, J40-J44 e J47
9.Hipertensão	I10-I11
10.Angina	I20
11.Insuficiência cardíaca	I50 e J81
12.Doenças cerebrovasculares	I63-I67, I69 e G45-G46
13.Diabetes mellitus	E10-E14
14.Epilepsias	G40-G41
15.Infecção no rim e trato urinário	N10-N12, N30, N34 e N39.0
16.Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46, L01-L04 e L08
17.Doença inflamatória órgãos pélvicos	N70-N73 e N75-N76
18.Úlcera gastrintestinal	K25-K28, K92.0, K92.1 e K92.2
19.Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	O23, A50 e P35.0

Fonte: Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008, do Ministério da Saúde.

Em relação a aspectos éticos, os dados do SIH/SUS são públicos, com acesso liberado na internet e fornecidos pelo Ministério da Saúde. Dessa forma, a identidade dos usuários fica preservada não sendo possível identificá-los individualmente. Não há nenhum tipo de conflito de interesse neste estudo.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No ano de 2009 ocorreram 5.810 ICSAP de residentes nas Regiões de Saúde nº 29 (Vale das Montanhas) e nº 30 (Vale da Luz). Destas, 5.805 foram no Rio Grande do Sul, havendo ainda 2 em Santa Catarina, 1 na Bahia, 1 na Paraíba e 1 no Maranhão. No ano de 2018, foram 4.295 ICSAP de residentes dessas regiões. Destas, 4.286 foram no Rio Grande do Sul, havendo ainda 2 em Santa Catarina, 2 no Paraná, 3 no Distrito Federal, 1 no Maranhão e 1 no Piauí.

Considerando os residentes nas cidades das Regiões de Saúde nº 29 e nº 30, houve diminuição no número de internações por condições sensíveis à atenção primária nos hospitais situados em ambas as regiões. A redução observada foi de cerca de 26%. Em números para cada grupo de 10.000 habitantes, as ICSAPS passaram de 175,77/10.000 para 121,44/10.000, sendo 54,33 casos a menos para cada 10.000 habitantes em 2018 em relação a 2009. Segundo Boing et al. (2011), a tendência de redução já é uma realidade antiga no Brasil, tendo sido observada entre 1998 e 2009 uma redução média no número de ICSAPS de 3,7% ao ano. Uma revisão de 2016, que considerou 28 artigos nacionais, conclui que existe sim uma tendência de queda constante nas ICSAPS no Brasil, relacionada com o aumento exponencial da cobertura da APS por meio das ESFs em todo o território nacional (LENTSCK et al., 2016). A maioria das cidades, inclusive as menores e com hospitais de pequeno porte, tiveram redução dessas internações, o que pode, portanto, indicar melhoria na atenção básica desses municípios.

No Rio Grande do Sul, o município de Taquari, por exemplo, com menos de 30 mil habitantes e um HPP, teve redução de 60% de suas ICSAPS. Entretanto, seis das vinte e três cidades tiveram aumento como Progresso, Dois Lajeados, Putinga e Boqueirão do Leão, que são todas cidades muito pequenas, com HPPs e geograficamente isoladas. Dentre as cidades maiores, Lajeado com um Hospital de Grande Porte (HGP) e Arroio do Meio com um Hospital de Médio Porte (HMP), tiveram aumentos expressivos (24% e 36% respectivamente), o que pode indicar que tenha havido migração desse tipo de internação das cidades menores para os centros próximos.

Por outro lado, os hospitais de Teutônia (HMP) e Estrela (HGP), que também são referências regionais, apresentaram redução. Houve também redução de 50% nas ICSAPS de munícipes das Regiões de Saúde nº 29 e nº 30 em Porto Alegre, maior

referência externa. De 2009 a 2018, houve o fechamento de 3 HPPs nas Regiões nº 29 e nº 30 nas cidades de Arvorezinha, Santa Clara do Sul e Paverama.

Na Tabela 3, é possível visualizar o número de internações em cada município, sendo considerados todos aqueles pertencentes às Regiões nº 29 e nº 30 que tinham hospital em sua rede de saúde com registro de ICSAPS em 2009, em 2018, ou ambos. Dos municípios fora das Regiões de Saúde estudadas foram descritas apenas as duas maiores referências, porém é importante frisar que ocorreram ICSAPS em mais de 25 municípios além dos listados. Esses dados foram utilizados para o cálculo das variações absolutas e relativas de internação no período. O Gráfico 1 mostra a queda percentual de ICSAPS por porte hospitalar, considerando apenas os hospitais dos municípios pertencentes às Regiões nº 29 e nº 30.

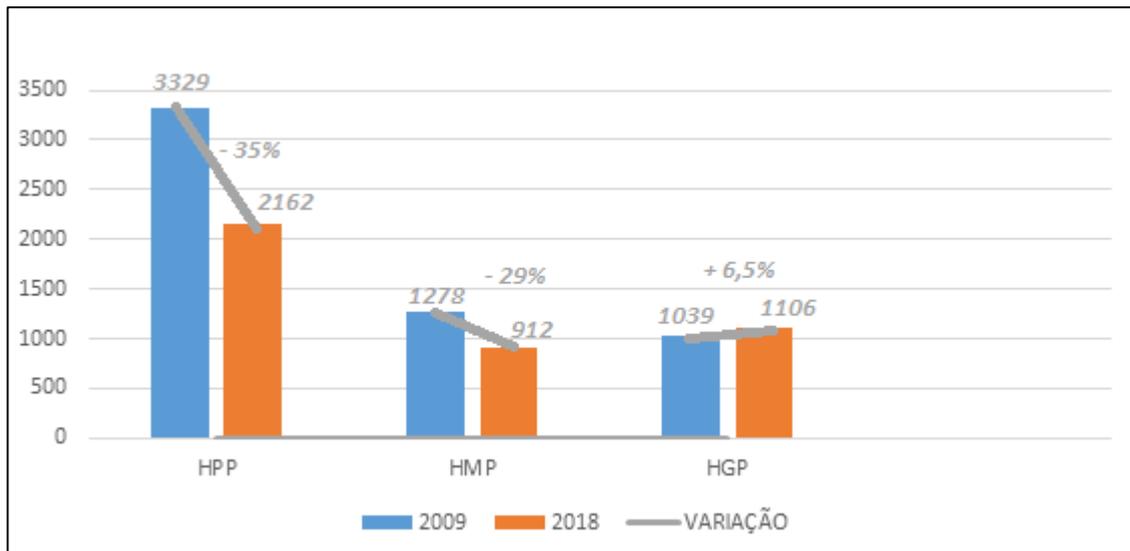
Tabela 3 – ICSAPS de residentes nas Regiões de Saúde nº 29 (Vale das Montanhas) e nº 30 (Vale da Luz) do Rio Grande do Sul por local de internação, 2009 e 2018.

Município de Internação	UF	Internações		Variação percentual 2009/2018
		2009	2018	
MUNICÍPIOS DAS REGIÕES 29 E 30 QUE TIVERAM INTERNAÇÕES EM SEUS HOSPITAIS NOS ANOS DE 2009 E 2018				
Anta Gorda	RS	265	131	51%
Arroio do Meio	RS	168	229	36%
Arvorezinha	RS	5	0	HOSPITAL FECHOU
Bom Retiro do Sul	RS	202	126	38%
Boqueirão do Leão	RS	160	178	11%
Cruzeiro do Sul	RS	212	135	36%
Dois Lajeados	RS	133	183	38%
Encantado	RS	364	211	42%
Estrela	RS	508	445	12%
Ilópolis	RS	77	41	47%
Lajeado	RS	531	661	24%
Marques de Souza	RS	478	280	41%
Muçum	RS	109	106	3%
Nova Bréscia	RS	188	171	9%
Paverama	RS	273	0	HOSPITAL FECHOU
Progresso	RS	204	296	45%
Putinga	RS	118	144	22%
Roca Sales	RS	170	114	33%
Santa Clara do Sul	RS	39	0	HOSPITAL FECHOU
São José do Herval	RS	82	10	88%
Sério	RS	54	22	59%
Taquari	RS	560	224	60%
Teutônia	RS	746	472	37%
MUNICÍPIOS DE OUTRAS REGIÕES QUE RECEBERAM MUNICÍPIOS DAS				
Passo Fundo	RS	4	11	175%
Porto Alegre	RS	121	57	53%
SOMATÓRIO DOS DEMAIS MUNICÍPIOS				
Demaís Municípios		39	48	23%
TOTAL		5.810	4.295	26%

Nota: em vermelho, variação negativa.

Fonte: elaborada pelo autor a partir de dados obtidos por meio de tabulações no TabWin.

Gráfico 1 – Variação absoluta e relativa de ICSAPS por porte hospitalar nas Regiões de Saúde nº 29 (Vale das Montanhas) e nº 30 (Vale da Luz), do Rio Grande do Sul, 2009 e 2018.



HPP – Hospital de Pequeno Porte

HMP – Hospital de Médio Porte

HGP – Hospital de Grande Porte

Fonte: elaborada a partir de dados obtidos por meio de tabulações no TabWin.

Tanto em 2009, como em 2018, observou-se mais ICSAPS de pessoas do sexo feminino que do sexo masculino nas diferentes faixas etárias, sendo perceptível uma tendência temporal de redução maior entre os homens. Em 2009, as ICSPAS eram 7,5% mais frequentes entre mulheres, já em 2018 a diferença foi maior, chegando a 15%.

Em 2009, 53,6% das 5.810 internações por CSAPS nas regiões de saúde estudadas foram de idosos (60 ou mais anos), ao passo que em 2018 essa porcentagem subiu para 61% dos 4.295 casos. Em números absolutos, houve uma redução do número de casos, porém essa diminuição foi de cerca de 16%, enquanto o total de ICSAPS diminuiu 26%. Assim, há um indicativo de muitas internações na terceira idade, que diminuiriam em um ritmo mais lento em relação a outras faixas etárias. Esse fenômeno provavelmente se deva ao fato de que há um processo de envelhecimento populacional no país, que, por si só, gera aumento dos riscos de aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis e consequentemente mais internações e, até mesmo, óbitos em decorrência de complicações relacionadas a estes agravos (MENDES, 2012).

A maioria das ICSAPS, tanto em 2009 quanto em 2018, estão relacionadas a problemas pulmonares, seguido por problemas cardíacos e vasculares, tendo em terceira posição gastroenterites infecciosas e complicações. Os problemas pulmonares e

cardiovasculares estão mais presentes em adultos e, principalmente, idosos relacionados a problemas de saúde prévios. As gastroenterites, por sua vez, são um tipo de Doença Relacionada ao Saneamento Ambiental Inadequado (DRSAI) que não deveriam levar a internações, por serem potencialmente evitáveis com ações de saneamento (HELLER, 1998). Em 2013, foram 340 mil internações por gastroenterites no país, sendo a maior parte delas nas regiões Norte e Nordeste, onde 93,2% e 80,5% da população respectivamente não tinham esgoto coletado até 2011 (EXANTE CONSULTORIA ECONÔMICA, 2017). O problema é endêmico no Brasil, diferentemente do que ocorre em países desenvolvidos que sequer apresentam as gastroenterites em sua lista de ICSAPS, e se repete mesmo em regiões mais desenvolvidas. A Região Metropolitana de Porto Alegre, no Sul do país, teve entre 2010 e 2014 13.929 internações pelas diferentes DRSAI com um valor gasto de R\$ 6,1 milhões (SIQUERIA et al., 2017).

As únicas ICSAPS que tiveram aumento considerável foram (i) Infecções de pele e tecido subcutâneo (passaram de 65 para 121), distribuídas nas diferentes faixas etárias com mais casos em idosos, (ii) Pneumonias bacterianas (passaram de 200 para 428), presentes de forma não regular nas diferentes faixas etárias, e (iii) Doenças relacionadas ao pré-natal e parto (de 29 para 74), que atingem as faixas de zero a 39 anos de idade. O que mais preocupa é o último dado que pode indicar deficiência no acompanhamento de gestantes pela atenção básica. Infecções renais e de trato urinário apresentaram leve aumento, também distribuídos em diferentes faixas etárias. Tais dados podem ser vistos detalhadamente na Tabela 4.

No geral, sem considerar a idade, também houve aumento na letalidade de 3,8 para 6 pontos percentuais, com 36 mortes a mais em 2018, apesar da queda no número de ICSAPS de 5.810, para 4.295. A letalidade, tanto em 2009 quanto em 2018, foi maior nos homens (4,5% e 6,9%) em relação às mulheres (3,3% e 5,2%).

Em 2009, observou-se maior letalidade à medida que a idade avançava, tendo como maior taxa de letalidade os idosos (5,7%). Em 2018 a taxa aumentou, passando nos idosos para 8,8%. Em números absolutos, 2018 teve 54 mortes a mais entre idosos que 2009. Nas demais estratificações de idade, registraram-se variações menores e inconstantes para mais ou para menos.

No ano de 2009, o maior número de mortes entre as ICSAPS estava relacionado a Deficiências Nutricionais (27 em 2009 e 26 em 2018), Doenças Pulmonares (29 em 2009 e 33 em 2018), Pneumonias Bacterianas (1 e 42), Insuficiência Cardíaca (77 e 68), Doenças Cerebrovasculares (50 e 42), Úlceras Gastrointestinais (9 e 3), Infecção no rim e trato urinário (8 e 16). Chama a atenção o crescimento, tanto de número de casos (de

200 para 428) quanto de mortes (de 1 para 42) por Pneumonias Bacterianas. O ano de 2009 foi marcado pela epidemia de H1N1, sendo necessário explorar o impacto do vírus e das campanhas de imunização ao longo destes 10 anos que podem ser responsáveis por tal discrepância. Estes dados podem ser vistos nos Gráficos 2 e 3.

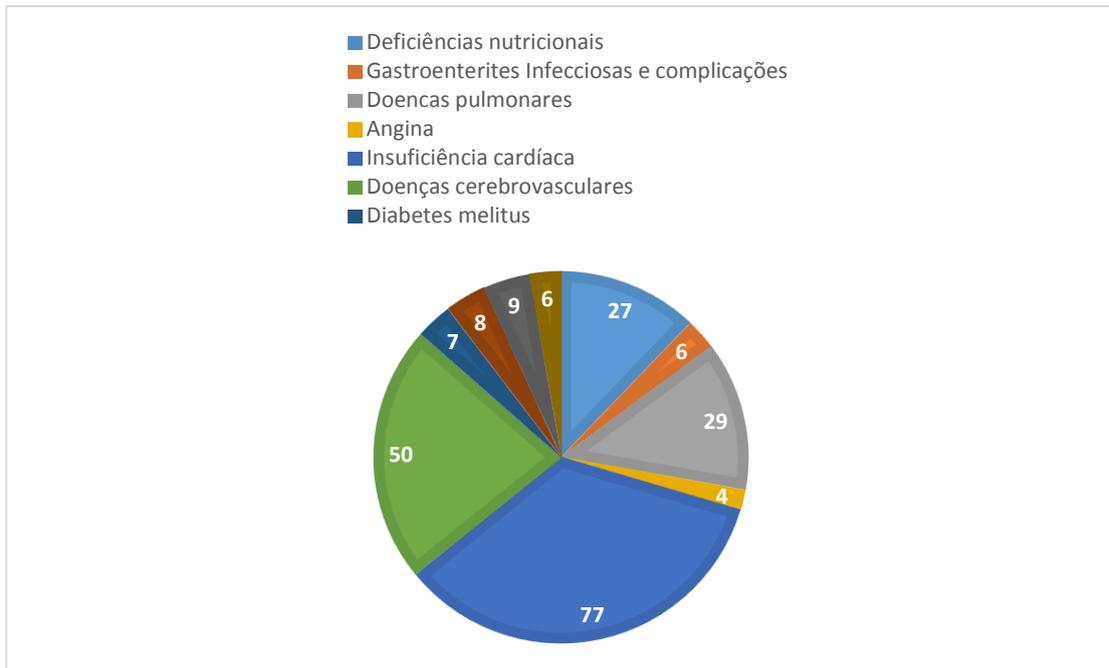
Tabela 4 – Número total e por 10.000 hab. de ICSAPS por doença/grupo de doenças conforme CID-10, nas Regiões de Saúde nº 29 (Vale das Montanhas) e nº 30 (Vale da Luz), RS, 2009 e 2018.

	Total 2009	Casos por 10.000 Hab. 2009	Total 2018	Casos por 10.000 Hab. 2018
Nome da doença/grupo de doenças				
1. Doenças preveníveis p/imuniz/condições sensív	1	0,73	21	0,59
2. Gastroenterites Infeciosas e complicações	798	24,14	345	9,75
3. Anemia	15	2,27	12	0,34
4. Deficiências nutricionais	191	5,78	136	3,85
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	57	1,72	91	2,57
6. Pneumonias bacterianas	200	6,05	428	12,1
7. Asma	285	8,62	104	2,94
8. Doenças pulmonares	1.237	37,42	606	17,13
9. Hipertensão	194	5,87	96	2,71
10. Angina	290	8,77	277	7,83
11. Insuficiência cardíaca	982	29,70	606	17,1
12. Doenças cerebrovasculares	384	11,62	386	10,91
13. Diabetes melitus	320	9,68	256	7,24
14. Epilepsias	63	1,90	50	1,41
15. Infecção no rim e trato urinário	528	15,97	563	15,92
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	65	1,97	121	3,42
17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	64	1,97	45	1,27
18. Úlcera gastrointestinal	84	2,54	78	2,2
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	29	0,88	74	2,1
Total	5.810	175,77	4.295	121,44

Fonte: elaborada pelo autor a partir de dados obtidos por meio de tabulações no TabWin.

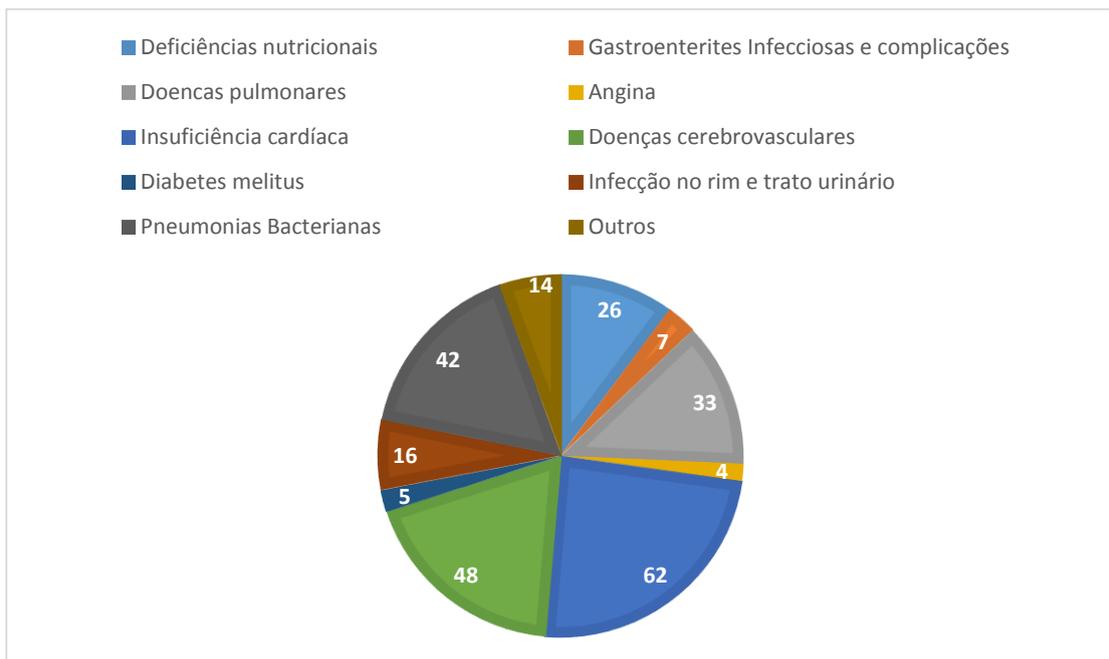
Em 2009, a letalidade média das ICSAPS nos HPPs foi de 3,4%, com 101 mortes; nos HMPs foi de 3,6% com 40 mortes; e nos HGPs foi de 5,5% com 48 mortes. Em 2018, a letalidade média das ICSAPS nos HPPs foi de 5,16% com 107 mortes; nos HMPs foi de 6,7% com 63 mortes; nos HGPs foi de 5,85% com 44 mortes. De forma geral, o que se percebe é que os casos realmente graves e que levaram a morte se mantiveram em número similar de 2009 para 2018, porém tiveram aumento em proporção devido à diminuição do número de ICSAPS.

Gráfico 2 - Óbitos por grupo de CSAPS nas Regiões de Saúde nº 29 (Vale das Montanhas) e nº 30 (Vale da Luz), Rio Grande do Sul, 2009.



Fonte: elaborado pelo autor a partir de dados obtidos por meio de tabulações no TabWin.

Gráfico 3 - Óbitos por grupo de CSAPS nas Regiões de Saúde nº 29 (Vale das Montanhas) e nº 30 (Vale da Luz), Rio Grande do Sul, 2018.



Fonte: elaborado pelo autor a partir de dados obtidos por meio de tabulações no TabWin.

Em 2009, 15,8% das ICSAPS ocorridas nas Regiões nº 29 e nº 30 foram de residentes de cidades que não têm hospital em ambas as regiões. Assim, 917 ICSAPS

das 5.810 foram de munícipes das cidades menores que migraram para hospitais, em sua maioria, de médio e grande porte da região. Lajeado teve em seu HGP 33 ICSAPS originadas de outros municípios, enquanto o HGP de Estrela recebeu 125 ICSAPS de outros municípios. Os HMPs de Encantado e Teutônia receberam respectivamente 39 e 137 ICSAPS de outros municípios.

O único município com HMP que não seguiu essa tendência foi Arroio do Meio, tendo o Hospital São José registrado 168 ICSAPS, enquanto 177 munícipes de Arroio do Meio foram internados por CSAPS. Uma possível causa para isso é a proximidade geográfica de Arroio do Meio com Lajeado e Estrela, que pode levar a muitos usuários de Arroio do Meio deslocarem-se até as cidades vizinhas. Dos 168 internados em Arroio do Meio, 140 são da própria cidade. Assim, dos 177 munícipes internados por CSAPS, 37 foram em outros municípios, dos quais 18 em Lajeado, 10 em Estrela, 6 em Porto Alegre e 3 em outros municípios. Ao mesmo tempo, entre as 168 internações no Hospital São José, houve 28 advindas de outros municípios, o que se explica pela existência de cidades ainda menores, sem hospitais, que têm em Arroio do Meio sua referência inicial. Certamente, buscam o Hospital São José por ser este localizado no município do qual se emanciparam, como é o caso de Travesseiro e Canudos do Vale.

Nos municípios menores, com Hospitais de Pequeno Porte, não há um padrão, como se pode visualizar na Tabela 5. Contudo, a maioria deles, além de internações dos seus munícipes, recebem munícipes de cidades próximas e pequenas que não dispõem de hospitais. É possível notar, no entanto, que proporcionalmente ao tamanho das cidades e a representação regional que têm, os municípios menores e os HPPs registram taxas de ICSAPS muito altas quando comparados aos demais. Isso se justifica, dentre outros fatores, pela baixa densidade tecnológica que impede a execução de procedimentos de maior complexidade (UGÁ, LOPEZ, 2006). No ano de 2009, por exemplo, foram 204 internados provenientes de Bom Retiro do Sul com 12 mil habitantes contra 498 provenientes de Lajeado que tem mais de 80 mil habitantes. Esta relação segue sendo desproporcional mesmo se forem contados os internados no HGP de Lajeado provenientes de outros municípios, chegando ao número de 531 ICSAPS.

Há, portanto, um forte indício de que municípios como Bom Retiro do Sul e tantos outros em situação similar não estejam ofertando uma cobertura adequada de APS, quando comparados aos municípios maiores. Esse problema pode estar ocorrendo por diversos motivos, sendo um dos possíveis, o grande aporte de recursos municipais nos Hospitais em detrimento da atenção básica.

Tabela 5 – ICSAPS nas Regiões de Saúde nº 29 (Vale das Montanhas) e nº 30 (Vale da Luz) do Rio Grande do Sul, considerando local de internação e município de origem do usuário internado, 2009 e 2018.

		TOTAL DE INTERNAÇÕES NO MUNICÍPIO EM 2009	TOTAL DE INTERNADOS PROVENIENTES DO MUNICÍPIO EM 2009	TOTAL DE INTERNAÇÕES NO MUNICÍPIO EM 2018	TOTAL DE INTERNADOS PROVENIENTES DO MUNICÍPIO EM 2018
MUNICÍPIOS DAS REGIÕES 29 E 30 QUE CONTAM/CONTARAM COM HOSPITAIS					
Anta Gorda	R\$	265	247	131	139
Arroio do Meio	R\$	168	177	229	202
Bom Retiro do Sul	R\$	202	204	126	141
Boqueirão do Leão	R\$	160	185	178	193
Cruzeiro do Sul	R\$	212	240	135	159
Dois Lajeados	R\$	133	81	183	92
Encantado	R\$	364	325	211	188
Estrela	R\$	508	383	445	346
Lajeado	R\$	531	498	661	379
Marques de Souza	R\$	478	138	280	136
Maçum	R\$	103	94	106	101
Nova Bréscia	R\$	188	86	171	76
Paverama	R\$	273	344	0	70
Progresso	R\$	204	161	296	232
Putinga	R\$	118	121	144	155
Roca Sales	R\$	170	192	114	150
Santa Clara do Sul	R\$	39	52	0	50
São José do Herval	R\$	82	88	10	22
Sério	R\$	54	59	22	36
Taquari	R\$	560	609	224	278
Teutônia	R\$	746	609	472	405
Ilópolis	R\$	77	84	41	44
		5.641	4.977	4.179	3.594
MUNICÍPIOS DAS REGIÕES 29 E 30 QUE NÃO CONTAM COM HOSPITAIS					
Canudos do Vale	R\$		48		31
Capitão	R\$		70		70
Colinas	R\$		38		46
Coqueiro Baixo	R\$		42		44
Doutor Ricardo	R\$		47		9
Fazenda Vilanova	R\$		55		47
Forquetinha	R\$		87		41
Imigrante	R\$		44		33
Poço das Antas	R\$		44		35
Pouso Novo	R\$		73		89
Relvado	R\$		34		27
São Valentim do Sul	R\$		58		71
Travesseiro	R\$		70		71
Vespasiano Correa	R\$		43		43
Westfalia	R\$		80		44
			833		701
		TOTAL:	5.810		4.295

Fonte: elaborada pelo autor a partir de dados obtidos por meio de tabulações no TabWin.

Na comparação 2009 para 2018, é notável que de forma geral houve diminuição do número de ICSAPS nos hospitais de diferentes portes. É possível notar ainda uma leve tendência ao aumento de internações oriundas de outros municípios nos HMPs e HGPs. Em 2018, o HGP de Lajeado recebeu 282 ICSAPS de outros municípios, o HGP de Estrela 99, os HMPs de Teutônia, Encantado e Arroio do Meio receberam respectivamente 67,

23 e 27 ICSAPS de outros municípios. Mesmo com algumas quedas em números absolutos, proporcionalmente houve aumento no número de ICSAPS não oriundas do município sede dos HGPs e HMPs de forma geral.

O Hospital de Pequeno Porte da cidade de Paverama é um exemplo de como eventualmente a presença de um hospital em cidades menores pode ser um fator de certa forma lentificador do desenvolvimento de uma APS de qualidade. No ano de 2009, Paverama somou 344 ICSAPS, e seu hospital não deu conta de atender toda demanda. Cerca de 20% dela (71 internações) foi absorvida por instituições de outros municípios. O Hospital de Paverama encerrou suas atividades no ano de 2015, tornando-se uma casa geriátrica. Em 2018, o número de ICSAPS entre os paveramenses foi 70, menor que os 20% de 2009 encaminhados a outros municípios, o que representou a maior queda em toda a região. Estes dados podem ser vistos na Tabela 6. Aqui cabe uma avaliação mais profunda da rede básica do município de Paverama, para analisar as mudanças ocorridas ou não neste período, já que parte das ICSAPS notificadas em 2009 poderiam ser sobre notificações. Esse viés é trazido por Santos *et al.* (2013), que discute as limitações das ICSAPS para avaliação da APS a partir da análise de dados de alguns municípios gaúchos.

O gasto médio com cada ICSAPS em 2009 nas Regiões de Saúde nº 29 (Vale das Montanhas) e nº 30 (Vale da Luz) foi de R\$728,80, com um total de R\$ 4.234.271,93. Já em 2018, o gasto médio foi de R\$961,74, com um gasto total de R\$4.130.660,77 (2,44%). Apesar da queda de 26% no número de internações, o gasto total não teve diminuição tão expressiva, por conta das variações de tempo de internação, bem como pelo aumento do gasto por dia de internação que passou de R\$157,49 para R\$186,19 no período.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No comparativo entre os anos de 2009 e 2018, foi possível constatar uma evolução positiva no tocante à redução das ICSAPS nas Regiões de Saúde nº 29 e nº 30. Essa evolução, contudo, ainda é insuficiente. Nos HPPs a redução foi de 35%, enquanto nos HMPs de 29%; os HGPs, por sua vez, registraram leve aumento, de 6,5%. Ainda assim, no geral, houve queda no número de ICSAPS nas Regiões de Saúde nº 29 e nº 30. Em um município pequeno, onde ocorreu o fechamento de um HPP, notou-se melhora nos índices acima da média regional, o que indica uma possível relação entre a existência de pequenos hospitais, que demandam muito recurso das administrações municipais, e a precarização da Atenção Primária à Saúde nesses locais, devido à impossibilidade de

investimentos. Para que tal inferência possa se confirmar é necessário, contudo, analisar a evolução da APS em Paverama durante o período estudado, para descartar possíveis vieses de notificação de ICSAPS por parte do antigo HPP do município.

Considerando algumas das características regionais, como a proximidade entre boa parte dos centros urbanos, bem como uma malha rodoviária em excelentes condições, percebe-se a necessidade de rever regionalmente a existência de algumas instituições de pequeno porte. Reorganizar a rede de saúde dos municípios menores, investindo prioritariamente na atenção primária e tornando os HMPs e HGPs da região suas referências hospitalares de primeira ordem, pode melhorar a saúde da população, ao ofertar um acompanhamento longitudinal mais próximo para seus problemas de saúde e evitar agravamentos de quadros nosológicos além de gerar economia aos municípios.

O aumento no número de ICSAPS em alguns dos hospitais de referência da região por usuários de municípios menores comprova não apenas que tais municípios de fato estão prestando um cuidado insatisfatório em sua Atenção Primária, mas também aponta para a incapacidade de alguns HPPs para solucionar até mesmo as ICSAPS. Percebe-se ainda que existe acesso fácil aos hospitais de referência da região, o que torna refutáveis justificativas para manutenção de estruturas subutilizadas e caras baseadas em dificuldade de acesso, exceto em alguns municípios isolados da região cuja situação deve ser avaliada individualmente. Em ambas as Regiões, é possível notar, tanto em 2009 quanto em 2018, que cidades menores, mesmo quando têm HPPs em sua rede, apresentaram de forma geral, número total de ICSAPS entre seus municípios maior que o número de ICSAPS em seus próprios HPPs.

Nas cidades com HMPs e HGPs, exceto Arroio do Meio, ocorreram menos internações entre seus municípios do que o número registrado de ICSAPS em seus hospitais. Esse perfil diferenciado evidencia que, mesmo contando com HPPs em sua rede assistencial, os municípios menores não têm dado conta de suas demandas por ICSAPS que, em 2009 e em 2018, foram em parte atendidas pelo HMP de Teutônia e os HGPs de Lajeado e Estrela.

Foi registrada uma diminuição de 2,44% nos gastos com ICSAPS ao comparar 2009 e 2018, mantendo os custos acima de 4 milhões de reais, mesmo com a queda de 26% no número de internações. É necessária uma queda mais brusca no número de ICSAPS para que, de fato, esse gasto baixe substancialmente e, para isso, a APS deve ser expandida e qualificada. Tal movimento converge com a Política Nacional de Saúde e é indispensável para a otimização de recursos escassos para os quais não há previsibilidade de aumento significativo a curto e a médio prazos.

REFERÊNCIAS

- ALFRADIQUE, M. E. *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, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, 2009.
- BILLINGS, J. *et al.* Impact Of Socioeconomic Status On Hospital Use In New York City. **Health Affairs**, New York, v. 12, n. 1, p. 162-173, jan. 1993.
- BOING, A. F. *et al.* Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.46, n. 2, p.359-366, 2012.
- BRASIL, MINISTERIO DA SAÚDE. **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.** Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool – Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL, MINISTERIO DA SAÚDE. **Portaria nº 30, de 11 de fevereiro de 1977.** Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Conceitos e Definições em Saúde. Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 1977.
- BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.044, de 01 de junho de 2004.** Institui a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte. Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. **Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008.** Publica a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. Diário Oficial da União, Brasília, p. 70, 18 abr. 2008. Seção 1.
- BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, p. 48-55, 24 out. 2011. Seção 1
- BRASIL, MINISTERIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasil, Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamentação da Lei no 8.080/90, Diário Oficial da União, Brasília, p. 1, 29 jun. 2011. Seção 1.

CAMINAL, J. *et al.* The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. **Eur J Public Health**, Europa, v.14, p. 246-51, 2014.

CAPUCCI, P. Financiamento para atenção básica à saúde no Brasil: avanços e desafios. **J Manag. Prim. Health. Care**, São Paulo, v.5, n. 1, p.127-8, 2014.

DE NEGRI, A. **O papel do Hospital na Rede de Atenção à Saúde**. Revista Consensus. Edição 11. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.conass.org.br/consensus/armando-de-negri-o-papel-hospital-na-rede-deatencao-saude/> . Acesso em: 20 jan. 2020.

EXANTE CONSULTORIA ECONÔMICA. Benefícios econômicos da expansão do saneamento. Relatório de pesquisa produzido para o Instituto Trata Brasil e o Conselho Empresarial Brasileiro para o Desenvolvimento Sustentável [Internet]. São Paulo: Instituto Trata Brasil; 2014 72 p. Disponível em: <http://www.tratabrasil.org.br/beneficioeconomicos-da-expansao-do-saneamento-brasileiro>

FERNANDES, V.L.B. *et al.* Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.43, n. 6, p.928-36, 2009.

FERREIRA, J.B.B. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.23, n.1, p.45-56, 2014.

HARZHEIM, Erno. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1189-1196, abr. 2020.

HARZHEIM, Erno; SANTOS, Caroline Martins José; D’AVILA, Otávio Pereira; WOLLMANN, Lucas; PINTO, Luiz Felipe. Bases para a Reforma da Atenção Primária à Saúde no Brasil em 2019: mudanças estruturantes após 25 anos do Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2354-2370, 2020.

HELLER, L. Relação entre saúde e saneamento na perspectiva do desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Brasília, v. 3, n. 2, p. 73-84, 1998.

LENTSCK, M. H. *et al.* Condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**: subtítulo da revista, Brasília, v. 7, n. 1, p. 1074-1088, jul./2016.

MACINKO, J.; HARRIS, M.J. Brazil’s family health strategy: delivering communitybased primary care in a universal health system. **N Engl J Med.**, Massachusetts, v.372, n.23, p.2177-2181, 2015.

MACINKO J. The influence of Primary Care and Hospital Supply on Ambulatory Care Sensitive Hospitalizations Among adults in Brazil, 1999-2007. **American Journal of Public Health**, New York, v.101, n. 10, p.1963-1970, 2011.

MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 4, p. 1181-1188, abr. 2020 .

MENDES, E.V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estud Av.**, São Paulo, v.27, n. 78, p.27-34, 2013.

MENDES, E.V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília (DF): **Organização Pan-Americana da Saúde**; 2012.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo; GUERRA, Lucia Dias da Silva. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 42, n. spe1, p. 224-243, set. 2018 .

MENDONÇA C.S. **Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária e qualidade da Saúde da Família em Belo Horizonte Brasil**. 2016. Dissertação (pós Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Porto Alegre, 2016.

MENDONÇA, S. S.; ALBUQUERQUE, E. C. Perfil das internações por condições sensíveis à atenção primária em Pernambuco, 2008 a 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.23, n. 3, p. 463-474, 2014.

MOROSINI M.V.G. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**. 2018; 42(116):.11-24

NEDEL F.B. *et al.* Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n. 1, p.1041-52, 2008.

NEDEL, F.B.; MENDONÇA, C.S.; CALVO, M.C.M. **O Programa Mais Médicos e as Internações evitáveis pela Atenção Primária**. 2017. Disponível em:

http://maismedicos.bvsalud.org/wp-content/uploads/2017/11/Vale_este_SUMULAICSAP-_elisa-ok-1_revFulvioCristina.pdf . Acesso em: 20 jan. 2020.

PEREIRA, F. J. R.; SILVA, C. C.; NETO, E. A. L. Condições sensíveis à atenção Primária: uma revisão descritiva dos resultados da produção acadêmica brasileira: subtítulo do artigo. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 331-342, out. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. **Decreto nº 40.991, de 17 de agosto de 2001**. Dispõe sobre o estabelecimento da divisão da secretaria de saúde do estado em coordenadorias. Porto Alegre: Assembléia Legislativa do Rio Grande do Sul, [2001]. Disponível em: http://www.al.rs.gov.br/Legis/M010/M0100099.ASP?Hid_Tipo=TEXT0&Hid_TodasNormas=2021&hTexto=&Hid_IDNorma=2021 (RIO GRANDE DO SUL, 2001).

RIO GRANDE DO SUL. **Resolução nº 555/12 – CIB/RS**. Dispõe sobre a alteração de configuração e quantidade de regiões de saúde no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Comissão Intergestora Bipartite, [2012]. Disponível em:

<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201703/28155806-resolucao-cib-555-12.pdf>

SANTOS, V. C. F. *et al.* Perfil das internações por doenças crônicas não-transmissíveis sensíveis à atenção primária em idosos da Metade Sul do RS. **Rev Gaucha Enferm.**, Rio Grande do Sul, v. 34, n. 3, p. 124-131, 2013.

SANTOS, V. C. F. *et al.* Internações por condições sensíveis a atenção primária (ICSAP): discutindo limites à utilização deste indicador na avaliação da Atenção Básica em Saúde. **R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, 2013.

SIQUEIRA, M. L. *et al.* Internações por doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado na rede pública de saúde da região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2010-2014. **Epidemiologia dos Serviços de Saúde**, Brasília, v. 26, n. 4, p. 795-806, 2017.

SOUZA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v.14, n. 1, p.1325-1335, 2009.

STARFIELD, B. Primary care: concept, evaluation and policy. **New York: Oxford University Press**, Nova York, 1992.

UGÁ, M. A. D.; LÓPEZ, E. M. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.912-928, 2006.

VALENZUELA-LÓPEZ, M. I. Intervenciones sanitarias en atención primaria que disminuyen la hospitalización por Ambulatory Care Sensitive Conditions en mayores de 65 años. **Aten Primaria**, Espanha, v.39, n. 10, p.525-32, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?**. Copenhagen, 2004.