

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

PATRÍCIA FERREIRA DA SILVA

PANORAMA DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS
À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NA REDE PÚBLICA DA 3ª
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO
SUL, DE 2014 A 2018

Porto Alegre - RS
2020

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

PATRÍCIA FERREIRA DA SILVA

PANORAMA DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS
À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NA REDE PÚBLICA DA 3ª
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO
SUL, DE 2014 A 2018

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

Orientador: Prof. Dr. Roger Dos Santos Rosa

Porto Alegre
2020

CIP - Catalogação na Publicação

SILVA, PATRICIA FERREIRA
PANORAMA DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NA REDE PÚBLICA DA 3ª
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL,
DE 2014 A 2018 / PATRICIA FERREIRA SILVA. -- 2020.
38 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, 2020.

1. SAÚDE PÚBLICA. 2. HOSPITALIZAÇÃO. 3. SUS. 4.
ICSAP. 5. ATENÇÃO PRIMÁRIA. I. ROSA, ROGER DOS SANTOS,
orient. II. Título.

Dedico este trabalho a minha Mãe,
a mulher mais forte e de bom coração que já conheci.

AGRADECIMENTOS

Agradeço por este trabalho, primeiramente, a minha Mãe e a minha família, que me deram suporte em todos os desafios na minha vida pessoal e profissional, entendendo as minhas ausências ao longo desse curso. Tenho e sempre terei minha família como base, norte e fonte de sabedoria.

Aos que de alguma forma contribuíram para minha formação, desde um amigo próximo que começou essa caminhada comigo e terminará junto, até aquele que de alguma forma dividiu bons momentos e conhecimentos esporadicamente.

Por fim, mas não menos importante agradeço ao corpo de professores pela paciência e comprometimento durante todo o curso, em um ano tão atípico.

Muito obrigada!

RESUMO

INTRODUÇÃO: As condições sensíveis à atenção primária (CSAP) são situações que podem ser resolvidas efetivamente no nível básico de atenção à saúde, reduzindo a necessidade de hospitalizações. Conhecer as características dessas internações pode auxiliar para que haja uma melhor organização nas intervenções que acontecem na rede de serviços de saúde, evitando o agravamento clínico. **OBJETIVO:** Apresentar as internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) ocorridas entre o período de 2014 a 2018, na rede pública dos municípios que compõem a 3ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS (3ª CRS). **MÉTODOS:** Análise descritiva de dados estatísticos, relativos às internações por CSAPS com diagnósticos principais conforme a Lista Brasileira de Internações por CSAP (Portaria 221/2008-Ministério da Saúde), a partir do Sistema de Informações Hospitalares (SIH)/SUS, as quais estão disponíveis publicamente e contém o cálculo de indicadores por sexo, faixa etária ocorrência ou não de óbito, permanência e gasto por internação. **RESULTADOS:** Ocorreram 52.517 internações, tendo o sexo feminino sido predominante com 52,4% das internações. Foi na população pertencente à faixa etária de 65 anos ou mais que ocorreu o maior número de internações (43,5%). Os principais diagnósticos foram insuficiência cardíaca entre os homens (14,5%) e infecção no rim e trato urinário entre as mulheres (14,9%). Internações em unidades de terapia intensiva 8,2%. Os óbitos ocorreram em 6,7% internações. O gasto médio por internação no período foi de R\$84.027.200,00, valor médio por internação foi de R\$1.600,00. Por dia de internações com pacientes na faixa etária de 65 anos ou mais, foram gastos, em média, por volta de R\$300,00. Dentre os municípios pesquisados, Rio Grande é o que apresenta o maior número de internações no período (14.013; 26%; 710,5 ICSAP para cada 10.000 hab.) e Pedras Altas o menor (49; 0,1%; 221,5 ICSAP para cada 10.000 hab.). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Apesar da estruturação da rede de atenção primária nas cidades estudadas, observa-se um número ainda expressivo de internações que poderia ter sido evitado, principalmente no que tange a doenças cardíacas e infecções no trato urinário na população com 65 anos ou mais, o que pode ser interpretado como uma possível falha de oferta e acesso à atenção básica em alguns municípios.

Palavras-chave: Saúde Pública. Hospitalização. Indicadores de Saúde. Atenção primária. Sistema Único de Saúde.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 – Municípios da 3º CRS/RS	13
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde na rede pública de saúde, segundo sexo, faixa etária, ocorrência de óbito e utilização de UTI, 3ª Coordenadoria Regional de Saúde, Rio Grande do Sul, 2014-2018 26

Tabela 02 – Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde na rede pública de saúde segundo, grupo de causa e sexo, 3ª Coordenadoria Regional de Saúde, Rio Grande do Sul, 2014-2018 27

Tabela 03 – Coeficiente anual de internações para cada 10.000 habitantes por condições sensíveis à atenção primária à saúde na rede pública de saúde, 3ª Coordenadoria Regional de Saúde, Rio Grande do Sul, 2014-2018..... 29

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Lista brasileira de condições sensíveis à atenção primária Brasil, 2008	17
---	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Percentual de óbitos por condições sensíveis à atenção primária à saúde na rede pública de saúde, Coordenadoria Regional de Saúde segundo faixa etária e sexo. Rio Grande do Sul, 2014-2018..... 28

Gráfico 2 - Dias de permanência (média) em internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde na rede pública de saúde segundo faixa etária, 3ª Coordenadoria Regional de Saúde. Rio Grande do Sul, 2014-2018.....30

Gráfico 3 - Gasto médio por dia e por internação segundo condições sensíveis à atenção primária à saúde na rede pública de saúde segundo faixa etária, 3ª Coordenadoria Regional de Saúde Rio Grande do Sul, 2014-2018. 31

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIS - Ações Integradas de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

CID - Classificação Internacional de Doenças

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CRS - Coordenadorias Regionais de Saúde

ICSAP - Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária

ICSAP- Condições Sensíveis à Atenção Primária

MS - Ministério da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

RAS - Rede Atenção à Saúde

SIH - Sistema de Informação Hospitalar

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	15
2.1 OBJETIVOS GERAIS.....	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	16
4 REVISÃO DA LITERATURA	17
4.1 INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA	17
4.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA SAÚDE	20
4.3 SAÚDE COLETIVA	23
5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	26
CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	34

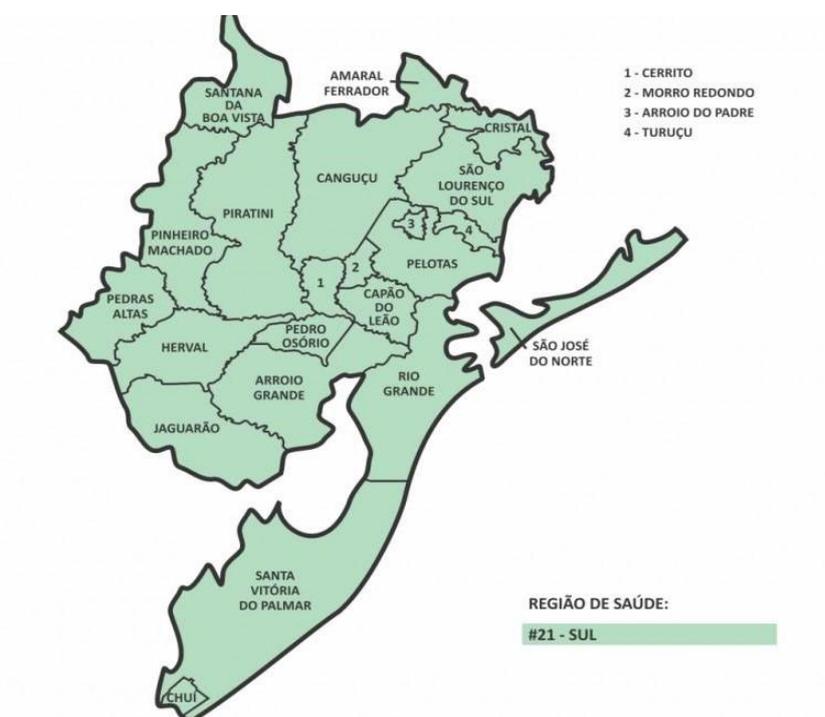
1. INTRODUÇÃO

Desde o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), ações têm sido executadas como forma de consolidar os princípios e as diretrizes desse sistema. Foi a partir da década de 1990 que o Ministério da Saúde passou a ampliar o investimento na Atenção Primária à Saúde (APS), com foco no desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde individual e coletiva.

Em 28 de junho de 2011, foi publicado o Decreto nº 7.508 que veio para regulamentar a Lei 8.080 de setembro de 1990, a qual versa sobre a organização do SUS, seu planejamento na assistência à saúde e as diretrizes necessárias para uma hierarquização articulada de maneira interfederativa.

Essa descentralização político-administrativa do SUS, no Rio Grande do Sul, tem sido efetivada através de dezenove Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) existentes desde 1999 e formalizadas através do decreto 39.691 de 30 de agosto. Com a publicação do Decreto 55.78 em 12 de janeiro de 2021, que formaliza a unificação da 1ª e da 2ª CRS, o Estado do Rio Grande do Sul passa a contar com dezoito Coordenadorias Regionais de Saúde. Essas coordenadorias são responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde, agindo em cooperação técnica, financeira e operacional com os gestores municipais e prestadores de serviços de saúde, organizando e monitorando, em cada região, os serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada, hospitalar e serviços de vigilância. Sendo assim, as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) são as instâncias responsáveis pela coordenação dos sistemas de saúde microrregionais e pelos módulos assistenciais correspondentes à sua área de atuação, dentro de uma macrorregião.

Com sua sede localizada na cidade de Pelotas, a 3ª Coordenadoria regional de Saúde (3ª CRS), abrange os municípios de Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Arroio Grande, Canguçu, Capão do Leão, Cerrito, Chuí, Cristal, Herval, Jaguarão, Morro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Pelotas, Pinheiro Machado, Piratini, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar, Santana da Boa Vista, São José do Norte, São Lourenço do Sul e Turuçu.

Figura 1 - Municípios da 3^o CRS/RS.

Fonte: DAHA/SES/RS/2019.

Considerada um importante polo de educação e saúde, a 3ª Coordenadoria Regional de Saúde (3ªCRS) conta com cinco hospitais, que são de referência para a Macrorregião de Saúde Sul em diversos serviços de média e alta complexidade e três universidades. Tais referências são:

- No município de Rio Grande, Associação de Caridade Santa Casa de Rio Grande Hospital Universidade Dr. Miguel Reit Correa;
- No município de Pelotas, Santa Casa de Misericórdia de Pelotas, Hospital Universitário São Francisco de Paula UCPel, Hospital Escola Universidade Federal de Pelotas.

Em relação à hierarquização, o Decreto nº 7.508/2011 estabelece a atenção primária, de urgência e emergência, a atenção psicossocial e os ambulatórios especializados como portas de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). O referido decreto busca tornar os serviços mais acessíveis e equânimes de forma a atender as necessidades da população.

Segundo Starfield (2004), a Atenção Primária em Saúde (APS) deve ser fortalecida e estruturada para fornecer atenção integral à saúde centrada na pessoa e não na enfermidade. Acredita-se que as ações da APS tenham grande capacidade de modificar, através do acompanhamento efetivo, a saúde da população, trazendo, assim, uma melhora significativa na qualidade de vida e para os indicadores de saúde em geral.

A necessidade de mensurar a qualidade e o acesso da população aos serviços de saúde na APS fez com que o Ministério da Saúde publicasse a Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008, com uma lista de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) que abarcasse a diversidade de condições de saúde e doenças do país (MENDONÇA e ALBUQUERQUE, 2014). Segundo essa portaria, tais internações decorrem de fatores que podem ser tratados na atenção básica, não necessitando de internação hospitalar.

As internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) representam um conjunto de problemas de saúde que ações efetivas desenvolvidas na atenção primária e voltadas à promoção, prevenção, diagnóstico e controle, diminuiriam o risco e a necessidade de internações hospitalares.

Segundo Botelho et al., (2017)

são internações por doenças passíveis de controle e redução por meio da atenção básica acessível e efetiva, envolvendo prevenção e continuidade do cuidado. Têm consideradas indicadores indiretas da qualidade dos serviços de atenção básica, apontando a possibilidade de barreiras de acesso aos serviços (geográficas, culturais, financeiras ou organizacionais) e prestando-se ao monitoramento da efetividade e desempenho do sistema de atenção básica (BOTELHO, 2017, p. 2).

Sendo assim, altas taxas de ICSAP entre a população de uma determinada região de saúde pode indicar sérios problemas de acesso ao sistema de saúde, assim como falhas no seu desempenho. Representa-se, desta forma, um sinal de alerta para a gestão da saúde e para a efetividade da atenção primária em saúde (APS).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GERAIS

Dimensionar as hospitalizações por doenças por condições sensíveis à atenção primária à saúde na rede pública de saúde em municípios da 3ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS, no período de 2014 a 2018.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar as internações de acordo com o sexo, faixa etária, ocorrência ou não de óbito, procedência, gastos e tempo de internação.
- Calcular o coeficiente de internações para cada 10 mil habitantes,
- Identificar os municípios com maior número de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), na 3ªCRS no período estudado.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

As informações utilizadas para compor a base de dados do trabalho foram coletadas a partir de pesquisas nos sistemas de informações disponíveis em arquivos públicos como SIH/SUS e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES para verificação dos hospitais contratualizados, disponíveis no site www.datasus.saude.gov.br (BRASIL, 2014), sendo sua análise realizada em Microsoft Excel[®].

Para a análise de dados, utilizou-se estatística descritiva por meio de frequências absolutas e relativas de internações por CSAPS na rede pública de saúde, segundo sexo (feminino, masculina), faixa etária (<1, 1-4, 5-14, 15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-65, 65 anos ou mais), ocorrência de óbito (não, sim) e utilização de UTI (não, sim). Além disso, descreveram-se as internações por grupo de causa e município de procedência. Calculou-se, também, o coeficiente populacional de internações por CSAPS a partir das médias anuais do período por 10.000 habitantes com base na população residente, segundo o Censo Demográfico nacional de 2010. Por fim, contabilizou-se o percentual de óbitos por CSAPS segundo faixa etária e sexo, a média de dias de permanência, gasto médio por internação e gasto médio por dia de internação, estratificado por faixa etária.

Para a pesquisa da revisão bibliográfica, foram utilizadas bases de dados como o SCIELO, o Portal de Periódicos da CAPES, o LILACS e Google Acadêmico. As palavras-chave pesquisadas foram: sistema único de saúde; indicadores de saúde; condições sensíveis à atenção primária, hospitalizações, administração e planejamento em saúde.

Em relação aos aspectos éticos, está garantida a confidencialidade e segurança dos dados, pois os arquivos utilizados foram de domínio público, disponíveis na internet e divulgados pelo Ministério da Saúde de forma a preservar a identificação dos sujeitos.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA

Os estudos sobre as internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) trazem um conceito que trata as hospitalizações evitáveis ou condições sensíveis à atenção ambulatorial como decorrência de problemas com o acesso e a efetividade dos cuidados básicos de saúde.

No Brasil, esse indicador é conhecido como Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) sendo representado por uma lista de problemas de saúde (ALFRADIQUE *et al.*, 2009). Da mesma forma, Nedel *et al.* (2010) afirmam que somente na falta de atenção assertiva a esses problemas de saúde eles evoluiriam para hospitalização, o que torna as CSPA em um indicador importante para demonstrar as falhas no acesso e na efetividade dos cuidados primários (MORAIS *et al.*, 2012).

O sistema de saúde brasileiro, historicamente marcado por um modelo de assistência curativa, hospitalocêntrica e medicocentrada, influência do paradigma cartesiano no pensamento da medicina, ainda convive com as implicações desta concepção na organização e práticas de saúde (MALVEZZI, 2018, p. 2).

É a partir da publicação da Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008 que o conceito de Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) passou a ser usado com mais frequência nos estudos sobre avaliação da APS (FERREIRA *et al.*, 2012).

Foi essa Portaria que tornou pública a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, na qual se encontram classificadas por grupos as causas de internações e diagnósticos, de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID10). Essa lista foi criada como um instrumento de avaliação da APS, que também pode servir para avaliar a efetividade do sistema de saúde nos níveis nacional, estadual e municipal (BRASIL, 2008).

Quadro 1 – Lista brasileira de condições sensíveis à atenção primária – Brasil, 2008.

Grupo	Lista dos CID-10
1. Doenças evitáveis por imunizações e outras doenças infecto parasitárias	A15.0 - A19.9; A33.0 - A37.9; A50.0 - A53.9; A95.0 - A95.9; B05.0 - B06.9; B16.0 - B16.9; B26.0 - B26.9; B50.0 - B54.9; B77.0 - B77.9; G00.0; I00 - I02.9
2. Gastroenterites infecciosas e complicações	A00.0 - A09.9; E86.0 - E86.9
3. Anemia	D50.0 - D50.9
4. Deficiências nutricionais	E40 - E46.9; E50.0 - E64.9
5. Infecção de ouvido, nariz e garganta.	H66.0 - H66.9; J01.0 - J03.9; J06.0 - J06.9; J31.0 - J31.9
6. Pneumonias bacterianas	J13; J14; J15.3 - J15.4; J15.8 - J15.9; J18.1
7. Asma	J45.0 - J45.9
8. Doenças pulmonares	J20.0 - J21.9; J40 - J42
9. Hipertensão	I10; I11.0 - I11.9
10. Angina	I20.0 - I20.9
11. Insuficiência cardíaca	I50.0 - I50.9
12. Doenças cerebrovasculares	I63 - I67; I69; G45 - G46
13. Diabetes mellitus	E10.0 - E14.9
14. Epilepsias	G40.0 - G40.9
15. Infecção de rins e trato urinário	N30.0 - N30.9; N34.0 - N34.3; N39.0
16. Infecção de pele e tecido subcutâneo	A46; L01.0 - L04.9; L08.0 - L08.9
17. Doenças inflamatórias dos órgãos pélvicos femininos	N70.0 - N73.9; N75.0 - N76.8
18. Úlcera gastrointestinal	K25 - k28; K92.0; K92.1; K92.2
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	O23; A50; P35.0

Fonte: Portaria nº 221 de abril de 2008.

O SUS no Brasil tem por objetivo coordenar, articular, negociar, planejar, acompanhar, controlar, avaliar e auditar o sistema de saúde em nível municipal, estadual e federal (CARVALHO *et al.*, 2006). Esse sistema busca desenvolver uma gestão regulamentada por instrumentos jurídico-institucionais que foram formulados desde sua criação com o intuito de otimizar o funcionamento do SUS.

Além da equidade e da integralidade, também são princípios do SUS a hierarquização e a organização do sistema, dividindo-o em alta complexidade, que são os hospitais de cirurgias mais complexas como as cardíacas, média complexidade, hospitais de médio e pequeno porte, clínicas e laboratórios, e atenção básica, que são as UBS e as ESF. Conforme a Portaria Federal nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 todos esses níveis de serviço de saúde

constituem a Rede Atenção à Saúde (RAS). Segundo Macinko (2007), pode-se dizer que as APS possuem um papel fundamental na prevenção, no diagnóstico, no tratamento e no acompanhamento da internação que pode ser evitada com o cuidado primário.

As redes de saúde precisam ser estruturadas a partir da atenção básica que deve estar situada no centro dessa rede, servindo como entrada, organizando os fluxos e contrafluxos dos usuários pelos níveis do sistema, exceto os casos de urgência e emergência (REHEM *et al.*, 2012). Quando bem estruturada e efetiva, a atenção primária proporciona um alto grau de satisfação aos usuários, bem como reduz os gastos e melhora os indicadores de saúde (ELIAS e MAGAJEWSKI, 2008).

Para Nedel *et al.* (2010), as Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) precisam ser resolvidas no primeiro nível de atenção à saúde para que não se tornem problemas cuja evolução possa exigir hospitalização. São essas hospitalizações, isto é, as que poderiam ter sido evitadas, que serviram como fonte de dados para o acompanhamento da efetividade do sistema de saúde.

As internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) podem servir como um indicador importante para o SUS por permitirem que pesquisadores e gestores em saúde acessem seus dados disponibilizados nas bases do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) por meio de softwares como o *TabWin*. Desta forma, tais dados também promovem discussões e análises para as interpretações de órgãos como as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e até mesmo o próprio Ministério da Saúde (MORAIS *et al.*, 2012).

De acordo com Malvezzi (2018) a internações por condições sensíveis à atenção primária representam um

[...] indicador que se propõe a mensurar as internações hospitalares que, em teoria, poderiam ser evitadas pelo acesso oportuno a cuidados de saúde de boa qualidade na atenção primária, permitindo refletir tanto a organização dos serviços de saúde da população (MALVEZZI, 2018, p. 2).

Para Silva *et al.* (2012), as internações por ICSAP têm se destacado como indicador indireto do acesso à atenção oportuna e efetiva no primeiro

nível de atenção à saúde, o que, quando acontece, deve refletir na diminuição das internações hospitalares por grupos de causas específicas.

Segundo Alfradique *et al.* (2009), ainda é necessário que não se confunda internações preveníveis, sensíveis ou inapropriadas, por motivos de uso inadequado dos serviços de saúde, como características sociodemográficas da população, padrão de utilização dos serviços, atitudes em face do tratamento, variações na prevalência do agravo na população, inexistência de rede de proteção social, dotação de recursos insuficientes entre outros.

4.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA SAÚDE

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a Atenção Primária à Saúde é definida da seguinte forma:

A atenção primária à saúde (APS) é geralmente o primeiro ponto de contato oferecendo atendimento abrangente, acessível e baseado na comunidade, que pode atender de 80% a 90% das necessidades de saúde de uma pessoa ao longo de sua vida. Na sua essência, a APS cuida das pessoas e não apenas trata doenças ou condições específicas. Esse setor oferta atenção integral o mais próximo possível do ambiente cotidiano dos indivíduos, famílias e comunidades (OPAS, 2019, p. 2).

Tendo como base a mesma organização, os atendimentos prestados envolvem também:

serviços que vão desde a promoção da saúde (por exemplo, orientações para uma melhor alimentação) e prevenção (como vacinação e planejamento familiar) até o tratamento de doenças agudas e infecciosas, o controle de doenças crônicas, cuidados paliativos e reabilitação (OPAS, 2019, p. 2).

Contudo, segundo Mota e Schraiber (2001), a APS só viria a ganhar maior notoriedade no fim da década de 1970. Nesse período ocorreu a Conferência Internacional de Saúde de Alma-Ata (1978), que teve como tema Cuidados Primários, com a participação de representantes de todo o mundo. Nesse sentido, por intermédio da Organização Mundial da Saúde (OMS), foi iniciado um movimento da APS, no qual o termo foi definido pela própria organização como sendo:

[...] cuidados essenciais [...] baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constitui a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, de família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978 apud GUSSO, BENSENSO; OMOS, 2012, p.94).

Neste contexto, o que se percebe é que a adoção do modelo de atenção primária a nível mundial teve grande importância por promover a descentralização de serviços, tendo como apoio diversos projetos inovadores, com a finalidade de ofertar ingresso universal à saúde, assim como aumentar o trabalho na área. Outrossim, outra ideia do citado modelo é promover uma expansão em relação a outros campos de cuidado, ou seja, por meio de recursos diagnósticos, medicinais e hospitalares e, em especial fixar uma assistência intersetorial, isto é, entre pessoas, abrangendo a promoção de saúde bem como a prevenção de doenças (PAIM et al., 2011).

No Brasil, a APS pode ser considerada a porta de entrada do sistema de saúde brasileiro, ou seja, é a porta de acesso ao SUS, uma vez que todos os procedimentos por ele realizados passam primeiro pela atenção primária, e só então são direcionados conforme o nível de complexidade. O cuidado realizado pela atenção primária deve ser geral, não restritivo a determinadas idades, tipos de dificuldades ou condições. É necessário que seja de fácil acesso em relação ao tempo, lugar e financiamento. Deve ser, ainda, integral e integrado, sendo curativo, reabilitador, promotor de saúde e preventivo (ANDRADE, et al., 2012).

A APS deve ser composta por equipes multiprofissionais, sendo dessa maneira um serviço continuado. Seu olhar é centrado na pessoa e não na enfermidade, sendo preciso ter em mente que o seu objetivo é tratar doentes ao invés de doenças, com a atenção direcionada para coletividades, famílias, grupos e comunidades (MOTA; SCHRAIBER, 2011).

Por mais que exista um consenso em relação à utilização do termo “Atenção Primária em Saúde”, existem diferentes concepções sobre seu real significado. O emprego dessa nomenclatura expressa, geralmente, a compreensão de uma saúde ambulatorial não especializada, ou seja, consultas clínicas gerais, ofertadas por meio das UBS que se caracterizam pelo desenvolvimento de atividades clínicas de baixa complexidade, o que, no Brasil, inclui as atividades de saúde pública.

Deveria ser do conhecimento da maioria da população que são essas unidades os lugares onde acontece ou ao menos deveria acontecer, sem exceção, o contato inicial dos pacientes com a rede de saúde pública, visto que, como já mencionado anteriormente, elas funcionam, ou ao menos deveriam funcionar, como a porta de acesso à rede pública de saúde. Entretanto, por trás desse aparente consenso existem diferentes concepções sobre seu real significado (MELO, 2014).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define a APS como:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção de saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência [...]. É desenvolver com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde [...] (BRASIL, 2012. P. 19).

No Brasil, desde a criação dos Centros de Saúde Escola na década de 1920 até a atualidade, têm sido feitas investidas a fim de se organizar a APS. Diversos modelos foram adotados nas várias regiões do país, devido à existência de interesses e concepções bastante diferentes. Esses centros de saúde, a princípio sugeridos por Paula Souza em São Paulo, sugeriam ação integral, dando maior atenção em educação sanitária e à promoção de saúde (RIBEIRO, 2007).

As experiências iniciais de medicina comunitária da década de 70, sob a influência da reforma sanitária e com apoio das instituições de ensino superior,

marcaram o início da presença dos municípios no desenvolvimento da APS. Já no começo dos anos 1980, com o processo de redemocratização no país, foram propostas as Ações Integradas de Saúde (AIS), seguidas pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), até que em 1988 foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS) com a nova Constituição (LAVRAS, et al., 2007).

No entanto, apenas quando os municípios começaram a gerir o SUS, no início dos anos 90, é que o APS começou a contar com uma estruturação mais uniforme sob responsabilidade dos municípios brasileiros incentivados pelo Ministério de Saúde através de normatizações e financiamento. Mesmo identificando os avanços na organização da APS no Brasil, desde o início do processo de desenvolvimento do SUS, é preciso admitir que grandes obstáculos precisam ser superados para que os objetivos explícitos na política nacional possam ser cumpridos e para que possa desempenhar o papel de organizadora do sistema e coordenadora do cuidado em saúde (LAVRAS, 2011).

Parte dos citados obstáculos pode ser atribuída à realidade de cada município, o que não necessariamente implica na adoção de medidas locais para sua superação. Ainda, no que se refere especificamente à APS, há que se superar um padrão cultural hospitalocêntrico vigente tanto na sociedade como no aparelho formador, como na perspectiva que insiste em valorizar e legitimar as práticas que aí se desenvolvem.

4.3 SAÚDE COLETIVA

A saúde coletiva tem como objeto de estudo as necessidades de saúde, todas as condições solicitadas e necessárias, não somente para prevenir a doença e estender a vida, mas também de forma a auxiliar na busca por uma melhor qualidade de vida das pessoas. Seus instrumentos de trabalho são a epidemiologia social, que tem como foco o estudo da determinação social e das desigualdades em saúde, o planejamento estratégico e comunicativo e a gestão democrática (EGRY, et al., 2010).

Nesse sentido, pensa-se de maneira ampliada em qualidade de vida, levando em conta os vários aspectos que englobam o viver. Aqui, os saberes

estão horizontalizados, precisando haver comunicação. Sua construção vai muito além das noções teóricas do Sanitarismo (modelo que correspondia às ações de controle e higiene, a fim de preservar e aumentar a força de trabalho) e da Patologia Social (preocupação com as condições de vida da população e adoção de medidas que visem à promoção de saúde), pois compreende as mudanças sociais como uma categoria e não como um fator causal do processo saúde-doença, reconstruindo a percepção do que é indivíduo, transcendendo os limites biopsicossociais (YONEKURA, 2011).

Outrossim, o movimento da saúde coletiva nasceu no contexto da crise mundial do capitalismo que se instalou no fim dos anos de 1960, em meio a um contexto de discussões técnicas, teóricas e empíricas, desenvolvidas em instituições de ensino que acabaram indo muito além dos limites físicos dessas instituições e difundiram-se entre os sindicatos dos trabalhadores, organizações civis e religiosas, partidos políticos, associações profissionais e entidades de saúde, em um contexto de discussões e lutas por uma nova democracia no Brasil (YONEKURA, 2011).

No decorrer dos anos 1980, a perda do direito à saúde por parte considerável da população deu impulso ao citado movimento, a fim de que propusesse a saúde como direito social e obrigação do Estado. Tal acontecimento coincidiu com a data da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 1986, com a participação de técnicos do assunto, gestores e representantes da sociedade organizada. Na ocasião, o relatório final trouxe a saúde descrita como resultado não só das condições gerais de vida, ou seja, ela não depende apenas da alimentação, habitação, educação e de várias outras áreas que englobam o viver, mas antes de qualquer coisa, resulta das formas de organização da produção social e das desigualdades nela existentes (PAIM et al., 2011).

Paim e Almeida Filho (1998, p.309) afirmam que o trabalho teórico-epistemológico empregado atualmente entende a Saúde Coletiva como um campo interdisciplinar, não exatamente como uma disciplina científica. Ainda de acordo com os autores, a Saúde Coletiva se baseia em conhecimentos da epidemiologia, da administração da saúde e das ciências sociais, a fim de compor a noção de assistência. Em consonância com os autores anteriormente mencionados, Soares (2007) declara que o desenvolvimento da Saúde Coletiva

auxiliou na compreensão do processo saúde-doença enquanto reflexo das determinações históricas e estruturais, enfrentado de maneiras diferentes, de acordo com as diferentes classes sociais (MELO, 2014).

Percebe-se que, a partir de então, o interesse de se relacionar as condições de vida e as formas de organização da população com os perfis patológicos contribuiu na elaboração teórica da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, teoria essa que foi baseada na identificação das mediações envolvidas entre as classes sociais, os padrões de adoecimento e o perfil epidemiológico da população, levando em conta as formações sociais contemporâneas (NUNES, 2011).

É válido ressaltar a intencionalidade do conceito de Saúde Coletiva em redefinir o paradigma positivista da saúde pública, por meio de uma análise marxista potente que modificava as referências conceituais e metodológicas, através do materialismo histórico e dialético. Breilh (1991) explica que a Saúde Coletiva emprega como categoria central a produção e reprodução social, fundamentada nos estudos de Karl Marx, uma vez que ela possibilita analisar o processo produtivo em seu movimento e estuda a oposição dialética entre produção e consumo individual (MELO, 2014).

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No período compreendido entre os anos 2014-2018 encontrou-se o total de 52.517 internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) na área de abrangência da 3ª Coordenadoria Regional de Saúde, composta por 22 municípios, com uma população total de 668.606, de acordo com estimativa do IBGE, em 2018. Conforme demonstrado na Tabela 1, o percentual de mulheres hospitalizadas, no mesmo período, foi de 52,4%. Destaque a faixa etária de 65 anos ou mais que apresentou o maior índice de internações, o que pode ser explicado pelo aumento das comorbidades apresentadas com o aumento da expectativa de vida da população.

Tabela 1 - Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde na rede pública de saúde, segundo sexo, faixa etária, ocorrência de óbito e utilização de UTI, 3ª Coordenadoria Regional de Saúde, Rio Grande do Sul, 2014-2018.

Variável	Internação	
	N	%
Sexo		
Feminino	27.521	52,4
Masculino	24.996	47,6
Faixa etária (anos completos)		
<1	3.495	6,7
1-4	2.371	4,5
5-14	1.566	3,0
15-24	2.638	5,0
25-34	2.528	4,8
35-44	2.857	5,4
45-54	5.331	10,2
55-64	8.858	16,9
65 anos ou mais	22.873	43,5
Ocorrência de óbito		
Não	49.006	93,3
Sim	3.511	6,7
Utilização de UTI		
Não	48.194	91,8
Sim	4.323	8,2

Fonte: Acervo da autora, 2021.

Na Tabela 2, estão expostas as internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) por causas que ocorreram entre os anos de 2014 e 2018. Observa-se que o maior percentual de internações por ICSAP entre os homens têm como causa insuficiência cardíaca (14,5%) e entre as mulheres são as doenças relacionadas às infecções do rim e trato urinário (15,9%).

Tabela 2 - Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde na rede pública de saúde segundo grupo de causa e sexo, 3ª Coordenadoria Regional do Saúde Rio Grande do Sul, 2014-2018.

Grupos de causa	Sexo		Total N (%)
	Masculino	Feminino	
	N (%)	N (%)	
Doenças preveníveis por imunização/condições sensíveis	448 (1,8)	263 (1,0)	711 (1,4)
Gastroenterites Infecciosas e complicações	1.016 (4,1)	1.107 (4,0)	2.123 (4,0)
Anemia	137 (0,6)	160 (0,6)	297 (0,6)
Deficiências nutricionais	404 (1,6)	377 (1,4)	781 (1,5)
Infecções de ouvido, nariz e garganta	221 (0,9)	216 (0,8)	437 (0,8)
Pneumonias bacterianas	2.585 (10,3)	2.389 (8,7)	4.974 (9,5)
Asma	1.006 (4,0)	826 (3,0)	1.832 (3,5)
Doenças pulmonares	3.024 (12,1)	2.299 (8,4)	5.323 (10,1)
Hipertensão	289 (1,2)	403 (1,5)	692 (1,3)
Angina	3.595 (14,4)	2.699 (9,8)	6.294 (12,0)
Insuficiência cardíaca	3.633 (14,5)	4.126 (15,0)	7.759 (14,8)
Doenças cerebrovasculares	2.811 (11,3)	2.902 (10,5)	5.713 (10,89)
Diabetes Mellitus	1.734 (6,9)	1.877 (6,8)	3.611 (6,9)
Epilepsias	449 (1,8)	331 (1,2)	780 (1,5)
Infecção no rim e trato urinário	1.723 (6,9)	4.388 (15,9)	6.111 (11,6)
Infecção da pele e tecido subcutâneo	1.026 (4,1)	879 (3,2)	1.905 (3,6)
Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	0 (0,0)	619 (2,3)	619 (1,2)
Úlcera gastrointestinal	692 (2,8)	522 (1,9)	1.214 (2,3)
Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	203 (0,8)	1.138 (4,1)	1.341 (2,6)
Total	24.996	27.521	52.517

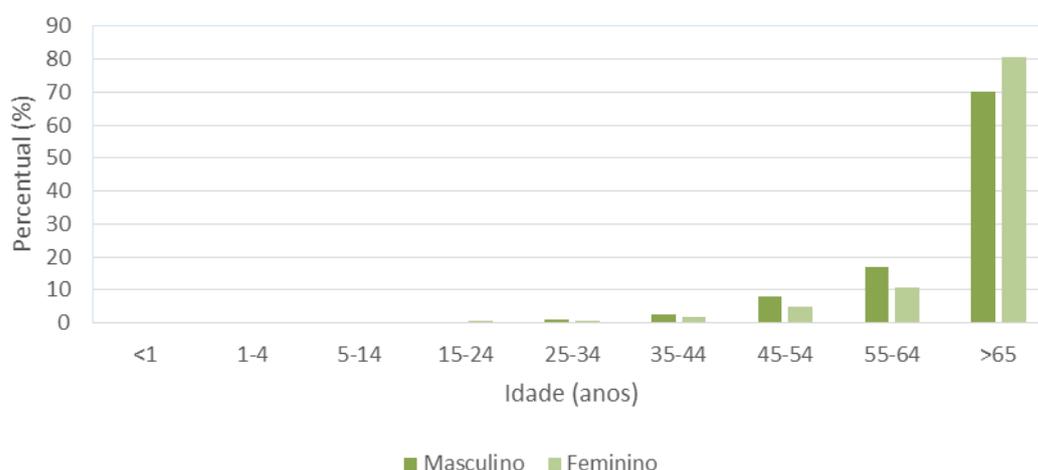
Fonte: Acervo da autora, 2021.

Associando os dados apresentados na tabela 1, que mostram um grande número de ICSAP na faixa etária de 65 anos ou mais, aos dados da tabela 2, na qual insuficiência cardíaca aparece com o maior número do total de internações, percebe-se que isso tende a acontecer porque, na maioria das

vezes, a doença se relaciona com outros problemas cardíacos, além de hipertensão e doenças metabólicas, uma vez que – via de regra – acometem as pessoas nesta faixa etária de 65 anos ou mais.

Conforme apresentado pelo gráfico abaixo, confirmando os dados supracitados, o percentual de óbitos decorrentes de ICSAP é maior entre a população de 65 anos ou mais, e 80% dos óbitos nesta faixa etária ocorrem entre as mulheres.

Gráfico 1 - Percentual de óbitos por condições sensíveis à atenção primária à saúde na rede pública de saúde, Coordenadoria Regional de Saúde segundo faixa etária e sexo. Rio Grande do Sul, 2014-2018.



Fonte: Acervo da autora, 2021.

Conforme se pode observar nos dados que se seguem, vê-se que no período de 2014-2018 a média do coeficiente anual de internações por condições sensíveis à atenção primária na cidade de Rio Grande, que possui uma população de 211.00 habitantes, foi de 710,5 para cada 10.000 habitantes. Já o município de Piratini, com 20.663 habitantes, no mesmo período teve 2.646 internações ICSAP com um coeficiente de 1.333,6 para cada 10.000 habitantes.

Assim, pode-se ver que os municípios que mais tiveram internação foram Rio Grande, em primeiro lugar com cerca 26,6%, em segundo a cidade de Pelotas, com 24,6%, e em terceiro a cidade de São Lourenço do Sul com 10% de internações, no período entre 2014 a 2018 abrangendo a 3ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul.

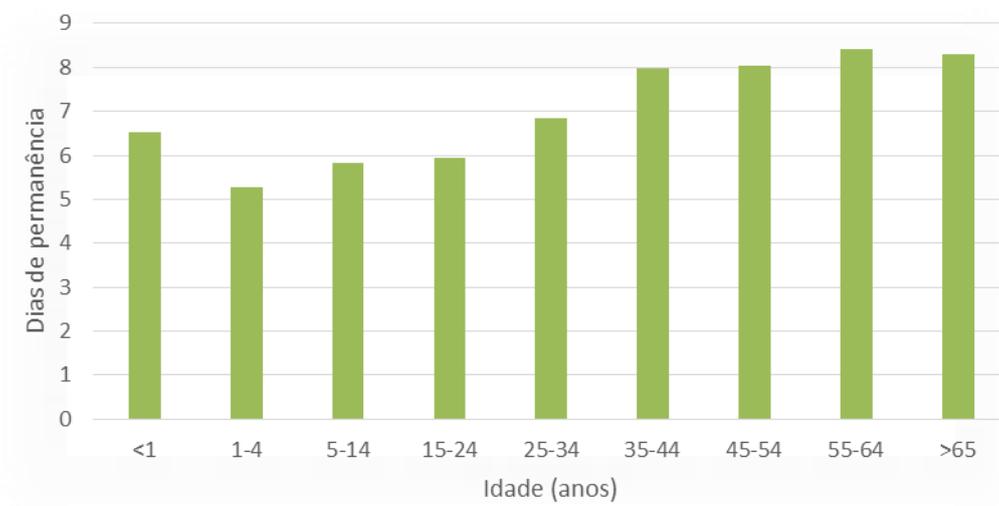
Tabela 3 - Coeficiente anual de internações para cada 10.000 habitantes por condições sensíveis à atenção primária à saúde na rede pública de saúde, 3ª Coordenadoria Regional de Saúde Rio Grande do Sul, 2014-2018.

Município	N	%	Coeficiente anual por 10.000 hab
Amaral Ferrador	216	0,4	340,0
Arroio do Padre	66	0,1	241,8
Arroio Grande	2.585	4,9	1.399,8
Canguçu	4.983	9,5	935,6
Capão do Leão	766	1,5	315,3
Cerrito	419	0,8	654,5
Chuí	129	0,3	218,0
Cristal	280	0,5	248,1
Herval	176	0,3	260,6
Jaguarão	1.742	3,3	623,7
Morro Redondo	427	0,8	685,7
Pedras Altas	49	0,1	221,5
Pedro Osório	513	1,0	656,8
Pelotas	12.894	24,6	392,9
Pinheiro Machado	918	1,8	718,3
Piratini	2.646	5,0	1.333,6
Rio Grande	14.013	26,6	710,5
Santa Vitória do Palmar	2.137	4,1	689,6
Santana da Boa Vista	265	0,5	321,5
São José do Norte	1.678	3,2	658,0
São Lourenço do Sul	5.368	10,2	1.245,2
Turuçu	247	0,5	686,9

Fonte: Acervo do autor, 2021.

Conforme demonstrado na figura 3 a amplitude da média de dias de internação nas diferentes faixas etárias varia de 5 a 8 dias, destacando os pacientes de 55-64 anos que em alguns casos pode ultrapassar os 8 dias.

Gráfico 2 - Dias de permanência (média) em internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde na rede pública de saúde segundo faixa etária, 3ª Coordenadoria Regional de Saúde. Rio Grande do Sul, 2014-2018.

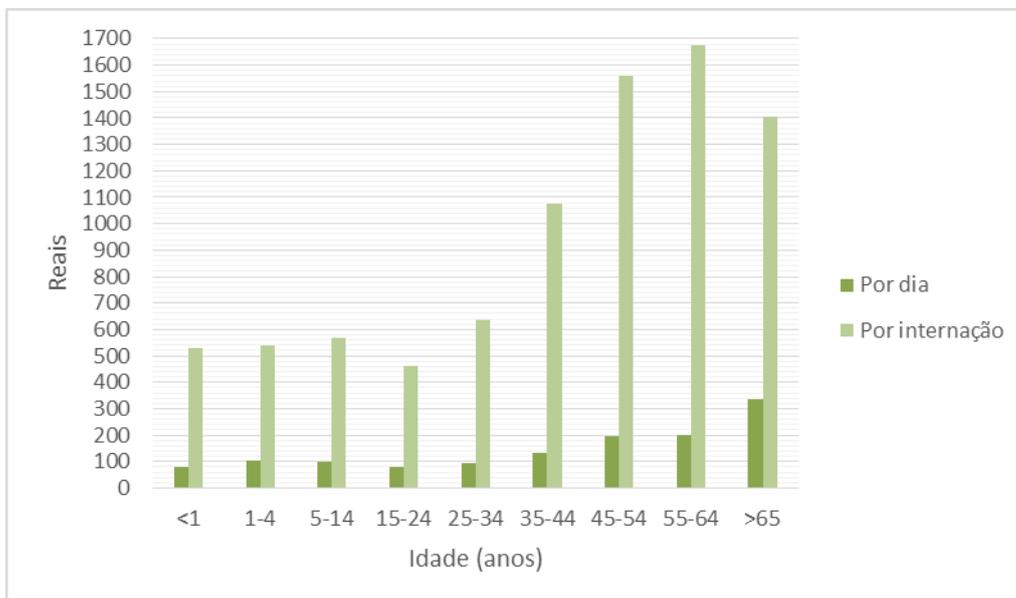


Fonte: Acervo da autora, 2021.

Os maiores gastos, segundo o gráfico apresentado abaixo, envolveram pessoas que estão na faixa etária entre 65 ou mais, totalizando por volta de R\$1.600,00 por internação, em seguida a esse grupo aparecem indivíduos de uma faixa etária entre 45 a 64.

Se olharmos para os gastos médios, por dias de internação, dos pacientes com faixa etária de 65 anos ou mais, percebe-se que giram por volta de R\$300,00 ao dia e que, se levar-se em conta que esta faixa etária tende a ficar internada por volta de oito dias, o custo de uma internação por condições sensíveis à atenção primária para os pacientes de 65 anos ou mais pode chegar a um custo total de R\$ 2.400,00 por internação. Os pacientes na faixa etária de 55-64 anos, mesmo que com mais dias de internação, tendem ter um gasto médio diário menor, por volta de R\$200,00 por dia, fazendo com que o valor médio passe a ser de R\$1.600,00 por internação.

Gráfico 3 - Gasto médio por dia e por internação segundo condições sensíveis à atenção primária à saúde na rede pública de saúde segundo faixa etária, 3ª Coordenadoria Regional de Saúde Rio Grande do Sul, 2014-2018.



Fonte: Acervo da autora, 2021.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho apresentado buscou apresentar um panorama das internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) em saúde na rede pública da 3ª Coordenadoria Regional de Saúde do estado do Rio Grande do Sul, analisando dados referentes aos anos de 2014 a 2018.

Nesse contexto, foi avaliado o perfil das internações tendo por base a região, a quantidade de habitantes, a faixa etária, entre outros pontos fundamentais para compor esse estudo, no qual, inicialmente, realizou-se uma revisão da literatura buscando analisar como surgiram esses indicadores, qual sua importância e como se desenvolveram a nível mundial.

Foi evidenciado que a grande maioria dos indivíduos que são internados por condições sensíveis são mulheres, estando 52% desse montante dentro de uma faixa etária entre 65 ou mais; vale ressaltar que o aumento da expectativa de vida pode ter propiciado esse cenário. Outrossim, a ocorrência de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) em idosos pode estar relacionada às limitações de acesso comuns a essa população, dificuldade de locomoção e transporte associados, bem como ao aumento da expectativa de vida e ao envelhecimento populacional. A ocorrência desses fatores trazem problemas de saúde que afetam diretamente esses indivíduos, imbricando em doenças crônicas e/ou doenças de longa duração, o que resulta que esses pacientes precisem de ações com custo financeiro mais elevado.

Por outro lado, ao se considerar o fato de que as internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) também podem refletir a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e que esses precisam ser mais eficientes e resolutivos, na rede de atenção primária, os resultados deste estudo, tornam-se indícios da necessidade de uma análise mais aprofundada sobre como e onde tem sido ofertado os serviços básicos de saúde pelo SUS aos municípios que compõem a 3ª Coordenadoria Regional de Saúde.

É importante esclarecer que o presente estudo apresentou limitações, uma vez que os dados não fornecem informações sobre as condições socioeconômicas, comorbidades e determinantes externos. Apesar disso, os dados secundários disponibilizados pelo Ministério da Saúde, que serviram como fonte direta de pesquisa, podem contribuir no planejamento e na gestão

dos serviços de saúde. Levando-se em consideração que estas informações possibilitam uma análise da situação dos sistemas de saúde da 3ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS, salienta-se que podem, assim, subsidiar as tomadas de decisão e elaboração de programas de saúde baseados em evidências. As informações disponibilizadas podem ser de grande valia se tomados alguns cuidados, por se originarem de dados secundários.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZARRA, R. C. **Atenção Primária à saúde e Estratégia Saúde Família**. In: Campos, G. W. S.; Minayo, M. C. S.; Akerman, M.; Júnior, M. D.; Carvalho, Y. M. organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: HUCITEC; 2012.

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). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337- 1349 jun. 2009.

BOTELHO, J. F.; PORTELA, M. C. Risco de interpretação falaciosa das internações por condições sensíveis à atenção primária em contextos locais, Itaboraí, Rio de Janeiro, Brasil, 2006-2011. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00050915, 2017.

Brasil. Presidência da República. Decreto nº 7508/Presidência da República/Casa Civil, 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. Brasília. **Diário Oficial da União** 2011; 28 jun.

BRASIL. 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**, n. 204, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Publica em forma do anexo a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Portaria n. 221, 17 abril 2008. **Diário Oficial da União** 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 29 de Nov. de 2020.

CARDOSO, C. S.; PÁDUA, C. M.; RODRIGUES J. A. A.; GUIMARÃES, D. A.; CARVALHO, S. F.; VALENTIN, R. F.; OLIVEIRA. C, D, L. Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. **Rev Panam Salud Publica**. v. 34, n. 4, p. 227-234, 2013.

ELIAS E, MAGAJEWSKI F. A atenção primária à saúde no Sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. **Rev Bras Epidemiol**. v.11, n.4, p. 633-647, 2008.

EGRY, E. Y. ; OLIVEIRA, M. A. C.; FONSECA, R. M. G. S.; CUBAS, M. R. **Considerações acerca da Saúde**. In: Garcia, T. R.,; Egly, E.Y. Integralidade da atenção no SUS e Sistematização da Assistência de Enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2010.

FERREIRA, M.; DIAS, B. M.; MISHIMA, S. M. Internações por condições sensíveis: possibilidade de avaliação na atenção básica. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v. 14, n. 4, p. 760-770, 2012.

GIL, A. C. **Como Elaborar projetos de pesquisa**. 4^o ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GUSSO, G. D. F.; BENSENOR, I. J. M.; OLMOS, R. D. Terminologia da atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 1, p. 93-99, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Rio Grande**. IBGE. 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rs/rio-grande.html>. Acesso em: 20 de Dez. de 2020.

JUNQUEIRA, R. M. P.; DUARTE, E. C. Internações hospitalares por causas sensíveis à atenção primária no Distrito Federal, 2008. **Rev Saúde Pública**; v. 46, n. 5, p. 761-768, 2012.

LAVRAS, C.; PRIETO, S.; CONTADOR, V. Movimento Sanitário Brasileiro na década de 70: a participação das universidades e dos municípios–memórias. **Brasília: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, Conasems**, 2007.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 867-874, 2011.

LESSA, F. J. D. et al. Novas metodologias para vigilância epidemiológica: uso do Sistema de Informações Hospitalares-SIH/SUS. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 9, p. 3-19, 2000.

MACINKO III, J. Seminário Internacional de Atenção Primária-Saúde da Família. **Relatório de atividades. Brasília: Ministério da Saúde**, 2008.

MALVEZZI, E. Internações por condições sensíveis à atenção primária: revisão qualitativa da literatura científica brasileira. **Revista Saúde**, v. 10, n. 201102297, 2018.

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.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Público do Ceará; 2002;

MELO, M. D. **Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Guarulhos: um olhar da enfermagem em saúde coletiva**. 215 F. 2014. Tese de Doutorado. Mestre em Ciências. Universidade de São Paulo. 2014.

MORAIS, T.C. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária no hospital geral de uma microrregião de saúde do município de São Paulo, Brasil. **Texto contexto – enferm.** V. 21, n. 3, p. 535-542, 2012.

MOTA, A.; SCHRAIBER, L. B. Atenção primária no sistema de saúde: debates paulistas numa perspectiva histórica. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 837-852, 2011.

NEDEL, F. B.; FACCHINI, L. A.; MARTÍN, M.; NAVARRO, A. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 19, n. 1, p.61-75, 2010.

NORONHA, J. C. **Ministério da saúde/secretaria de atenç aoa saúde-portaria nº 221, de 17 de abril de 2008**, Brasília. 2008.

NUNES, E. D. História e paradigmas da Saúde Coletiva: registro de uma experiência de ensino. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 2239-2243, 2011.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. The Lancet. Thelancet. 2011. Disponível em:

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/157048/mod_resource/content/1/Paim%20sistema%20de%20saude%20Brasil%20Lancet%202011.pdf acesso em 29 de Nov. de 2021.

REHEM, T. C. M. S. B.; CIOSAK, S. I.; EGRY, E. Y. Internações por condições sensíveis à atenção primária no hospital geral de uma microrregião de saúde do município de São Paulo, Brasil. **Texto contexto - enferm.** vol. 21, n. 3, p. 535-542, 2012.

RIBEIRO, F. A. **Atenção Primária (APS) e Sistema de Saúde no Brasil: uma perspectiva histórica**. 308 f. 2007. Tese. Mestre em Ciências. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.

SILVA, J. O.; SCHEID, S. S. M.; BORDIN, O.; ROSA, R. dos S.; FREIRE, C. Estudo das causas de internação hospitalar por condições sensíveis à atenção primária (CSAP) na área de abrangência da Gerência Distrital de Saúde das Regiões Leste e Nordeste em Porto Alegre no ano de 2010. **Rev. HCPA**. 32 (supl.), 2012.

SOLEIMAN, A. P. Análise da relação entre internações por condições sensíveis à atenção primária, hospitais de pequeno porte e estratégia de saúde da família

no âmbito de uma regional de saúde. **Trabalho de Conclusão de Curso**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010, 51p.

SOUZA, L. L.; COSTA, J. S. D. Interações por condições sensíveis à atenção primária nas coordenadorias de saúde no RS. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 4, p. 765-772, 2011.

STARFIELD, B **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco; 2006.

TERHORST, V. B. **Análise do plano de saúde (2014-2017) do município de Alto Alegre/RS com base nos relatórios anuais de gestão**. 2019.

YONEKURA, T. **A operacionalização do conceito de classe social na epidemiologia: uma revisão sistemática** [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo; 2011.