**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

RENATA LASZLO TORRES

**INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À
ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE COTIA:
ASPECTOS ORGANIZACIONAIS E SOCIODEMOGRÁFICOS**

**SÃO PAULO
2014**

RENATA LASZLO TORRES

**INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À
ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE COTIA:
ASPECTOS ORGANIZACIONAIS E SOCIODEMOGRÁFICOS**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem da Escola
de Enfermagem da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de Mestra em
Ciências.

Área de Concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Suely Itsuko Ciosak

“Versão corrigida”

A versão original encontra-se na Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

**SÃO PAULO
2014**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Torres, Renata Laszlo

Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no município de Cotia: aspectos organizacionais e sociodemográficos. -- São Paulo, 2014.

204 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Suely Itsuko Ciosak

Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Hospitalização. 3. Saúde - avaliação. 4. Saúde Pública. 5. Enfermagem. I. Título.

Nome: Renata Laszlo Torres

Título: Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no município de Cotia: aspectos organizacionais e sociodemográficos.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em Cuidado em Saúde.

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais e meu irmão, as pessoas que mais amo no mundo, a quem dedico as minhas conquistas, pela compreensão, apoio e estímulo constante.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me proteger, iluminar e guiar durante a minha trajetória.

À minha orientadora de longa data e segunda mãe, Profa. Dra. Suely Itsuko Ciosak, pelos ensinamentos, conselhos, carinho, broncas, apoio e compreensão, além de momentos de descontração, que me ajudaram a atravessar essa fase desgastante.

À Profa. Dra. Emiko Yoshikawa Egry, que me inseriu no campo da Saúde Coletiva, ajudando-me a ver o mundo de uma forma nova, para além do biológico, e, juntamente com a Profa. Dra. Tania Cristina Moraes Santa Bárbara Rehem, apresentaram-me o tema das Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, guiando-me e oferecendo sugestões e informações cruciais ao longo do Mestrado.

À Profa. Dra. Sayuri Tanaka Maeda, que ofereceu ajuda essencial para compreensão da história do sistema local de saúde de Cotia e para contatar a Secretaria Municipal de Saúde de Cotia e o Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo, sempre me acalmando, apoiando-me e me incentivando a permanecer no município de estudo, mesmo com todos os contratempos.

Às professoras do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, pelos ensinamentos a respeito do planejamento, da organização, das formas de ministrar aulas e acompanhar estágios, através da minha participação no Programa de Aperfeiçoamento de Ensino.

Ao estatístico Bernardo dos Santos, por sempre se mostrar disponível e explicar com paciência e detalhes os métodos estatísticos utilizados.

À Sra. Neide Miyako Hasegawa, diretora de Planejamento do Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo, que sempre se mostrou extremamente receptiva, atenciosa e disponível para sanar

minhas dúvidas a respeito da constituição do sistema local de saúde do município de Cotia.

À Sra. Iraci Cleide da Silva, articuladora da Atenção Básica do Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo, que foi atenciosa e procurou responder a todas as minhas dúvidas a respeito do município de Cotia, direcionando-me para que obtivesse contatos dentro da Secretaria Municipal de Saúde.

À Comissão de Pós-Graduação, pela compreensão em um momento tão difícil da minha vida, quando me acidentei e precisei me afastar das atividades acadêmicas por alguns meses.

Ao Serviço de Pós-Graduação, por ter sanado minhas dúvidas, guiado-me em alguns processos, tratando-me sempre de forma respeitosa.

Às amigas Jaqueline Correia Gaspar e Rafaela Gessner, pelo apoio, pelas risadas e pelos conselhos a respeito dos prazos, processos e formas de escrever que me guiaram durante a realização dessa dissertação.

Ao amigo Maykon Diego Melo, pelas dicas, conversas bem humoradas, reflexões a respeito do tema e ajuda para coleta de dados da minha dissertação.

Ao amigo e irmão Manoel Vieira de Miranda Neto, pela amizade sincera, conversas, força, dicas, conselhos, sugestões, apoio, ombro e risadas, tornando esse processo muito mais divertido e menos desgastante.

À grande amiga de longa data Aline Batista da Silva, pela ajuda, apoio, compreensão, conselhos e amizade fiel e sincera, muito obrigada por ter enfrentado esse período comigo.

Aos amigos Caroline Rife Nóbrega, Natália dos Santos Nascimento, Mariana Almeida, Polyanna Aguiar, Daniel Henrique Ramos, Anderson

Santo, Patrícia Mi, Samia de Carvalho, Regeane Lopes, Ana Carolina Pereira, Bianca Grassi Nogueira e Bianca Takahashi, pela amizade, compreensão, estímulo, risadas e momentos de descontração, que me ajudaram a suportar o estresse desse período.

À amiga Ellen Maria Reimberg da Silva pelas dicas, apoios, conselhos, lembranças de prazos, risadas e sofrimentos compartilhados.

À amiga Juliana Rizzo Gnatta que sempre se mostrou disponível e respondeu às minhas dúvidas, ajudando-me a planejar e organizar meus estudos.

Aos meus pais, Antonio Lopes Torres e Monica Laszlo Torres, meus alicerces, aqueles que me apoiaram, incentivaram-me a prosseguir nos estudos, sofreram e comemoraram comigo, compreenderam meus momentos de estresse, falta de paciência, irritação e, por vezes, ausência, procurando sempre contornar as situações com muito amor.

Ao meu amado irmão, Marcos Laszlo Torres, que sempre esteve ao meu lado, acalmou-me, apoiou, incentivou, respeitou, se orgulhou de mim e me fez acreditar na minha capacidade, impulsionando-me a ir sempre além, compreendendo os momentos de irritação e ausência e levando a vida de forma leve e bem humorada.

Meu muito obrigada a todos os professores, amigos e familiares que, direta ou indiretamente, me ajudaram nesse processo, sem a contribuição de cada um de vocês essa conquista não seria possível.

*"Mas é preciso ter força, é preciso ter raça,
é preciso ter gana sempre. Quem traz na pele essa
marca, possui a estranha mania de ter fé na vida"*

(Milton Nascimento)

Torres RL. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no município de Cotia: aspectos organizacionais e sociodemográficos [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

RESUMO

A lista de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) constitui-se de um indicador utilizado para avaliar indiretamente a acessibilidade e efetividade da Atenção Primária à Saúde (APS). **Objetivo:** Conhecer a relação entre o panorama das ICSAP no Município de Cotia e as formas de organização do sistema local de saúde. **Método:** Estudo ecológico, retrospectivo, de abordagem quantitativa, com o olhar da APS e da Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença. Os dados sobre as internações, do período de 2008 a 2012, segundo sexo e faixa etária, foram obtidos através do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde e a quantidade de equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) do Sistema de Informação da Atenção Básica. A análise dos dados quantitativos foi realizada através da estatística descritiva e para avaliar a significância estatística entre as ICSAP e as variáveis, ESF, faixa etária e sexo, foram aplicados a correlação de Pearson e os testes Anova e t de Student, com significância ao nível de 0,05. **Resultados:** No período, ocorreram 53.647 internações, com aumento em todos os anos, sendo que as principais causas foram gravidez, parto e puerpério; doenças do aparelho circulatório; lesões por envenenamento e algumas outras consequências de causas externas e doenças do aparelho digestivo. As internações gerais foram discretamente superiores no sexo feminino e predominaram na faixa etária de adultos. Ocorreram 7.753 ICSAP, que corresponderam a 16,61% das internações, desconsiderando os partos, e apresentaram aumento proporcional em praticamente todo o período, acompanhando as internações gerais. As principais causas de ICSAP foram: doenças cerebrovasculares; insuficiência cardíaca; hipertensão; infecção do rim e trato urinário; doenças pulmonares e diabetes mellitus. Essas internações foram discretamente superiores no sexo masculino, em praticamente todo o período, e a taxa de ICSAP foi maior nos extremos das idades. A Correlação de Pearson mostrou que houve relação diretamente proporcional entre a quantidade de ICSAP e as equipes de

ESF. O teste Anova evidenciou relação estatisticamente significativa entre as ICSAP e os extremos das idades. O teste t de Student não evidenciou relação estatisticamente significativa entre ICSAP e sexo. **Conclusões:** As ICSAP apresentaram um resultado crescente, embora estivessem dentro dos parâmetros apresentados por outros estudos, e se diferenciaram na relação de proporcionalidade direta com a ESF. Esses achados apontaram para outros estudos que busquem relacionar a influência da implantação, organização e efetividade de aparatos, programas e protocolos do sistema local de saúde nos resultados das ICSAP. Ainda que sinalizem a gestores e pesquisadores as fragilidades de alguns serviços de saúde e as necessidades da população.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Hospitalização. Avaliação em saúde. Saúde Pública. Estratégia Saúde da Família. Enfermagem.

Torres RL. Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions in the municipality of Cotia: organizational and socio-demographic aspects [dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

ABSTRACT

The list of hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) is constituted by an index used to indirectly evaluate the accessibility and effectiveness of the Primary Health Care (PHC).

Objective: To comprehend the relationship between the hospitalizations for ACSC scenery in the municipality of Cotia and the organizational forms of the local health system. **Method:** An ecologic, retrospective study with a quantitative approach, with the PHC and the Social Determination Theory of the Health-Disease Process view. The hospitalization data, from 2008 to 2012, by gender and age group, were obtained through the Informatics Department from the Unified Health System and the quantity of Family Health Strategy (FHS) teams from the Primary Care Information System. The quantitative data analysis was performed with descriptive statistics and to evaluate the statistical significance between the hospitalizations for ACSC and the variables, FHS, age group and gender, Person's correlation, ANOVA and Student t test were applied with 0,05 significance level.

Results: In the period, there were 53,647 hospitalizations, with increase in all years, being the main causes: pregnancy, childcare and puerperium; circulatory diseases; poisoning lesions and some other external causes and digestive diseases. General hospitalizations were discretely superior in females and in adults. There were 7,753 hospitalizations for ACSC, corresponding to 16.61% of hospitalizations, not considering childbirths, and presented a proportional increase in almost all period, following the general hospitalizations. The main hospitalizations for ACSC causes were: cerebrovascular diseases; heart failure; hypertension; kidney and urinary tract infection; pulmonary diseases and diabetes mellitus. These hospitalizations were discretely superior in male during all this period and the hospitalizations for ACSC rate was superior in the age extremes. The Person's correlation showed direct proportional relationship between the quantity of hospitalizations for ACSC and the FHS teams. The ANOVA test found a statistical significant relationship between the hospitalizations for

ACSC and age extremes. The Student t test found no statistical significant relationship between hospitalizations for ACSC and gender. **Conclusions:** The hospitalizations for ACSC presented a growing result although they were inside the presented parameters by other studies, and they were different in relation to direct proportionality with the FHS. These findings pointed to other studies to relate the influence of implantation, organization and effectiveness of apparatus, programs and protocols of the health local system in the hospitalization for ACSC results. Yet that signals to managers and researchers the weaknesses of some health services and the population needs.

Keywords: Primary Health Care. Hospitalization. Health Evaluation. Public Health. Family Health Strategy. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Localização do município de Cotia na RMSP. São Paulo, 2012	62
Figura 2 – Pirâmide populacional do município de Cotia. São Paulo, 2010	63
Figura 3 – Fontes de coleta de dados das variáveis sociodemográficas. São Paulo/SP. 2013.....	73
Figura 4 – Dimensões do IPRS, em 2008 e 2010. Cotia/SP. 2013	80
Figura 5 – Componentes do IDHM, em 1991, 2000 e 2010. Cotia/SP. 2013.....	81
Figura 6 – Evolução dos serviços de saúde de APS, no período entre 2008 e 2012. Cotia/SP. 2013	85
Figura 7 – Internações gerais ocorridas no HRC, no período de 2008 a 2012. Cotia/SP. 2013	89
Figura 8 – Taxa de internações por ICSAP e demais causas, no período de 2008 a 2012. Cotia/SP. 2013.....	97
Figura 9 – Taxa de ICSAP por sexo, no período de 2008 a 2012. Cotia/SP. 2013.....	100
Figura 10 – Taxas de ICSAP por faixa etária, no período de 2008 a 2012. Cotia/SP. 2013.....	103
Figura 11 – Proporção das internações por grupo de CSAP, no período de 2008 a 2012. Cotia/SP. 2013.....	106
Figura 12 – Coeficiente de correlação de Pearson para a relação entre as ICSAP com as equipes de ESF, no período de 2008 a 2012. Cotia/SP. 2013	116
Figura 13 – Teste Anova para a relação entre as ICSAP com a faixa etária, no período de 2008 a 2012. Cotia/SP. 2013.....	117

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Porcentagem da população residente segundo faixa etária, no período entre 2008 e 2012. Cotia/SP. 2013	79
Tabela 2 –	Porcentagem da população residente segundo sexo, no período entre 2008 e 2012. Cotia/SP. 2013.....	80
Tabela 3 –	Internações nos hospitais e crescimento populacional, no período entre 2008 e 2012. Cotia/SP. 2013	88
Tabela 4 –	Distribuição percentual das internações gerais, no período entre 2008 e 2012. Cotia/SP. 2013.....	90
Tabela 5 –	Internações gerais, no período de 2008 a 2012, segundo sexo. Cotia/SP. 2013.....	91
Tabela 6 –	Internações gerais por grupos de diagnósticos, no período de 2008 a 2012, segundo sexo. Cotia/SP. 2013.....	92
Tabela 7 –	Distribuição percentual das internações gerais, no período entre 2008 e 2012, segundo faixa etária. Cotia/SP. 2013.....	93
Tabela 8 –	Internações gerais, no período entre 2008 e 2012, de adultos e de idosos. Cotia/SP. 2013	95
Tabela 9 –	Panorama das internações, no período de 2008 a 2012. Cotia/SP. 2013.....	96
Tabela 10 –	ICSAP por hospital, no período de 2008 a 2012. Cotia/SP. 2013.....	99
Tabela 11 –	ICSAP por sexo, no período de 2008 a 2012. Cotia/SP. 2013	100
Tabela 12 –	ICSAP por faixa etária, no período de 2008 a 2012. Cotia/SP. 2013.....	101
Tabela 13 –	Internações por grupo de CSAP, no período de 2008 a 2012. Cotia/SP. 2013.....	104
Tabela 14 –	Taxa de ICSAP, no período de 2008 a 2012. Cotia/SP. 2013	107
Tabela 15 –	ICSAP, segundo sexo, na faixa etária igual ou inferior a um ano, no período de 2008 a 2012. Cotia/SP. 2013	109

Tabela 16 – Distribuição percentual das ICSAP, segundo sexo, na faixa etária de um a quatro anos, no período de 2008 a 2012. Cotia/SP. 2013..... 110

Tabela 17 – Distribuição percentual das ICSAP, segundo sexo, nas faixas etárias acima de 60 anos, no período de 2008 a 2012. Cotia/SP. 2013..... 113

LISTA DE SIGLAS

AHC	Associação Hospital de Cotia
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APS	Atenção Primária à Saúde
CSAP	Condições Sensíveis à Atenção Primária
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema único de Saúde
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DRS	Departamentos Regionais de Saúde
EACS	Equipe de Agentes Comunitários de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
HGC	Hospital da Graça Cotia
HRC	Hospital Regional de Cotia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IPRS	Índice Paulista de Responsabilidade Social
IPVS	Índice Paulista de Vulnerabilidade Social
MHD	Materialismo histórico-dialético
MS	Ministério da Saúde

OMS	Organização Mundial da Saúde
OSS	Organização Social de Saúde
PA	Pronto Atendimento
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PS	Pronto Socorro
PSD	Processo Saúde-Doença
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RMSP	Região Metropolitana de São Paulo
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TDSPSD	Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença
UBS	Unidade Básica de Saúde
UIT	Unidade de Informação Territorializada
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	27
1.1	ORIGEM DA LISTA BRASILEIRA DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA	34
1.2	POTENCIALIDADES DAS ICSAP	36
1.3	FRAGILIDADES DAS ICSAP NA AVALIAÇÃO DA APS.....	38
1.4	JUSTIFICATIVA	39
2	OBJETIVOS	43
2.1	OBJETIVO GERAL	45
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	45
3	MARCO TEÓRICO CONCEITUAL.....	47
3.1	APS	49
3.2	TDSPSD.....	54
4	METODOLOGIA.....	59
4.1	TIPO DE ESTUDO	61
4.2	CENÁRIO DE ESTUDO.....	61
4.3	VARIÁVEIS E INDICADORES	68
4.4	FONTE E COLETA DE DADOS	72
4.5	ANÁLISE DOS DADOS	74
4.6	ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS	75
5	RESULTADOS	77
5.1	O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	79
5.2	A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA	82
5.3	AS INTERNAÇÕES GERAIS	87
5.4	AS ICSAP	96
5.4.1	<i>Resultados mensais e anuais</i>	<i>96</i>
5.4.2	<i>Segundo instituição hospitalar</i>	<i>98</i>
5.4.3	<i>Segundo sexo</i>	<i>99</i>
5.4.4	<i>Segundo faixa etária</i>	<i>101</i>
5.4.5	<i>Segundo grupos de diagnósticos.....</i>	<i>103</i>
5.4.6	<i>Segundo faixa etária e sexo.....</i>	<i>108</i>
5.4.7	<i>Relação com ESF, sexo e faixa etária</i>	<i>115</i>
6	DISCUSSÃO.....	119
6.1	O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	121
6.2	A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA	124
6.3	AS INTERNAÇÕES GERAIS	129

6.4 AS ICSAP	134
6.4.1 Resultados mensais e anuais	134
6.4.2 Segundo instituição hospitalar	138
6.4.3 Segundo sexo	138
6.4.4 Segundo faixa etária	140
6.4.5 Segundo grupos de diagnósticos	142
6.4.6 Segundo faixa etária e sexo	149
6.4.7 Relação com ESF, sexo e faixa etária	156
7 CONCLUSÕES.....	161
REFERÊNCIAS	167
APÊNDICES	185
Apêndice 1A – Internações gerais mensais, em 2008. Cotia/SP. 2013	187
Apêndice 1B – Internações gerais mensais, em 2009. Cotia/SP. 2013	188
Apêndice 1C – Internações gerais mensais, em 2010. Cotia/SP. 2013	189
Apêndice 1D – Internações gerais mensais, em 2011. Cotia/SP. 2013	190
Apêndice 1E – Internações gerais mensais, em 2012. Cotia/SP. 2013	191
Apêndice 2 – Internações gerais, no período de 2008 a 2012, no Hospital Regional de Cotia. Cotia/SP. 2013.....	192
Apêndice 3 – Internações gerais, no período de 2008 a 2012, na RMSP. São Paulo. 2013.....	193
Apêndice 4A – Internações mensais por CSAP, em 2008. Cotia/SP. 2013	194
Apêndice 4B – Internações mensais por CSAP, em 2009. Cotia/SP. 2013	195
Apêndice 4C – Internações mensais por CSAP, em 2010. Cotia/SP. 2013	196
Apêndice 4D – Internações mensais por CSAP, em 2011. Cotia/SP. 2013	197
Apêndice 4E – Internações mensais por CSAP, em 2012. Cotia/SP. 2013	198
ANEXOS	199
Anexo 1 – Lista Brasileira de ICSAP	201
Anexo 2 – Comprovante de protocolo de pedido de autorização à SMS de Cotia.....	204

APRESENTAÇÃO

Graduada pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), em 2010. Iniciei minha trajetória em pesquisa no Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, através de Iniciação Científica (IC), impulsionada pela própria universidade, que estimulava essa inserção nas atividades acadêmicas.

Inicialmente, não compreendia como se desenvolvia uma pesquisa científica e os conceitos que embasavam a Saúde Coletiva, mas acreditava, devido às próprias disciplinas da graduação, que, para se ter uma prática baseada em evidências, era imprescindível se utilizar do método científico como base.

Aos poucos, através da participação em grupos de pesquisa, sob orientação da Profa Dra Emiko Yoshikawa Egry, e das disciplinas voltadas à Saúde Coletiva na graduação, tive maior aproximação com essa área de conhecimento, apropriando-me dos conceitos a ela relacionados.

Em 2009, tive a oportunidade de conhecer o indicador Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), através do Grupo de Pesquisa, quando a então doutoranda, Tania Cristina Moraes Santa Bárbara Rehem, apresentou o tema. Desde o primeiro momento, compreendi a relevância desse indicador para a avaliação indireta da Atenção Primária à Saúde (APS).

No mesmo ano, iniciei uma pesquisa relacionada às ICSAP, com bolsa do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), orientada pela Profa Dra Suely Itsuko Ciosak, na Região de Pedreira, utilizando parte dos dados da tese de doutorado da Tania Rehem.

Em 2009 e 2010, decorrentes da bolsa de IC do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), apresentei trabalhos no 17º e 18º Simpósio Internacional de Iniciação Científica, recebendo Menção Honrosa no último, pela apresentação do trabalho relacionado às ICSAP. Esse conteúdo foi apresentado no 2º Simpósio Internacional de Políticas e Práticas em

Saúde Coletiva na Perspectiva da Enfermagem, que também foi premiado, sendo publicado na Revista da Escola de Enfermagem da USP (REEUSP).

Em 2010, graduei-me e, ao buscar um emprego na área de saúde pública, encontrei grande dificuldade em ter acesso para processos seletivos sem possuir especialização nessa área.

Por esse motivo, iniciei no mercado de trabalho em uma empresa privada relacionada à saúde suplementar, Qualicorp, prestando cuidados e orientações aos portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, na área de prevenção de internações, onde pude observar o elevado índice de hospitalizações que poderiam ser evitadas mediante realização de cuidados primários à saúde.

Em 2011, ainda como aluna do Curso de Licenciatura, permaneci desenvolvendo pesquisa com bolsa de IC do CNPq na EEUSP, direcionando a temática das ICSAP para os idosos, do distrito de Campo Grande – São Paulo, apresentando os resultados em 2012, no III Encontro Internacional de Pesquisa em Enfermagem.

Como sempre me interessei pela área de saúde pública, segui nessa direção, realizando o curso de Especialização em Saúde Pública na Universidade Federal de São Paulo, onde pude expandir minha visão acerca da relevância de pesquisas voltadas às atividades de APS, concluindo em 2013.

Considerando relevante prosseguir meus estudos, buscando aprimoramento profissional e realização pessoal, desenvolvendo pesquisa científica, iniciei, em julho de 2012, o Curso de Mestrado na EEUSP.

Pela importância e utilidade da temática, as ICSAP foram adotadas como tema de estudo para o Mestrado, buscando mostrar sua aplicação e relevância, em analisar e avaliar programas e ações da APS em sentido mais amplo, permitindo refletir sobre as políticas de saúde adotadas pelos órgãos governamentais, bem como a implementação de programas locais que interferem na saúde e qualidade de vida da população.

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

Em 1990, a Lei n. 8.080, efetivamente, regulamentou o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído através da Constituição Federal de 1988, evidenciando seus princípios e diretrizes, com destaque à universalidade; à integralidade; à equidade; ao uso da epidemiologia para o estabelecimento das prioridades e alocação de recursos e à descentralização político-administrativa, com ênfase na esfera municipal (Brasil, 1990).

Nesse contexto, emergiu a valorização da Atenção Primária à Saúde (APS), cujos valores de universalidade, equidade, integralidade e participação social (Starfield, 2002), vão ao encontro dos princípios e diretrizes do SUS.

Em 1998, foi instituído o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) e foi publicado o Manual para Organização da Atenção Básica, iniciativas relevantes para a organização da APS no país (Rehem, 2011).

No Manual para Organização da Atenção Básica (1998, p.2), a APS foi definida como:

“um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação”.

Segundo Starfield (2002), o cuidado desenvolvido na APS deve estar voltado aos indivíduos (não à doença), residentes em áreas definidas, enfatizando as ações de promoção à saúde e prevenção da doença.

Dessa forma, ao longo das décadas de 1990 e 2000, ocorreu, além do processo de descentralização e revisão do papel dos gestores de cada esfera do governo, o fortalecimento da APS no Brasil.

No início da década de 1990, houve a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que buscou

reorientar a assistência ambulatorial e domiciliar, visando ao aprimoramento e à consolidação do SUS (Brasil, 2001). O PACS é compreendido, atualmente, como transitório para o Programa de Saúde da Família (PSF), que, instituído em 1994, foi definido pela Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS) 01/96 como estratégia para reorientação e fortalecimento da APS, através de um modelo assistencial de acordo com os princípios do SUS (Brasil, 1996; Brasil, 2001).

Para avançar no processo de descentralização, ampliando as atividades da gestão de saúde municipal, foram publicadas portarias, que incluíram o monitoramento e a avaliação por parte das instâncias federal, estadual e municipal, enfatizando a última como a responsável pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde da população de seu território, devendo realizar ações de acompanhamento, controle, avaliação e auditoria e a apropriação dos seus resultados, a partir de critérios epidemiológicos, identificando as prioridades no processo de decisão da alocação dos recursos (Brasil, 1996; Brasil, 2006a; Brasil, 2006b; Brasil, 2011a).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em 2006, e atualizada em 2011, reforçou o PSF como estratégia para reorganização do modelo de atenção e modificou a nomenclatura de PSF para Estratégia Saúde da Família (ESF), ampliando seu conceito e reconhecendo-a como fundamental na reorientação da APS no Brasil (Brasil, 2006a).

A ESF tem o objetivo de reorganização da APS de acordo com os preceitos do SUS, para a superação do modelo assistencialista hospitalocêntrico, buscando maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais. Deve se constituir como porta de entrada para o sistema de saúde, tendo como princípios a família como foco de abordagem, um território definido, a adscrição de clientela, o trabalho interdisciplinar, a corresponsabilização, a integralidade, a resolubilidade, a intersetorialidade e o estímulo à participação social (Brasil, 2004).

Segundo a PNAB de 2006, essa estratégia deve ter caráter substitutivo em relação à rede de APS tradicional; atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde, de acordo com a necessidade da comunidade; desenvolver atividades de acordo com o diagnóstico situacional, com foco na família e na comunidade; buscar a integração com instituições e organizações sociais, sobretudo na área de abrangência onde atua, desenvolvendo parcerias; e proporcionar a construção da cidadania (Brasil, 2006a).

A ESF é tida como uma:

“estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma re-orientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.” (Brasil, 2011a).

No Brasil, foram realizados estudos sobre o impacto da APS, baseada, sobretudo, na expansão da ESF, sugerindo a potencialidade dessa estratégia na redução da taxa de mortalidade infantil (Lima et al., 2012; Macinko, Guanais, Souza, 2006), na maior realização de exames citopatológicos, na maior taxa de alta de pacientes com tuberculose (Lima et al, 2012) e na melhoria de indicadores de saúde em municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) baixo, sugerindo que a ESF é capaz de promover a equidade (Brasil, 2008a) e evidenciando, dessa forma, que essa estratégia tem sido positiva.

A velocidade de expansão da ESF comprova a adesão dos gestores aos seus princípios (Brasil, 2011b). Em dezembro de 1998, havia 3.062 equipes na ESF, com cobertura populacional de 10.459.259 (6,6%) habitantes; em dezembro de 2006, registraram-se 26.729 equipes, com cobertura populacional de 85.734.139 (46,1%) habitantes; chegando, em abril de 2013, a 33.726 equipes, com

cobertura populacional de 106.887.064 (55,56%) habitantes (Brasil, 2013a).

Apesar da rápida expansão da ESF, há disparidades no percentual de cobertura e na forma de organização dos serviços de saúde pelas regiões do país. No ano de 2009, a Região Nordeste apresentou a maior cobertura, alcançando 72%, em contrapartida, a menor cobertura ocorreu na Região Sudeste, com 35,7% (Campos, Theme-Filha, 2012).

Segundo Machado, Lima e Viana (2008), acontecimentos prevalentes nos grandes centros urbanos, como a violência e os transtornos mentais, direcionam a demanda da saúde para a fragmentação e a especialização da atenção, dificultando a ampliação e a valorização da ESF.

A PNAB de 2011 avançou na valorização da APS como a principal porta de entrada e centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), uma das formas de organização do sistema de saúde (Brasil, 2011a).

Desse modo, há sistemas de saúde fragmentados ou articulados através das RAS.

Os sistemas fragmentados são hegemônicos, formados por pontos de atenção à saúde isolados, incapazes de realizar a continuidade do cuidado, pois são organizados de forma hierárquica, com níveis de complexidade crescente e com graus de importância entre esses níveis, onde a APS não se comunica com a atenção de média e alta complexidade (Mendes, 2009).

Como estratégia para a superação da fragmentação da atenção e da gestão do SUS, foi publicada a Portaria n. 4.279 de 30 de dezembro de 2010, que estabeleceu as diretrizes para a organização das RAS, visando garantir ao usuário um conjunto de ações e serviços de saúde com efetividade e eficiência, de acordo com as suas necessidades (Brasil, 2010).

Para a PNAB de 2011, a organização das RAS é uma estratégia para a integralidade do cuidado e para a atenção

direcionada às necessidades em saúde da população de determinado território (Brasil, 2011a).

Dessa forma, as RAS são organizadas de forma integrada, horizontal e poliárquica de pontos de atenção à saúde, de diferentes densidades tecnológicas e igualmente importantes no sistema de saúde, com o centro de comunicação na APS, devendo apresentar resolubilidade sobre os problemas mais comuns e coordenar o cuidado em todos os pontos de atenção, prestando atenção contínua e integral a uma população definida, com centralidade nas necessidades em saúde de uma população, através de cuidado multiprofissional e ação intersetorial (Brasil, 2010; Mendes, 2009).

Além disso, a PNAB de 2011 prevê a formação de equipes de APS, com o intuito de ampliar o acesso para populações específicas, como as equipes do consultório na rua, direcionadas às pessoas em situação de rua, que visam proporcionar cuidado integral, desenvolvendo ações setoriais e intersetoriais, e realizando atividades de forma itinerante (Brasil, 2011a).

Apesar dos inúmeros avanços nas políticas, que visam à regionalização, descentralização e avaliação dos serviços de saúde, e na implementação da APS e da ESF no Brasil, permanecem desafios a serem superados. Dentre eles encontram-se a fragmentação do sistema de saúde e a gestão, com ênfase na necessidade de redirecionamento das ações aos problemas mais frequentes de determinada população, fazendo uso das informações para a tomada de decisão e institucionalizando processos de acompanhamento, monitoramento e avaliação, com vistas à programação e à melhoria da APS (Brasil, 2011b).

Com isso, a gestão deve estar voltada para a consolidação da APS resolutiva e de qualidade, visto que um sistema que tem como base o primeiro nível de atenção pode alcançar melhores resultados em saúde (Macinko, Guanais, Souza, 2006; Starfield, 2002).

Além disso, os modelos hospitalocêntricos vêm demonstrando sinais de esgotamento (Brasil, 2011b) e, em muitas situações onde o

primeiro nível de atenção não é resolutivo, as internações podem incluir casos que poderiam ser resolvidos anteriormente, sendo, dessa forma, considerados sensíveis à APS (Brasil, 2006a).

1.1 ORIGEM DA LISTA BRASILEIRA DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA

No final da década de 1980, Billings et al. (1993), nos Estados Unidos, desenvolveram um indicador que possibilita a medida indireta da efetividade dos cuidados ambulatoriais, através da atividade hospitalar, originalmente denominado *ambulatory care sensitive conditions*, traduzido para o português como condições sensíveis à AP (CSAP).

Na segunda metade da década de 1990, o indicador Internações por CSAP (ICSAP) foi proposto pelo *National Health Service* para análise da qualidade da APS e, a partir de então, vem sendo utilizado com esse fim, em países que possuem o sistema de saúde com base nos cuidados primários (Caminal-Homar, Casanova-Matutano, 2003; Elias, Magajewski, 2008).

A lista de ICSAP foi, inicialmente, adaptada para a Espanha, considerando o contexto do país, para garantir a validade, a confiabilidade e a representatividade das taxas de hospitalizações (Caminal-Homar et al., 2004). Para isso, foram desenvolvidos critérios para a escolha de diagnósticos apropriados, quais sejam: existência de estudos anteriores; taxa de hospitalização ao menos de 1/10.000 ou um problema de saúde “importante”; definição clara e codificação dos diagnósticos; hospitalização potencialmente evitável através da APS, considerando idade, sexo e tipo de cuidado; e hospitalização necessária quando o problema de saúde ocorre (Caminal-Homar et al., 2004).

A análise do indicador ICSAP foi proposta para o Brasil e demais países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (Alfradique et al., 2009).

No ano de 2005, teve início a adaptação da lista de ICSAP para a realidade brasileira.

O marco conceitual para a construção dessa lista foi o modelo proposto por Caminal-Homar e Casanova-Matutano (2003) com adaptações às condições brasileiras (Alfradique et al., 2009), considerando a APS como a principal porta de entrada para o sistema de saúde, que encaminha à atenção especializada apenas os casos raros e incomuns que extrapolem sua competência, mantendo sob sua responsabilidade a coordenação do cuidado prestado ao usuário em outros níveis de assistência, que deve ser referido da atenção especializada de volta para a APS. Desse modo, o caminho deveria se encerrar na APS.

De acordo com Alfradique et al. (2009), as etapas para a construção da lista brasileira de ICSAP foram:

1. levantamento das listas nacionais, existentes nas secretarias estaduais e municipais de saúde, e revisão das listas de ICSAP estrangeiras, entre 2002 e 2005, selecionando as condições incluídas em, pelo menos, dois trabalhos nacionais ou estrangeiros que tinham boa representatividade das condições incluídas nos 30 artigos encontrados;
2. realização de oficina com 19 pessoas, provenientes da gestão dos serviços de saúde e de instituições de ensino superior no Brasil e exterior (*face validity*), utilizando os critérios adaptados por Caminal-Homar et al. (2004) para inclusão/exclusão dos diagnósticos;
3. revisão e consolidação da lista elaborada na oficina, por oito pesquisadores com experiência em APS e três membros da equipe técnica do DAB;
4. consulta à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, para revisão e validação da lista, certificando que a APS é capaz de impactar na redução das ICSAP; e
5. consulta pública (outubro e novembro de 2007).

Os critérios para inclusão/exclusão dos diagnósticos, baseados nos já utilizados por Caminal-Homar et al. (2004), foram: evidência de que a causa de internação é sensível à APS; condição de fácil diagnóstico; problema de saúde “importante” (ou seja, não ser um evento raro); APS teria capacidade de resolver o problema e/ou prevenir as complicações que levam à hospitalização; necessidade de hospitalização quando a condição estiver presente e diagnóstico não induzido por incentivos financeiros (Alfradique et al., 2009).

Após a realização das etapas citadas, a Secretaria de Atenção à Saúde do MS (SAS/MS) aprovou e publicou a Portaria n. 221 de 17 de abril de 2008, com a lista brasileira de ICSAP (Brasil, 2008b) (Anexo 1). Em seu artigo 2º, definiu a utilidade da lista como instrumento de avaliação da APS e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal (Brasil, 2008b).

Essa lista é composta por 19 grupos de diagnósticos, totalizando 120 categorias da CID-10 (com três dígitos) e 15 subcategorias (com quatro dígitos) (Brasil, 2008b) (Anexo 1).

Há algumas diferenças entre a lista nacional e as estrangeiras, visto que a nacional tem maior número de doenças infectocontagiosas e ausência de afecções odontológicas, pois a maioria das cirurgias odontológicas é realizada no nível ambulatorial; a lista não incluiu condições relacionadas à saúde mental, devido à complexidade do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil e da implantação heterogênea dos serviços de atenção psiquiátrica, portanto, as ações da ESF nessa área são incipientes e provocam baixo impacto na desospitalização (Alfradique et al., 2009).

1.2 POTENCIALIDADES DAS ICSAP

Muitos estudos foram realizados, no Brasil, e em outros países com base nos cuidados primários, utilizando listas de ICSAP como

um indicador de atividade hospitalar, para medida indireta da acessibilidade e efetividade da APS, representando um marcador de resultado da qualidade e capacidade de resolução da APS em tempo oportuno, que reduziria o risco de internações por um conjunto de problemas de saúde (Ansari et al., 2012; Ansari et al., 2013; Barreto, Nery, Costa, 2012; Cardoso et al., 2013; Gusmano et al., 2014; Junqueira, Duarte, 2012; Marques AP, 2012; Muraro et al., 2013; Oliveira, Simões, Andrade, 2008; Pazó et al., 2012; Rehem, Egry, 2011; Rehem, Ciosak, Egry, 2012; Torres et al., 2011).

Altas taxas de ICSAP indicam aos gestores problemas de acesso ao sistema de saúde, de seu desempenho ou pouco uso dos serviços da APS, sinalizando campos melhoráveis, e constituindo-se em um indicador para monitoramento, que possibilita avaliar em que medida programas, ações ou sistemas de APS melhoram a condição de saúde da população assistida, diagnosticando nós críticos. Dessa forma, proporciona intervenções baseadas em evidência, voltadas ao atendimento das demandas e necessidades de saúde da população (Alfradique et al., 2009; Ansari et al., 2012; Campos, Theme-Filha, 2012; Elias, Magajewski, 2008; Junqueira, Duarte, 2012; Marques AP, 2012; Rehem, 2011; Rehem, Egry, 2011; Rehem, Ciosak, Egry, 2012; Will, Yoon, 2013).

Ressalta-se, ainda, que, na ausência de prevenção efetiva das ICSAP, ocorre aumento de custos hospitalares e da utilização de leitos, que poderiam estar disponíveis para condições mais graves. Dessa forma, os resultados de estudos sobre a taxa de ICSAP devem auxiliar os gestores na implementação de ações que visem maior resolubilidade da APS, com vistas, inclusive, à redução de gastos em procedimentos de alta complexidade e otimização do uso de recursos disponíveis (Junqueira, Duarte, 2012), significando um investimento mais efetivo dos recursos, aplicando nos serviços prioritários, com ênfase à APS (Melo, 2014).

No Brasil, alguns estudos relacionaram as taxas de ICSAP com a cobertura da ESF, porém, salientaram que a implantação dessa

estratégia se dá de modo diferenciado, apresentando estrutura, arranjos organizacionais e processos de trabalho diversos, impossibilitando sua generalização (Barreto, Nery, Costa, 2012; Marques AP, 2012; Muraro et al., 2013; Pazó et al., 2012; Rehem, Egry, 2011).

Devido à existência de variadas formas de gestão do SUS, relacionadas ao desempenho da esfera municipal, e às especificidades locais, quanto às condições socioeconômicas e demográficas, os resultados da APS se diferenciam, tornando relevante a análise da taxa de ICSAP, para verificar se os municípios provêm de modo suficiente os serviços de APS, subsidiando processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas, que devem ser coerentes com cada realidade (Oliveira, Simões, Andrade, 2008).

Apesar da utilidade e das vantagens no uso do indicador ICSAP, deve ser questionado o pressuposto de que a lista brasileira estabelece uma relação linear de causa e efeito (Rehem, 2011).

1.3 FRAGILIDADES DAS ICSAP NA AVALIAÇÃO DA APS

Há determinantes das ICSAP, externos às competências da APS, que devem ser considerados, no sentido de não responsabilizar somente o primeiro nível de atenção pela ocorrência dessas interações, destacando-se a organização do sistema de saúde (Rehem, 2011; Starfield, 2002; Souza, Dias-da-Costa, 2011) e as condições sociodemográficas (Ansari et al., 2012; Ansari et al., 2013; Barreto, Nery, Costa, 2012; Cardoso et al., 2013; Elias, Magajewski, 2008; Gusmano et al., 2014; Longman et al., 2011; Pazó et al., 2012; Rehem, Ciosak, Egry, 2012; Rehem, Egry, Ciosak, 2013; Will, Yoon, 2013).

No Brasil, foi realizado estudo acerca da lista de ICSAP, abordando a opinião de médicos que atuam na APS, resultando em

maior aceitação de suas responsabilidades sobre o cuidado de afecções contidas nessa lista (Carneiro et al., 2011).

Apesar disso, em outros estudos, considerando a percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores que poderiam ocasionar uma ICSAP, foram levantadas barreiras externas à competência da APS, como baixa escolaridade, dificuldade de compreensão das recomendações e adesão ao tratamento, fatores ambientais e socioeconômicos (Longman et al., 2011; Rehem, Egry, Ciosak, 2013), evidenciando concordância de que o indicador não deve ser utilizado para reduzir somente à APS a responsabilidade por essas interações.

Não se pode desconsiderar que há determinantes sociais do Processo Saúde-Doença (PSD), que estão fora do controle da APS, evidenciando que a saúde não é único setor responsável pelo enfrentamento dos problemas de saúde dos indivíduos e devem ser implementadas ações intersetoriais (Campos, Theme-Filha, 2012; Rehem, 2011).

1.4 JUSTIFICATIVA

O município de Cotia foi escolhido para o desenvolvimento do estudo por apresentar um sistema de saúde que possui, em sua origem, particularidades, constituindo-se como alternativo ao sistema de saúde hegemônico no Brasil, centrado na assistência médica, individual e curativa, que reforçava a assistência hospitalar e enfatizava a atenção ambulatorial apenas para o atendimento à demanda espontânea (Ibañez, 1990).

Em 1968, foi desenvolvido um projeto de saúde nessa localidade, a partir do movimento da comunidade, criando a Associação Hospital de Cotia (AHC), uma entidade privada de caráter filantrópico, ligada à Santa Casa de São Paulo e à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Ibañez, 1990).

A AHC possuía objetivos e funções relacionados à síntese entre a saúde pública e a assistência médica individual, organizando a oferta a partir da demanda coletiva de serviços e a formação e capacitação de recursos humanos, criando, por exemplo, um sistema de formação de médicos gerais comunitários, adaptados à realidade local, diferenciando-se, por esses motivos, das Santas Casas tradicionais (Ibañez, 1990).

Na assistência básica, que deveria resolver a maioria dos problemas de saúde da população, estava incluso o nível hospitalar, formando uma Unidade Integrada, com corpo clínico único, coordenado sob a mesma direção para a rede básica e os serviços hospitalares. Devido a isso, houve a proposta de integração entre as ações preventivas e curativas, respeitando a integralidade das ações, criando um sistema efetivo de referência e contra-referência e tendo como base a realidade social da comunidade (Ibañez, 1990).

Na década de 1980, iniciou-se o processo de alteração do caráter alternativo do projeto de saúde de Cotia, para sua inclusão na política estadual do Programa Metropolitano de Saúde, como um modelo para novas propostas de saúde, repercutindo nas formas de financiamento, na ampliação das estratégias sub-regionais, na ampliação da estrutura física para 180 leitos e na consolidação da proposta assistencial e de recursos humanos (Ibañez, 1990).

No final da década de 1980, houve crise institucional, frente ao crescimento do sistema local, gerada por inúmeras questões, internas e externas. Assim, o sistema local de saúde ficou mais dependente dos médicos plantonistas, considerando a crise na residência médica e evasão de outros profissionais, concentrando-se, principalmente, nas atividades hospitalares e de emergência, para suprir falhas nas escalas hospitalares e de Pronto Atendimento (PA), em detrimento da Unidade Básica de Saúde (UBS) (Ibañez, 1990).

O financiamento passou a ser feito através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), para atos

médicos, internações e consultas, contemplando somente a organização dos serviços médico-hospitalares, deixando de lado o financiamento das medidas de alcance coletivo, de promoção e prevenção (Ibañez, 1990).

No reordenamento da estrutura formal da AHC, foi contemplada somente a organização dos serviços médico-hospitalares, e as atividades de saúde pública não foram formalmente regulamentadas (Ibañez, 1990).

Em 1995, o hospital passou a atender pacientes conveniados e particulares, além do SUS, para ampliar a arrecadação (Cotia, 2013).

Em 2001, devido a problemas financeiros, o hospital reduziu suas atividades assistenciais, os programas de residência médica foram descredenciados, funcionários foram demitidos e ocorreu greve, com prejuízos à população (Cotia, 2013).

A Prefeitura de Cotia decretou intervenção, na tentativa de reverter a crise, sendo contratada a Organização Social de Saúde (OSS) Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), para fazer a gestão do hospital, realizando essa função de 2002 a 2005 (Cotia, 2013). Nesse período, o hospital passou a ser gerenciado diretamente pela Prefeitura de Cotia e, posteriormente, pelo Instituto de Atenção à Saúde (Cotia, 2013).

Em 2007, o hospital foi estadualizado e passou a chamar-se Hospital Regional de Cotia (HRC). No mesmo ano, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) firmou contrato de gestão com a OSS Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo (Seconci-SP), que permanece até os dias atuais (Cotia, 2013).

Quanto à implantação da ESF, teve início em agosto de 2003, com três equipes e cobertura populacional estimada de 6,56% dos habitantes, aumentando, no período de outubro de 2003 a abril de 2004, para cinco equipes e cobertura populacional de 10,94% dos habitantes. Porém, sofreu variações no período, até abril de 2013, não apresentando equipe registrada de fevereiro a abril de 2008,

chegando ao máximo de 11 equipes, implantadas de junho de 2011 a janeiro de 2012, com cerca de 18% de cobertura (Brasil, 2013a).

Desse modo, considerando que o sistema de saúde em Cotia já foi tido como modelo e vem apresentando oscilações na implantação e cobertura populacional da ESF, seria relevante conhecer a organização desse sistema e verificar se existe relação entre a variação na cobertura da ESF, e outras formas de organização do trabalho na APS, e a evolução nas ICSAP nessa localidade.

Além disso, em Cotia, 49 dos 50 estabelecimentos públicos de saúde estão sob gestão municipal (Brasil, 2013b). Isso reforça a relevância do presente estudo nesse município, que buscou sinalizar os agravos prioritários para intervenção e sensibilizar a gestão municipal para a melhoria da organização do sistema de saúde, com o intuito de ressaltar as fragilidades das necessidades de saúde da população e impactar, futuramente, nas taxas de ICSAP.

2 Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer a relação entre o panorama das ICSAP, no município de Cotia, e as formas de organização do sistema local de saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico;
- Descrever a organização do sistema de saúde;
- Descrever o perfil das interações gerais e das ICSAP;
- Analisar a relação entre a evolução da taxa de ICSAP e a cobertura populacional da ESF;
- Analisar as ICSAP de acordo com o perfil sociodemográfico.

3 Marco teórico conceitual

3 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL

Considerando que o objeto desse estudo foi o panorama das ICSAP no município de Cotia, os referenciais teóricos adotados para darem sustentação à análise foram a APS e a Teoria da Determinação Social do PSD (TDSPSD).

A TDSPSD foi adotada devido às limitações em utilizar o indicador ICSAP responsabilizando apenas o primeiro nível de atenção por essas interações (Rehem, 2011), visto que o PSD é socialmente determinado, de acordo com as formas de trabalhar e viver dos grupos sociais.

3.1 APS

Segundo Macinko, Starfield e Shi (2003), os sistemas de saúde baseados nos cuidados primários são importantes para a saúde da população, pois se mostram inversamente associados com as taxas de mortalidade, os níveis globais de mortes prematuras e as mortes prematuras por diversas doenças evitáveis, como a asma, as doenças cardíacas, as cerebrovasculares e a pneumonia.

O termo APS remonta da década de 1920, quando o Relatório Dawson foi divulgado no Reino Unido, tratando da organização de serviços de saúde e distinguindo os centros de saúde primários, secundários e hospitais-escola. Foram descritos os vínculos formais entre os três níveis de atenção e as funções de cada um, destacando os centros de saúde primários como porta de entrada para o sistema de saúde; a atenção secundária prestada em unidades ambulatoriais e a atenção terciária nos hospitais, bases para o conceito de regionalização, compreendida como um sistema onde os serviços são organizados para responder às necessidades da população (Brasil, 2011b; Starfield, 2002).

Na Conferência de Alma-Ata, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1978, foi estabelecida a meta da

“saúde para todos no ano 2000” para seus países-membros, onde a APS foi definida como:

“atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente comprovadas e socialmente aceitáveis, cujo acesso seja garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação, a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas as etapas de seu desenvolvimento, com espírito de auto-responsabilidade e auto-determinação. [...] Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível de onde residem e trabalham as pessoas, constituindo o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária” (Brasil, 2011b, p.13).

A APS é o nível de um sistema de saúde que oferece a entrada para todas as novas necessidades e problemas, devendo integrar a assistência, quando há mais de um problema de saúde, e lidar com o contexto social, com a atenção não direcionada para a doença, mas para a pessoa, de forma continuada ao longo do tempo. Deve atender todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação, e deve realizar a coordenação ou integração da atenção que o usuário recebeu em outro nível do sistema de saúde (Starfield, 2002).

O primeiro nível de atenção, diferentemente do secundário e do terciário, dedica-se aos problemas mais frequentes que se apresentam, sobretudo, em fases iniciais, e que são, portanto, menos definidos; é constituído por equipes que têm capacidade para lidar com vários problemas ao mesmo tempo; possui profissionais que lidam com uma grande variedade de necessidades em saúde; possui, majoritariamente, pacientes já conhecidos pela equipe de saúde, e maior familiaridade dos profissionais quanto à população da área de abrangência e seus problemas (Brasil, 2011b).

Segundo o relatório da OMS (2008, p.57),

“[...] a APS tem mais ou a mesma probabilidade que os cuidados especializados de identificar as doenças graves mais frequentes; tem o mesmo nível de adesão a normas clínicas que os especialistas, embora sejam mais lentos a adotá-las; prescrevem poucas intervenções invasivas, as hospitalizações das suas iniciativas são menos frequentes e mais curtas e as intervenções têm uma maior orientação para a prevenção. Tudo isto resulta em cuidados de saúde com custos totais mais baixos, com impactos na saúde pelo menos idênticos e com maior satisfação do doente”.

Da APS proposta em Alma-Ata, surgiram derivações, que evidenciam uma polissemia na literatura internacional e nacional, quanto aos termos para nomear o primeiro nível de atenção. Devido às diferentes interpretações da abrangência desse nível de atenção, sua complexidade conceitual e a evolução de sua implementação nas diversas localidades, destacam-se as seguintes interpretações de APS (Brasil, 2011b):

- Atenção Primária Seletiva, com ênfase em um conjunto de atividades específicas de serviços de saúde, voltadas à população pobre, como monitoramento de crescimento, terapia de reidratação oral, amamentação e imunização;
- Um nível de atenção em um sistema de serviços de saúde, sendo o ponto de entrada no sistema de saúde, quando se apresenta um problema, e o local de cuidados longitudinais para a maioria das pessoas;
- Uma estratégia para organizar os sistemas de atenção à saúde, para isso, esse sistema deve estar baseado em princípios como coordenação e intersetorialidade.

Como articulado na Declaração de Alma-Ata, os sistemas de saúde necessitam de uma orientação clara e uma gestão firme para alcançarem a finalidade de saúde para todos através da APS. As três tendências mais preocupantes dos sistemas de saúde, organizados de forma que pouco contribui para a equidade e justiça social, são: os centrados em uma oferta limitada de cuidados

curativos especializados; os que prestam serviços de forma fragmentada por abordagens de controle de doenças, com objetivos imediatistas; e os que facilitam a comercialização desregulamentada da saúde (OMS, 2008).

Nos países com sistemas de saúde universais, como os da Europa, o tema APS relaciona-se a um contraponto à fragmentação dos sistemas de saúde, à superespecialização e ao uso abusivo de tecnologias médicas (Brasil, 2011b).

Para se contrapor à fragmentação, o conceito de RAS surgiu na primeira metade da década de 1990, nos Estados Unidos, avançando para os sistemas públicos da Europa Ocidental e Canadá e, posteriormente, para alguns países em desenvolvimento (Mendes, 2009).

No Brasil, o movimento da Reforma Sanitária culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde, que foi fundamental para a construção do texto da saúde da Constituição Federal, promulgada em 1988, e a criação do SUS. Porém, apesar de ser organizado através de princípios e diretrizes definidoras da APS para a transformação do modelo de atenção à saúde, concebeu o sistema de saúde hierarquizado, dividido em níveis de complexidade crescente em atenção básica, secundária e terciária, típico dos sistemas fragmentados (Brasil, 2011b).

Tal visão leva a uma banalização da APS e a uma valorização apenas das práticas que exigem maior densidade tecnológica, exercidas no nível de atenção secundário e terciário. Nas RAS, essa concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia (Mendes, 2009).

Na tentativa de superar a fragmentação do sistema de saúde, foi publicada a portaria relacionada às diretrizes para a organização das RAS, supracitada, com o intuito de valorizar a APS como centro de comunicação, desenvolvendo um papel relevante na sua estruturação como ordenadora dessas redes e coordenadora do cuidado, visto que o sistema de saúde que se busca está

intimamente relacionado com o primeiro nível de atenção, pois visa à equidade social, à corresponsabilidade entre população e setor público e à solidariedade, utilizando um conceito amplo de saúde (Brasil, 2010; Brasil, 2011b).

Essa portaria ressalta que uma APS de qualidade, como parte integrante da RAS, estrutura-se segundo sete atributos: primeiro contato; longitudinalidade; integralidade; coordenação; centralidade na família; abordagem familiar e orientação comunitária; e três funções essenciais: resolução da grande maioria dos problemas de saúde da população; organização dos fluxos e contra-fluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção à saúde e responsabilização pela saúde dos usuários em qualquer ponto de atenção à saúde em que estejam (Brasil, 2010).

A PNAB de 2006 praticamente manteve a definição de APS do Manual para Organização da Atenção Básica. Definiu, dentre os fundamentos do primeiro nível de atenção, o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde, como porta de entrada preferencial do sistema de saúde; a integralidade; a longitudinalidade do cuidado e a avaliação dos resultados alcançados. O primeiro nível de atenção utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde mais frequentes e relevantes em seu território (Brasil, 2006a).

A definição de APS apresentada pela PNAB de 2011 foi ampliada, com relação ao Manual de Organização de Atenção Básica e à PNAB de 2006, acrescentando, dentre os objetivos de suas ações, o desenvolvimento de “uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades”, com ênfase no uso de tecnologias de cuidado complexas, que devem estar voltadas às demandas e necessidades de saúde mais frequentes e importantes em seu território (Brasil, 2011a).

Segundo a PNAB de 2011, a APS deve ser a principal porta de entrada para o sistema de saúde e centro de comunicação da RAS.

Para contribuir para o funcionamento das redes, o primeiro nível de atenção deve cumprir algumas funções, quais sejam: ser base; ser resolutivo, capaz de provocar intervenções efetivas, ampliando a autonomia de usuários e grupos sociais; coordenar o cuidado, sendo o centro de comunicação das RAS e acompanhando e organizando os fluxos de usuários entre os pontos de atenção que compõem as RAS; e ordenar as RAS, realizando reconhecimento das necessidades de saúde da população e contribuindo para que a programação dos serviços de saúde seja baseada nas necessidades de saúde da população (Brasil, 2011a).

Dentre os fundamentos e atributos da APS estão: a coordenação da integralidade em seus vários aspectos, com destaque para a integração de ações programáticas e demanda espontânea; a articulação das atividades próprias do primeiro nível de atenção e a realização da gestão do cuidado integral do usuário, coordenando-o no conjunto da RAS (Brasil, 2011a).

Vale ressaltar que a utilização do termo Atenção Básica, adotada pelo MS para designar a APS, ocorreu para diferenciar a proposta da saúde da família da proposta de cuidados primários de saúde reducionistas (Brasil, 2011b). Atualmente, alguns autores, documentos e eventos do MS já vêm utilizando a terminologia internacionalmente reconhecida, APS, como sinônimo de Atenção Básica (Brasil, 2011a; Brasil, 2011b).

Na análise desse estudo, foi considerada a APS como ordenadora dentro do sistema de saúde e centro de comunicação das RAS.

3.2 TDSPSD

De acordo com Fonseca e Bertolozzi (1997), a TDSPSD teve sua origem no movimento da “patologia social” e da “medicina social” do século XVIII, com relevância na América Latina, devido à crise social e política na região, e busca relacionar a organização da

sociedade ao aparecimento de riscos ou de potencialidades que determinam o processo de adoecer e morrer.

A TDSPSD enfatiza que a morbidade e mortalidade obedecem a um gradiente que atravessa as classes socioeconômicas, de forma que renda ou *status* social mais baixos estão relacionados a uma pior condição de saúde, surgindo como proposta para a superação dos modelos causais, centrados em ações individuais (Oliveira, Egry, 2000).

Para Salum e Queiroz (1996 apud Campos, 2004, p. 30), a sociedade estabelece determinadas formas de trabalhar, de acordo com o modo de produção, que determinam não somente a exposição a riscos ocupacionais, mas também, o acesso à riqueza produzida, através dos rendimentos, gerando potenciais de fortalecimento e desgaste à saúde. As formas de consumo, subordinadas às formas de trabalhar (reprodução social), também geram potenciais de fortalecimento e desgaste à saúde, pois determinam níveis de consumo e, dessa forma, a possibilidade de acesso a bens materiais, como alimentação, moradia, escolaridade, entre outros.

Salum e Queiroz (1996 apud Campos, 2004, p. 30) afirmam que o resultado do embate entre os potenciais de fortalecimento e desgaste culminam em diferentes gradientes do PSD nos diferentes grupos sociais.

O PSD manifesta-se nas dimensões singular, particular e estrutural da realidade. A primeira está relacionada aos indivíduos e suas famílias, onde se manifestam os processos que levam à doença e à morte, como expressão dos modos de reprodução social dos diferentes grupos sociais, dimensão particular. Ambas as dimensões articulam-se aos processos de produção e reprodução social da coletividade onde se inserem e são historicamente determinados, dimensão estrutural, constituída pelas forças produtivas e relações sociais de produção (Oliveira, Egry, 2000).

De acordo com Egry (1996, p.62), as ideias expostas sobre o PSD, embasadas pelo Materialismo Histórico-Dialético (MHD), são antagônicas ao pensamento funcionalista, no qual não há um processo, mas ocorre a saúde ou a doença; a sociedade não é histórica e dinâmica, assentada no modo de produção, em permanente tensão, mas tende à estabilidade, equilíbrio e harmonia, através de adaptação; a saúde-doença não é uma síntese de determinações, que produzem riscos ou potencialidades nos diversos grupos sociais, mas é um estado de perturbação no funcionamento normal do indivíduo, relacionado ao aspecto biológico; o social não é considerado um determinante, mas sim um fator; o biopsíquico não é indivisível na relação dialética entre bio e psíquico em cada sociedade; e o espaço-corte é atemporal, a-histórico, universal e idealizado.

A Saúde Coletiva utiliza a TDSPSD para suas análises e interpretações da realidade objetiva, que, por sua vez, é baseada no MHD.

Segundo Oliveira e Egry (2000), atualmente a concepção hegemônica de saúde é a ausência de doença, tratando de uma concepção polar, onde em um dos pólos está o bem-estar completo e no outro as situações biológicas negativas, como a doença.

Barreto e Carmo (1994 apud Oliveira, Egry, 2000, p. 12) afirmam que, na análise contemporânea de causalidade, são considerados apenas os condicionantes individuais, e não os coletivos. Há, portanto, o predomínio do modelo de intervenção multicausal, que atribui a origem da doença a múltiplos fatores, sem a possibilidade de estabelecer o peso de cada um na determinação do fenômeno e que são trabalhados isoladamente, reduzindo as intervenções à unicausalidade, como nas medidas para controle do agente infeccioso, através dos programas de vacinação e terapêuticas antibacterianas.

Esse estudo utilizou a TDSPSD para dar sustentação à análise das ICSAP, considerando que, segundo Oliveira e Egry (2000), os

determinantes de saúde são externos ao sistema de assistência à saúde, relacionando-se aos aspectos econômicos, políticos e sociais.

Portanto, a análise das ICSAP não deve recair apenas à responsabilização da APS em evita-las.

4 Metodologia

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo ecológico, longitudinal, retrospectivo, exploratório, de abordagem quantitativa.

De acordo com Lima-Costa e Barreto (2003), nos estudos ecológicos, compara-se a ocorrência da doença relacionada à saúde e a exposição entre agregados de indivíduos, com o intuito de verificar a possível existência de associação entre elas. Nesse tipo de estudo, não existem informações sobre o indivíduo, mas do grupo populacional. Uma das suas vantagens é a possibilidade de examinar associações na coletividade. Porém, há a limitação da falácia ecológica, visto que não se pode analisar o nível individual (Campos, Theme-Filha, 2012).

Os estudos longitudinais possuem uma sequência temporal, ou seja, são utilizados para estudar um processo ao longo do tempo, a fim de investigar alterações (Haddad, 2004). Estes estudos podem ser prospectivos ou retrospectivos (Hochman et al., 2005).

Os estudos exploratórios são utilizados “quando não se tem informação sobre determinado tema e se deseja conhecer o fenômeno” (Richardson, 1999). Tendo em conta que não se tem a informação sobre as ICSAP na realidade de Cotia, utilizou-se este tipo de estudo.

4.2 CENÁRIO DE ESTUDO

Para essa investigação foi escolhido o município de Cotia, localizado a oeste da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP) (Figura 1), na Região de Saúde dos Mananciais, que agrega ainda outros sete municípios: Vargem Grande Paulista, Taboão da Serra, Embu das Artes, Itapequerica da Serra, Embu-Guaçu, São Lourenço da Serra e Juquitiba.

Em divisão territorial datada de 1º de junho de 1995, o município passou a ser constituído por dois distritos: Cotia e Caucaia do Alto, assim permanecendo em divisão territorial realizada em 2009 (IBGE, 2010).

Figura 1 – Localização do município de Cotia na RMSP. São Paulo, 2012

Fonte: Plano Regional – Rede Cegonha [online]. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/downloads/Rede-Cegonha-Mananciais.pdf>.

O município apresenta área de 324,010 km², com densidade demográfica de 622,55 hab./km² (IBGE, 2010).

No ano de 2010, a população residente em Cotia era de 201.150 habitantes. A faixa etária prevalente entre as mulheres relacionou-se aos 25 a 29 anos (4,8%) e nos homens entre 10 a 14 anos (4,6%). Observou-se predomínio da população residente de 25 a 39 anos (26,6%), seguida da população de 40 a 59 anos (23,7%) (Figura 2).

Comparando-se os censos demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 1980 e de 2010, houve aumento populacional de 138.202 habitantes no período. No

primeiro censo demográfico, havia 9.139 (14,5%) habitantes na faixa etária inferior a quatro anos, praticamente o dobro da proporção de crianças na mesma idade relatada no censo de 2010, 14.981 (7,4%) habitantes, evidenciando redução notável, no período de 30 anos (Brasil, 2013c).

Figura 2 – Pirâmide populacional do município de Cotia. São Paulo, 2010

Fonte: Censo Demográfico do IBGE, 2010.

Em 1980, a população idosa, acima de 60 anos, correspondia a 2.892 (4,5%) habitantes, praticamente metade da proporção da população em 2010, 16.265 (8%) idosos, apresentando aumento, no período de 30 anos (Brasil, 2013c). Isso demonstra a transição demográfica e epidemiológica, que vem ocorrendo há décadas no Brasil, e o município de Cotia segue a mesma tendência.

O ápice da pirâmide, porém, afunila de forma pronunciada, apontando para taxa de mortalidade elevada nos idosos, especialmente acima de 80 anos de idade, em ambos os sexos (Figura 2).

Na faixa etária entre 15 a 24 anos, que se relaciona aos adolescentes e adultos, em ambos os sexos, houve aumento da

mortalidade (Figura 2), o que caracteriza violência urbana e criminalidade importantes.

A população masculina era maior, nas faixas etárias até 19 anos, equivalente com o sexo feminino, na faixa de 20 a 24 anos, sendo que, a partir dos 25 anos, a população feminina prevaleceu (Figura 2). A mudança de comportamento, quanto ao predomínio dos sexos nas faixas etárias a partir dos 19 anos, possivelmente esteve relacionada à mortalidade superior no sexo masculino.

No ano de 2011, em Cotia, o número de nascidos vivos foi de 3.690 habitantes, com uma taxa de natalidade de 17,9 por mil habitantes, enquanto na RMSP, no mesmo ano, a taxa de natalidade foi de 16,7 por mil habitantes (São Paulo, 2013a).

O município está 100% urbanizado (IBGE, 2010).

Cotia iniciou seu processo de industrialização em 1956 e, atualmente, possui mais de 200 indústrias, apesar de ser considerado um município misto, industrial, agrícola e dormitório (Cotia, entre 2005 e 2008).

Quanto ao modo de trabalhar, predominou a participação dos empregos formais no setor dos serviços, no ano de 2011, correspondendo a 42,3% da produção, sendo o rendimento médio, no mesmo ano, de 1.782,20 reais (São Paulo, 2011a). Dessa forma, o município seguiu o mesmo perfil da RMSP, que apresentou predomínio da participação dos empregos formais no setor dos serviços, 59,8% da produção, com rendimento médio de 2.553,65 reais (São Paulo, 2013a).

Com relação à infraestrutura urbana, em 2010, no município de Cotia, a coleta de lixo contemplava 99,3% dos domicílios, o abastecimento de água através de rede geral chegava a 90,98% dos domicílios e o atendimento de esgoto sanitário estava presente em 52,9% dos domicílios (IBGE, 2010).

No município de Cotia, 76,2% dos domicílios foram considerados adequados quanto ao saneamento, pois possuíam abastecimento de água por rede geral, esgoto sanitário por rede

geral ou fossa séptica e lixo coletado diretamente ou indiretamente; 23,6% dos domicílios foram considerados semi-adequados e possuíam pelo menos uma forma de saneamento adequado; e 0,2% foram considerados inadequados, ou seja, todas as formas de saneamento eram inadequadas (IBGE, 2010).

A Região dos Mananciais, apesar de concentrar o maior sistema produtor de água para a RMSP, apresenta um dos quadros mais preocupantes do país quanto à garantia do abastecimento de água em quantidade e qualidade para a população residente nesse território. As principais causas podem estar relacionadas à gestão do recurso no decorrer do tempo, destacando a ocupação urbana desordenada da área dos mananciais, como as bacias hidrográficas da Billings e Guarapiranga, e à má conservação de áreas mais distantes, como as represas do Sistema Cantareira (Região dos Mananciais, 2012).

A Região dos Mananciais caracterizou-se por ter municípios com significativa extensão territorial, falta de pavimentação de algumas estradas e transporte público urbano precário, podendo comprometer o acesso aos serviços de saúde (Região dos Mananciais, 2012).

As rodovias Regis Bitencourt e Raposo Tavares, duas das principais rotas de acesso à Região dos Mananciais, apresentam extensos percursos dentro do perímetro urbano, causando muitos acidentes por meios de transporte, influenciando de forma importante a morbimortalidade por causas externas. Além disso, o elevado número de veículos nessas rodovias interfere na locomoção dos usuários dos serviços de saúde para referências em outros municípios (Região dos Mananciais, 2012).

Quanto ao setor saúde, em 2007, teve início o processo de construção do Plano Estadual de Saúde 2008-2011, que resultou no Plano Diretor de Regionalização (PDR) revisado, aprovado em julho de 2007 pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Nesse mesmo mês, a CIB dividiu os 645 municípios do Estado de São Paulo em 64

Regiões de Saúde, agregando-as em 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS). A RMSP, constituída por 39 municípios, passou a ser denominada DRS 1 – Grande São Paulo, de acordo com o PDR, agregando sete Regiões de Saúde, incluindo a dos Mananciais (São Paulo, 2008).

Os estabelecimentos públicos de saúde sob gestão municipal são: a Secretaria de Saúde; três Centros de Atenção Psicossocial; 25 centros de saúde/UBS; uma Central de Regulação de Serviços de Saúde; seis clínicas especializadas/ambulatórios especializados; duas farmácias; duas policlínicas; quatro Prontos Socorros (PS) gerais; duas unidades de vigilância em saúde; duas unidades móveis de nível pré-hospitalar de urgência/emergência e uma unidade móvel terrestre (Brasil, 2013b).

O HRC é um hospital geral, público, sob gestão da SES, que realiza atendimento à demanda espontânea e referenciada, ambulatorial e hospitalar, ambos de média e alta complexidade, e contém 131 leitos SUS, considerado de médio porte, sendo 38 cirúrgicos, 32 clínicos, 26 obstétricos, oito pediátricos e cinco Hospitais-Dia, além de 22 leitos complementares, de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal, UTI adulto e unidade intermediária neonatal (Brasil, 2013b).

Existem 57 estabelecimentos privados de saúde, sendo 12 clínicas especializadas/ambulatórios especializados; 32 consultórios; um hospital especializado; um Hospital Geral; cinco policlínicas e seis unidades de serviço de apoio de diagnose e terapia (Brasil, 2013b). O percentual da população beneficiária de Planos de Saúde Suplementar correspondia a 40,6%, no ano de 2010 (São Paulo, 2013b).

O Hospital da Graça Cotia (HGC) é privado, mas está sob gestão da SES, com atendimento de internação à demanda espontânea, de média complexidade, possui 80 leitos SUS para crônicos, e oferece atendimento para as modalidades de longa

permanência: Neurologia, Pneumologia e Traumatologia, sendo referência para a Grande São Paulo (informação verbal)¹.

Quanto ao perfil das internações na Região de Saúde dos Mananciais, no ano de 2011, houve predomínio daquelas relacionadas à gravidez, parto e puerpério (150,2 por 10.000 habitantes), lesões por envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (68,52 por 10.000 habitantes), doenças do aparelho circulatório (66,88 por 10.000 habitantes) e doenças do aparelho digestivo (62,42 por 10.000 habitantes) (São Paulo, 2013b).

Destacou-se o aumento da taxa de internação por Acidente Vascular Cerebral, em residentes do município de Cotia, na faixa etária de 30 a 59 anos, passando de 2,85 por 10.000 habitantes em 2008, para 7,16 por 10.000 habitantes em 2011, evidenciando a necessidade de fortalecimento das ações da APS (Região dos Mananciais, 2012).

O coeficiente de mortalidade infantil, em menores de um ano, reflete as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil (São Paulo, 2010).

No município de Cotia, esse coeficiente, por mil nascidos vivos, foi de: 13,5 em 2007; 12,9 em 2008; 10,2 em 2009; 12,8 em 2010 e 8,7 em 2011 (São Paulo, 2013b). Chama à atenção a redução expressiva, no ano de 2011, o que pode ter ocorrido devido à subnotificação dos casos.

Em 2010, as principais causas associadas à taxa de mortalidade da população geral na Região dos Mananciais foram: as doenças do aparelho circulatório (189,26 óbitos por 100 mil habitantes), as neoplasias (88,65 mortes por 100 mil habitantes) e as

¹ Informação fornecida pela diretora de Planejamento do Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo, Neide Miyako Hasegawa, em 27 de dezembro de 2013.

causas externas (70,31 óbitos por 100 mil habitantes) (São Paulo, 2011a).

Notou-se que as principais causas de morbimortalidade estão associadas às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), evidenciando a transição epidemiológica, devido ao aumento da proporção de idosos.

Quanto à vacinação, que é a maneira mais eficaz de prevenção de algumas doenças e está relacionada à ação desenvolvida prioritariamente na APS; em 2011, o município de Cotia apresentou mais de 100% de cobertura vacinal de Poliomielite, Tetravalente e BCG, em crianças menores de um ano, e de Sarampo, Caxumba e Rubéola, em crianças de um ano, e 99,73% de cobertura de Hepatite B em crianças menores de um ano (Região dos Mananciais, 2012), o que demonstra resultados satisfatórios.

4.3 VARIÁVEIS E INDICADORES

Diagnóstico – considerado na Autorização de Internação Hospitalar (AIH), de acordo com a CID-10;

Sexo – masculino e feminino;

Faixa etária – <1 ano; ≥1 a ≤4 anos; ≥5 a ≤9 anos; ≥10 a ≤14 anos; ≥15 a ≤19 anos; ≥20 a ≤29 anos; ≥30 a ≤39 anos; ≥40 a ≤49 anos; ≥50 a ≤59 anos; ≥60 a ≤69 anos; ≥70 a ≤79 anos; e ≥80 anos;

Hospital – HRC e HGC;

ESF – cobertura populacional e número de equipes mensais;

Cobertura de ESF – número de equipes de ESF multiplicado por 3.450 pessoas sobre a estimativa populacional pelo IBGE, multiplicado por 100.

Taxa de analfabetismo – percentual de pessoas com 15 e mais anos de idade, que não sabem ler e escrever, ou aprenderam, mas esqueceram, pelo menos um bilhete simples, no idioma que conhecem, e as pessoas que apenas assinam o próprio nome, na população total residente da mesma faixa etária, em determinado espaço geográfico e no ano (São Paulo, 2013a).

Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) – as análises são realizadas nas vertentes riqueza, longevidade e escolaridade, que, combinados, geram uma tipologia que classifica os municípios do Estado de São Paulo em cinco grupos (São Paulo, 2010).

Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS) – identifica, nos municípios do Estado de São Paulo, localidades em que predominam famílias expostas a diferentes níveis de vulnerabilidade social, através de uma tipologia que agrega, aos indicadores de renda, outros referentes à escolaridade e ao ciclo de vida familiar (São Paulo, 2013a), permitindo classificar os setores censitários, contendo uma média de 300 domicílios cada, em sete categorias de vulnerabilidade (São Paulo, 2013a).

IDH Municipal (IDHM) – inclui as dimensões de longevidade, educação e renda, que participam com pesos iguais na sua determinação. O índice varia de zero (nenhum

desenvolvimento humano) a um (desenvolvimento humano total) (São Paulo, 2013a).

Renda *per capita* – soma do rendimento nominal mensal das pessoas com 10 anos ou mais, residentes em domicílios particulares ou coletivos, dividida pelo total de pessoas residentes nesses domicílios (IBGE, 2013).

Porcentagem de extrema pobreza – proporção de pessoas com renda domiciliar *per capita* inferior a 70,00 reais (Brasil, 2013d).

Índice de Gini – grau de desigualdade na distribuição da renda domiciliar *per capita* entre os indivíduos. O valor pode variar de zero (não há desigualdade) até um (máxima desigualdade na distribuição da renda) (IBGE, 2013).

Coeficiente de masculinidade – número de residentes do sexo masculino, dividido pelo feminino, multiplicado por 100;

Variação percentual – porcentagem das alterações ocorridas ao longo do tempo. Cálculo: valor final do ano menos o valor inicial do ano sobre o valor inicial do ano, multiplicado por mil;

Proporção de internações gerais por hospital – número de internações por hospital sobre o total de internações, multiplicado por 100;

Proporção de internações por grupos de causas gerais – número de internações gerais por grupos da CID-10 sobre o total de internações gerais, multiplicado por 100;

Proporção de internações gerais por sexo – número de internações por sexo sobre o total de internações, multiplicado por 100;

Proporção de internações gerais por grupo por sexo – número de internações gerais por grupos da CID-10 por sexo sobre o total de internações por sexo, multiplicado por 100;

Proporção de internações gerais por faixa etária – número de internações por faixa etária sobre o total de internações, multiplicado por 100;

Proporção de internações gerais por grupo por faixa etária – número de internações gerais por grupos da CID-10 por faixas etárias, de ≥ 20 a ≤ 59 anos e ≥ 60 anos, sobre o total de internações gerais nessas faixas, multiplicado por 100;

Proporção de ICSAP – número de internações totais por ICSAP sobre as internações gerais, excluindo os partos (CID-10: O80 a O84), multiplicado por 100;

Taxa de ICSAP – número de ICSAP sobre a população residente no município, no período, multiplicado por 10 mil;

Proporção das ICSAP por hospital – número de ICSAP por hospital sobre o total de ICSAP, multiplicado por 100;

Proporção das ICSAP por sexo – número de ICSAP por sexo sobre o total de ICSAP, multiplicado por 100;

Taxa de ICSAP por sexo – número de ICSAP por sexo sobre a população residente por sexo no município, no período, multiplicado por 10 mil;

Proporção das ICSAP por faixa etária – número de ICSAP por faixa etária sobre o total de ICSAP, multiplicado por 100;

Taxa das ICSAP por faixa etária – número de ICSAP por faixa etária sobre a população residente por faixa etária no município, no período, multiplicado por 10 mil;

Proporção de grupo de ICSAP – número de internações por determinado grupo de CSAP sobre o total das ICSAP em determinado período, multiplicado por 100;

Taxa por grupo de ICSAP – número internações por determinado grupo de CSAP sobre a população residente no município, no período, multiplicado por 10 mil;

Proporção dos grupos de ICSAP por sexo e faixa etária – número de internações por determinado grupo de diagnósticos por CSAP, nas faixas etárias ≥ 1 ano, ≥ 1 a ≤ 4 anos e ≥ 60 anos, por sexo, sobre o total das ICSAP em determinado período, multiplicado por 100;

4.4 FONTE E COLETA DE DADOS

A coleta de dados sobre as internações gerais, consideradas não sensíveis à APS, e ICSAP, dos residentes do município de Cotia, foi realizada através de dados secundários, do período de 2008 a 2012, do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), implantado pelo MS por meio da Portaria GM/MS n. 896/1990,

para subsidiar os gestores no planejamento, controle, avaliação, regulação e auditoria. Esse sistema possui abrangência nacional e é alimentado pela AIH, instrumento de registro padrão desde a implantação do SIH/SUS (Brasil, 2011c). Os dados do SIH-SUS são processados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), do MS (Brasil, 2013e).

Os dados referentes à organização do sistema de saúde e aos programas e protocolos de saúde deveriam ser obtidos através da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Cotia, a partir de 2008. Porém, a Secretaria forneceu apenas o Plano Diretor de 2005 a 2008, alegando não encontrar os documentos posteriores. Desse modo, esses dados foram coletados de publicações em jornais locais.

Para traçar um perfil sociodemográfico do município de estudo, foram obtidos dados através do IBGE, da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE) e do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil – 2013 (Figura 3).

Figura 3 – Fontes de coleta de dados das variáveis sociodemográficas. São Paulo/SP. 2013

Variáveis	Ano	Fonte
População total, por sexo e faixa etária	Estimativas populacionais de 2008, 2009, 2011 e 2012; Censo 2010.	IBGE
Taxa de analfabetismo	1991, 2000 e 2010.	Fundação SEADE
IPRS	2008 e 2010	Fundação SEADE
IPVS	2010	Fundação SEADE
IDH Municipal (IDHM)	2000 e 2010	Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil – 2013
Renda <i>per capita</i>	2000 e 2010	Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil – 2013
Extrema pobreza	2000 e 2010	Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil – 2013
Índice de Gini	2000 e 2010	Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil – 2013

O levantamento das ICSAP para obter um panorama acerca dessas interações, no município de Cotia, foi obtido com base na lista brasileira de ICSAP (Anexo 1).

Para a obtenção do número de equipes implantadas e cobertura populacional estimada da ESF, foi realizado o levantamento através do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). A coleta de dados sobre o quantitativo de UBS que possuíam PACS foi realizada através do Cadastro Nacional Estabelecimento de Saúde (CNES).

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada através da estatística descritiva. A obtenção das informações referentes às ICSAP ocorreu por meio da geração de um arquivo de definição (DEF) para tabulação a partir da seleção no SIH/SUS dos respectivos códigos. Foi utilizado o aplicativo Tabwin (Versão 3.5), desenvolvido pelo DATASUS. Os resultados foram expostos através de tabelas e gráficos.

Para verificar se houve relação estatisticamente significativa entre a proporção de cobertura populacional de ESF e a taxa de ICSAP, foi utilizada a correlação de Pearson (r), que mede o grau de correlação linear entre duas variáveis numéricas.

Foi escolhida a correlação de Pearson (r) devido à normalidade na distribuição dos dados das variáveis ESF e ICSAP, observada através do gráfico Q-Q, por meio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

O coeficiente de correlação varia entre -1 e +1. Quando r é igual a 1, corresponde à correlação perfeita positiva; r igual a -1, à correlação perfeita negativa; r igual a zero, à correlação nula; r entre zero e 1, à correlação positiva; r entre -1 e zero, à correlação negativa. Para saber a força da relação entre variáveis, deve-se julgar o valor de r da seguinte forma: $0 < r < 0,25$ ou $-0,25 < r < 0$,

correlação pequena ou nula; $0,25 < r < 0,50$ ou $-0,50 < r < -0,25$, correlação fraca; $0,50 < r < 0,75$ ou $-0,75 < r < -0,50$, correlação moderada; $0,75 < r < 1,00$ ou $-1 < r < -0,75$, correlação forte ou perfeita (perfeita se $r = -1$ ou $r = 1$) (Vieira, 2008).

Com o intuito de verificar se havia relação entre as ICSAP e o sexo, foi realizado o teste t de Student, utilizado para comparar duas médias da mesma variável quantitativa (Vieira, 2008).

Para analisar a relação entre as ICSAP e a faixa etária, foi utilizado o teste de Análise de Variância (Anova), que compara várias médias concomitantemente (Vieira, 2008).

Todos os testes estatísticos foram calculados por meio do programa SPSS, realizados com significância estatística ao nível de 0,05.

4.6 ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS

Esse estudo utilizou dados secundários, não sendo possível a individualização das informações e, por esse motivo, não houve necessidade de autorização de comitês de ética em pesquisa; porém, o projeto foi encaminhado para apreciação e deliberação da SMS de Cotia (protocolo: 45111) (Anexo 2), para possibilitar a obtenção de dados referentes à organização do sistema de saúde.

5 Resultados

5 RESULTADOS

5.1 O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

No período estudado, as faixas etárias predominantes de residentes de Cotia foram de 20 a 29 (18,35%), 30 a 39 (16,97%) e 40 a 49 anos (13,81%); os menores de um ano apresentaram porcentagem de 1,56%, de um a quatro anos de 6,23% e de maiores de 60 anos de 7,85% (Tabela 1).

Na evolução de 2008 para 2012, as porcentagens apresentaram diminuição até os 29 anos, exceto de 10 a 14 anos, e aumento para as demais faixas etárias (Tabela 1).

Houve redução anual das porcentagens das faixas etárias de um a quatro anos, de cinco a nove anos e de 20 a 29 anos (Tabela 1).

Tabela 1 – Porcentagem da população residente segundo faixa etária, no período entre 2008 e 2012. Cotia/SP. 2013

Faixa etária	Ano					Total
	2008	2009	2010	2011	2012	
< 1 ano	1,61	1,54	1,51	1,57	1,57	1,56
1 a 4 anos	6,91	6,66	5,94	5,88	5,88	6,23
5 a 9 anos	9,01	8,95	7,95	7,95	7,95	8,33
10 a 14 anos	8,43	8,38	9,14	9,14	9,14	8,87
15 a 19 anos	8,50	8,33	8,44	8,44	8,44	8,43
20 a 29 anos	19,08	18,82	17,99	17,99	17,99	18,35
30 a 39 anos	16,46	16,67	17,20	17,20	17,20	16,97
40 a 49 anos	13,58	13,60	13,94	13,94	13,94	13,81
50 a 59 anos	9,12	9,44	9,80	9,80	9,80	9,61
60 a 69 anos	4,39	4,61	4,91	4,91	4,91	4,76
70 a 79 anos	2,08	2,13	2,17	2,17	2,17	2,15
80 anos e mais	0,83	0,87	1,00	1,00	1,00	0,94
Total	100	100	100	100	100	100

Fonte: IBGE.

Entre 2010 a 2012, as porcentagens da maioria das faixas etárias se mantiveram (Tabela 1).

Houve certo equilíbrio entre os sexos, em todo o período, com pequeno percentual favorável ao feminino (Tabela 2).

Tabela 2 – Porcentagem da população residente segundo sexo, no período entre 2008 e 2012. Cotia/SP. 2013

Ano	Masc	Fem
2008	49,31	50,69
2009	49,29	50,71
2010	48,95	51,05
2011	48,95	51,05
2012	48,95	51,05
Total	49,08	50,92

Fonte: IBGE

Foi descrito o perfil socioeconômico do município de estudo, para, posteriormente, estabelecer relação com as ICSAP.

Houve melhora nas taxas de alfabetização, desde 1991, quando 10,95% da população de 15 anos ou mais era analfabeta, decrescendo para 7,05%, em 2000, e 4,47%, em 2010 (São Paulo, 2013a).

Segundo o IPRS, em 2008 e 2010, o município pertencia ao grupo dois, ou seja, apesar de possuir níveis de riqueza elevados, não exibia bons indicadores sociais (São Paulo, 2013a).

Figura 4 – Dimensões do IPRS, em 2008 e 2010. Cotia/SP. 2013

Dimensão IRPS	2008	2010
Riqueza	47	49
Longevidade	66	69
Escolaridade	35	41

Fonte: SEADE

Notou-se melhora nos componentes do IRPS de 2008 para 2010, especialmente quanto à escolaridade (Figura 4).

Quanto ao IPVS, em Cotia, em 2010, a maioria da população possuía vulnerabilidade baixíssima, muito baixa e baixa (59,6%), porém, não se pode descartar a população em vulnerabilidade alta e muito alta (23,6%) (São Paulo, 2013a).

Com relação ao IDHM, o município apresentou índice baixo, em 1991, passando para médio, em 2000, e alto, em 2010. Houve aumento, especialmente, do componente educação, seguido pela longevidade e renda (Figura 5).

Figura 5 – Componentes do IDHM, em 1991, 2000 e 2010. Cotia/SP. 2013

IDHM	1991	2000	2010
IDHM total	0,557	0,693	0,78
Ranking dos municípios	96	99	66
Longevidade	0,754	0,798	0,851
Educação	0,312	0,554	0,707
Renda	0,735	0,754	0,789

Fonte:SEADE

O município de Cotia teve um aumento no seu IDHM de 40,04%, desde 1991, abaixo da média de crescimento nacional (47,46%), e acima da média de crescimento estadual (35,47%). A distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice (um) foi reduzida em 50,34%, entre 1991 e 2010 (PNUD, 2013).

A renda *per capita* passou de 773,89 reais, em 1991, para 874,52, em 2000, e 1.085,66, em 2010, dessa forma, houve crescimento de 40,29%, desde 1991 (PNUD, 2013).

Quanto à porcentagem de extrema pobreza, passou de 2,44%, em 1991, para 2,68%, em 2000, e para 1,43%, em 2010 (PNUD, 2013).

O Índice de Gini apresentou discreta alteração, entre 1991 e 2010, aumentando de 0,58, em 1991, para 0,60, em 2000, e decrescendo para 0,57, em 2010 (PNUD, 2013).

Não há informação sobre o Estado de São Paulo no Atlas do Desenvolvimento Humano para renda *per capita*, extrema pobreza e Índice de Gini, portanto, essas comparações não foram realizadas.

Quanto aos empregos formais, em 2012, 40,75% da população de Cotia estava envolvida no setor dos serviços, 29,02% na indústria, 23,51% no comércio atacadista e varejista e no comércio e reparação de veículos automotores e motocicletas, 6,21% na construção e 0,52% na agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura (São Paulo, 2013a).

5.2 A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA

No ano de 2010, o Tribunal de Contas de São Paulo emitiu parecer desfavorável na avaliação da Prefeitura de Cotia, alegando falta de comprovação de que os repasses de verba foram aplicados na Saúde; aplicação de apenas 13,98% do orçamento na área (apesar de a legislação obrigar um investimento mínimo de 15%) e o Plano Municipal de Saúde não apresentou metas objetivas, nem os aspectos financeiros para o seu cumprimento (Portal Viva Cotia..., 2012a), o que evidenciou problemas de gestão e organização do sistema.

A SMS nos forneceu apenas o Plano Diretor de 2005 a 2008, que foi parcialmente utilizado, apesar de não fazer parte do período deste estudo.

No Plano Diretor de 2005 a 2008, foi explicitada a intenção de priorizar as consultas ambulatoriais e a APS, porém, foi constatado aumento na quantidade de consultas no PA. Para traçar uma estratégia para a mudança desse quadro, a SMS demonstrou interesse em se aprofundar nos valores que levavam a população a utilizar os PA como porta de entrada (Cotia, entre 2005 e 2008).

Foram propostas ações voltadas à conscientização sobre a correta utilização dos serviços de saúde, uma delas no momento do agendamento nas unidades ambulatoriais, quando deveriam ser realizadas atividades educativas, como orientações sobre a utilização adequada dos recursos de saúde; a necessidade de acompanhamento sistemático com o médico, preferencialmente o mesmo; e a utilização adequada dos serviços de urgência/emergência (Cotia, entre 2005 e 2008).

No Plano Diretor foram descritas, ainda, as causas que levaram às internações, segundo faixa etária e sexo, salientando a importância dessas informações para a programação de ações de saúde que visassem sua redução (Cotia, entre 2005 e 2008).

O município já recebeu prêmios pelo controle da tuberculose (Cotia, entre 2005 e 2008).

Quanto às organizações hospitalares, no período de janeiro a outubro de 2008, o HRC permaneceu fechado, enquanto era aguardada a negociação e acordo de contrato de gestão estadual, reabrindo quando a SES efetivamente assumiu a gestão do hospital. Dessa forma, não foram geradas AIH no hospital, nesse período.

No HRC, houve variação da oferta de leitos, no período de estudo, da seguinte forma: aumento de sete de clínica geral, em agosto de 2011; redução de 23 de obstetrícia cirúrgica e aumento de 16 de obstetrícia clínica, em outubro de 2008; aumento de cinco de urgência geral, em setembro de 2011, e cinco, em abril de 2012; e aumento de três de repouso/observação do ambulatório, em setembro de 2011 (Brasil, 2013b).

Com relação aos leitos, os hospitais da Região dos Mananciais trabalhavam no limite da sua capacidade, não sendo suficiente para atender à demanda da região, com exceção dos crônicos (Região dos Mananciais, 2012).

Quanto à organização da APS, observou-se que a quantidade de UBS apresentou oscilação discreta, aumentando de 22 para 25 unidades, no período, sendo o mínimo de 20 UBS, entre março de 2010 e setembro de 2011, e o máximo de 25, entre outubro e dezembro de 2012 (Figura 6).

Houve registro de um posto de saúde, de novembro de 2011 a junho de 2012 (Figura 6).

Dentre as quantidades de UBS supracitadas, incluem-se as equipes de ESF, obtidas através do SIAB. Na análise histórica, observou-se flutuação na implantação dessas equipes, aumentando de uma, com cobertura populacional de 1,93%, em janeiro de 2008, para nove, com cobertura populacional de 14,85%, em dezembro de 2012. Entre fevereiro e abril de 2008, não houve equipe, apresentando o máximo de 11, entre junho de 2011 e janeiro de 2012, sendo a cobertura populacional de 18,50%, de junho a dezembro de 2011, e de 18,16% em janeiro de 2012 (Figura 6).

Através do CNES, foi possível verificar que algumas UBS possuíam apenas o PACS, aumentando de zero para cinco, no período, sendo que, de janeiro a junho de 2008, não houve registro de equipe no município, sofrendo oscilações no período, com o máximo de cinco, entre setembro de 2010 a janeiro de 2011, e em dezembro de 2012 (Figura 6).

Figura 6 – Evolução dos serviços de saúde de APS, no período entre 2008 e 2012. Cotia/SP. 2013

Fonte: CNES e SIAB

Quanto às policlínicas, há apenas uma registrada no CNES; porém, no DATASUS houve registro de uma, em janeiro de 2008, aumentando para quatro, em março de 2010, e reduzindo para a metade, em junho de 2012 (Brasil, 2013b).

Havia apenas um PA no município, de outubro a dezembro de 2012. Quanto a PS geral, havia um, em janeiro de 2008, aumentando para dois, em março de 2009, três, em setembro de 2011, e quatro, em abril de 2012 (Brasil, 2013b).

Foi realizada uma descrição histórica do sistema de saúde, em Cotia, segundo notícias publicadas em jornais regionais, no período de estudo.

Em dezembro de 2009, foi inaugurada uma unidade de Clínica da Família (Imprensa Cotia..., 2009).

Em dezembro de 2010, foi inaugurada a Central de Urgência e Emergência de Cotia (Portal Viva Cotia..., 2010a).

Em 2011, em maio, foi inaugurada a Clínica da Mulher (Portal Viva Cotia..., 2011).

No mês seguinte, foi inaugurada a Policlínica Portão Antonio de Camargo (Granja News..., 2010).

Em julho, foi entregue a primeira fase do PS Portão Deolinda Maria Vieira (Cotia Todo Dia..., 2011).

Em dezembro, ocorreu a primeira etapa do plano de ação da Rede Cegonha (Cotia Todo Dia..., 2012a).

Em 2012, em janeiro, cerca de 60% das pessoas que aguardavam na fila para marcar exames não conseguiram acesso ao agendamento (Cotia Todo Dia..., 2012b).

Em julho, foi aprovada a segunda etapa do plano de ação da Rede Cegonha, no Estado de São Paulo, sendo que Cotia recebeu uma verba de 4,7 milhões de reais para dar continuidade às ações da rede (Cotia Todo Dia..., 2012a).

Alguns estabelecimentos de saúde possuíam prestadores de organizações sem fins lucrativos, quais sejam o Instituto Vida Gestão Ambiental e Municipal e o Instituto ACQUA – Ação, Cidadania, Qualidade Urbana e Ambiental, sendo que ambos dependiam de repasses da prefeitura para o pagamento dos funcionários (Portal Viva Cotia..., 2012b).

Em outubro, com a paralização dos funcionários do Instituto Vida Gestão Ambiental e Municipal por atraso nos salários (Cotia Todo Dia..., 2012c), a prefeitura de Cotia rompeu o contrato com esse instituto (Melo, 2012).

Em novembro, moradores de Cotia continuavam com problemas no atendimento nas UBS, com reclamações direcionadas, principalmente, ao atendimento dos funcionários e à redução do quadro de médicos (Cotia Todo Dia..., 2012d).

Quanto às RAS, na Região dos Mananciais, foram construídas a Rede de Urgência e Emergência; a Rede Cegonha e a Rede de Atenção Psicossocial (Região dos Mananciais, 2012).

Havia uma Central de Regulação de Urgências, sob gestão Estadual (Região dos Mananciais, 2012).

O município contava com Central de Regulação para agendamento ambulatorial (Região dos Mananciais, 2012).

Para agendar consulta com especialista, o usuário deveria passar em atendimento pela UBS, uma estratégia para que a APS fosse a porta de entrada. Caso já possuísse encaminhamento, a UBS só agendaria, fazendo uma intermediação entre usuário e especialista, sem necessariamente ser reconhecida como porta de entrada.

Ainda, com relação às equipes especiais de APS, previstas pela PNAB de 2011 (Brasil, 2011a), não foram constatadas equipes de consultório na rua, por exemplo, que visavam ampliar o acesso das pessoas em situação de rua às RAS.

O município contava com o Programa Melhor em Casa.

5.3 AS INTERNAÇÕES GERAIS

Ocorreram 53.647 internações. Observou-se aumento das hospitalizações em todo o período, sendo de 120,09%, em 2009, 12,21%, em 2010, 5,78%, em 2011, e 4,79%, em 2012. O crescimento populacional foi de 1,64%, em 2009, 10,50%, em 2010, 1,99%, em 2011, e 1,89%, em 2012. No período, houve aumento de 173,75% das internações e 16,70% da população total (Tabela 3).

No HGC, houve aumento das internações somente em 2009 (5,66%) e redução nos anos posteriores (21,88%, em 2010, 6,29%, em 2011, e 25,00%, em 2012). No período, houve redução de 41,98% das internações (Tabela 3).

O HGC apresentou discreta participação nas internações, durante todo o período, 1,67%, de 2008 a 2012, sendo que a maior proporção ocorreu em 2008 (4,35%), com redução para a metade, em 2009, e, a partir de então, a sua redução tornou-se constante, sendo em média 1,22% ao ano (Tabela 3).

O HRC apresentou aumento das hospitalizações, em todo o período de estudo, sendo de 438,08%, em 2009, 13,54%, em 2010,

6,13%, em 2011, e 6,63%, em 2012. No período, houve aumento de 591,36% nas internações (Tabela 3).

Tabela 3 – Internações nos hospitais e crescimento populacional, no período entre 2008 e 2012. Cotia/SP. 2013

Ano	Internações						Crescimento populacional	
	HRC		HGC		Total			
	N	%	N	%	N	%	N	%
2008	1.389	28,53	212	4,35	4.868	100	179.109	
2009	7.474	69,76	224	2,09	10.714	100	182.043	
Variação 2009-2008		438,08		5,66		120,09		1,64
2010	8.486	70,59	175	1,46	12.022	100	201.150	
Variação 2010-2009		13,54		-21,88		12,21		10,50
2011	9.006	70,82	164	1,29	12.717	100	205.154	
Variação 2011-2010		6,13		-6,29		5,78		1,99
2012	9.603	72,06	123	0,92	13.326	100	209.027	
Variação 2012-2011		6,63		-25,00		4,79		1,89
Variação 2012-2008		591,36		-41,98		173,75		16,70
Total	35.958	67,03	898	1,67	53.647	100	-	-

Fonte: SIH-SUS.

Em 2008, as internações no HRC corresponderam apenas a 28,53%, sendo que, a partir de 2009, houve aumento da participação das internações, com média de 70,81% ao ano. No período, 67,03% das internações ocorreram nesse hospital (Tabela 3).

Do total das internações ocorridas no HRC, em 2008, houve registro de AIH apenas nos meses de novembro, 846, e dezembro, 543 (Apêndice 1A). Em 2009, em janeiro e fevereiro, houve registro de apenas sete e 13 hospitalizações, respectivamente, com aumento importante em março, 1.566 (Apêndice 1B). Em 2010, em julho, ocorreram 809 e, em novembro, 790 (Apêndice 1C). Em 2011, em outubro, houve 1.011 (Apêndice 1D). Em 2012, em março, 967, e, em maio, 953 (Apêndice 1E; Figura 7).

Figura 7 – Internações gerais ocorridas no HRC, no período de 2008 a 2012. Cotia/SP. 2013

Fonte: SIH-SUS.

A redução de 23 leitos de obstetrícia cirúrgica e o aumento de 16 de obstetrícia clínica, em outubro de 2008, não influenciou os picos de internação; o aumento de sete leitos de clínica geral, em agosto de 2011, pode estar relacionado ao das internações, em outubro do mesmo ano; o aumento de cinco leitos de urgência geral, em setembro de 2011, e de outros cinco, em abril de 2012, pode ter influenciado o aumento das internações, em outubro de 2011 e maio de 2012 (Brasil, 2013b; Apêndices 1A, 1D, 1E; Figura 7).

Quanto à ampliação da oferta através de PS, o aumento de um para dois, em março de 2009, três, em setembro de 2011, e, finalmente, quatro, em abril de 2012 (Brasil, 2013b), mostrou uma possível relação com os aumentos das hospitalizações, em março de 2009, outubro de 2011 e maio de 2012 (Apêndices 1B, 1D, 1E; Figura 7).

As principais causas de internação foram: gravidez, parto e puerpério, 12.469 (23,24%); doenças do aparelho circulatório, 6.740 (12,56%); lesões por envenenamento e algumas outras consequências de causas externas, 6.045 (11,27%); e doenças do aparelho digestivo, 5.240 (9,77%) (Tabela 4; Apêndice 2).

Tabela 4 – Distribuição percentual das internações gerais, no período entre 2008 e 2012. Cotia/SP. 2013

CID10 Capítulos	2008	2009	2010	2011	2012	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2,88	2,85	3,17	2,93	3,05	2,99
II. Neoplasias (tumores)	7,11	4,15	4,39	4,38	4,93	4,72
III. Doenças sangue Órgãos hemat e transt imunitar	0,76	0,65	0,60	0,58	0,68	0,64
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1,42	1,37	1,23	1,64	1,41	1,42
V. Transtornos mentais e comportamentais	3,14	1,34	1,18	1,27	1,45	1,48
VI. Doenças do sistema nervoso	3,59	2,09	2,22	1,84	1,81	2,13
VII. Doenças do olho e anexos	1,68	1,22	2,51	2,17	2,47	2,09
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	0,33	0,21	0,23	0,29	0,30	0,27
IX. Doenças do aparelho circulatório	14,05	14,21	11,77	12,27	11,68	12,56
X. Doenças do aparelho respiratório	6,78	7,90	7,21	7,94	8,46	7,79
XI. Doenças do aparelho digestivo	10,41	9,81	9,91	9,99	9,16	9,77
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2,51	2,62	3,50	3,15	2,93	3,01
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	3,12	1,57	1,83	1,49	1,49	1,73
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	6,82	6,87	6,44	7,10	7,52	6,98
XV. Gravidez, parto e puerpério	14,61	24,13	25,62	24,09	22,73	23,24
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	2,79	2,32	2,37	2,21	2,39	2,37
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	1,31	1,23	1,01	1,32	1,21	1,20
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clin e laborat	2,12	2,48	2,25	2,00	2,41	2,26
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	10,89	11,62	10,73	11,49	11,40	11,27
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0,23	0,12	0,02	0,04	0,02	0,06
XXI. Contatos com serviços de saúde	3,45	1,22	1,81	1,82	2,51	2,02
Total	100	100	100	100	100	100

Fonte: SIH-SUS

Em Cotia, houve aumento na proporção de internação por gravidez, parto e puerpério, em 2009, de 14,6% para 24,1% (Tabela 4).

Houve baixa proporção de internações por transtornos mentais e comportamentais (Tabela 4).

As internações por neoplasias, em 2008, figuraram na quinta posição, 346 (7,11%), e, a partir de 2009, passaram a ocupar a sétima causa, com média de 546,75 (4,46%) internações ao ano (Tabela 4; Apêndice 2).

As internações por doenças do aparelho respiratório passaram da sexta posição, em 2008, 330 (6,78%), para a quinta, a partir de 2009, com média de 962,5 (7,90%) hospitalizações ao ano; enquanto as doenças do aparelho geniturinário mantiveram-se na sexta posição, em todo o período, com média de 749,4 (6,95%) internações (Tabela 4; Apêndice 2).

Durante o período, foi registrado maior número de internações no sexo feminino (58,04%) (Tabela 5).

As internações, em ambos os sexos, em valores absolutos, apresentaram aumento de 2008 a 2012, acompanhando o aumento das internações gerais (Tabela 5).

Tabela 5 – Internações gerais, no período de 2008 a 2012, segundo sexo. Cotia/SP. 2013

Ano	Internação no município				Total
	Masculino		Feminino		
	N	%	N	%	
2008	2.251	46,24	2.617	53,76	4.868
2009	4.495	41,95	6.219	58,05	10.714
2010	4.852	40,36	7.170	59,64	12.022
2011	5.344	42,02	7.373	57,98	12.717
2012	5.566	41,77	7.760	58,23	13.326
Total	22.508	41,96	31.139	58,04	53.647

Fonte: SIH-SUS

Ocorreram 410 internações por parto, em 2008, 1.381, em 2009, 1.648, em 2010, 1.773, em 2011, e 1.779, em 2012, reduzindo para 2.207 internações, em 2008, 4.838, em 2009, 5.522, em 2010, 5.600, em 2011, e 5.981, em 2012 (Tabela 9).

As principais causas de internação nos homens foram: lesões por causas externas, 4.284 (19,03%); doenças do aparelho circulatório, 3.701 (16,44%); digestivo, 2.700 (12,00%); e respiratório, 2.251 (10,00%) (Tabela 6).

Tabela 6 – Internações gerais por grupos de diagnósticos, no período de 2008 a 2012, segundo sexo. Cotia/SP. 2013

Internações		Masc		Fem	
		N	%	N	%
I.	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	907	4,03	697	2,24
II.	Neoplasias (tumores)	1008	4,48	1525	4,90
III.	Doenças sangue Órgãos hemat e transt imunitar	146	0,65	198	0,64
IV.	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	325	1,44	435	1,40
V.	Transtornos mentais e comportamentais	434	1,93	359	1,15
VI.	Doenças do sistema nervoso	606	2,69	535	1,72
VII.	Doenças do olho e anexos	487	2,16	633	2,03
VIII.	Doenças do ouvido e da apófise mastoide	74	0,33	70	0,22
IX.	Doenças do aparelho circulatório	3701	16,44	3038	9,76
X.	Doenças do aparelho respiratório	2251	10,00	1929	6,19
XI.	Doenças do aparelho digestivo	2700	12,00	2540	8,16
XII.	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	943	4,19	672	2,16
XIII.	Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	527	2,34	400	1,28
XIV.	Doenças do aparelho geniturinário	1895	8,42	1852	5,95
XV.	Gravidez, parto e puerpério	0	0,00	12468	40,04
XVI.	Algumas afec originadas no período perinatal	671	2,98	599	1,92
XVII.	Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	376	1,67	270	0,87
XVIII.	Sint sinais e achad anorm ex clin e laborat	611	2,71	604	1,94
XIX.	Lesões enven e alg out conseq causas externas	4284	19,03	1761	5,66
XX.	Causas externas de morbidade e mortalidade	28	0,12	5	0,02
XXI.	Contatos com serviços de saúde	534	2,37	549	1,76
Total		22508	100	31139	100

Fonte: SIH-SUS

Já as principais causas de internação entre as mulheres, foram: gravidez, parto e puerpério, 12.468 (40,04%); doenças do aparelho

circulatório, 3.038 (9,76%); doenças do aparelho digestivo, 2.540 (8,16%); e doenças do aparelho respiratório, 1.929 (6,19%) (Tabela 6).

A principal causa de internação diferiu entre os sexos, porém, as posteriores mantiveram-se as mesmas, com porcentagens superiores no sexo masculino, sendo 21,82% superior, para as hospitalizações por doenças do aparelho circulatório; 6,30%, para as doenças do aparelho digestivo; e 16,69%, para as doenças do aparelho respiratório (Tabela 6).

Quanto à faixa etária, as que obtiveram proporção de internação superior a 10%, no período, foram: 20 a 29 anos (19,40%); 30 a 39 anos (14,58%); 50 a 59 anos (11,32%) e 40 a 49 anos (10,68%) (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição percentual das internações gerais, no período entre 2008 e 2012, segundo faixa etária. Cotia/SP. 2013

Faixa etária	2008	2009	2010	2011	2012	Total
< 1 ano	5,94	5,14	4,78	4,90	5,18	5,11
1 a 4 anos	4,33	5,27	4,46	4,08	4,73	4,59
5 a 9 anos	3,99	3,48	3,41	3,57	3,52	3,54
10 a 14 anos	2,24	2,74	2,78	2,90	2,72	2,73
15 a 19 anos	5,77	7,06	7,50	7,35	6,99	7,09
20 a 29 anos	16,33	20,71	20,20	19,86	18,36	19,40
30 a 39 anos	13,52	14,04	14,75	14,78	15,05	14,58
40 a 49 anos	13,56	10,62	10,64	9,83	10,53	10,68
50 a 59 anos	13,33	11,26	10,87	11,09	11,28	11,32
60 a 69 anos	10,35	8,99	9,86	9,69	10,11	9,75
70 a 79 anos	7,17	6,36	6,60	7,32	6,86	6,84
80 anos e mais	3,47	4,33	4,18	4,58	4,68	4,37

Fonte: SIH-SUS

A proporção de internações das faixas etárias relacionadas aos adultos, de 20 a 59 anos, correspondeu a 56,74%, em 2008, 56,63%, em 2009, 56,46%, em 2010, 55,56%, em 2011, e 55,22%, em 2012, sendo que, no período, 55,98% das internações ocorreram nesse grupo populacional (Tabela 7).

A faixa etária dos 20 a 29 anos foi a que mais internou em todo o período, seguida pela de 30 a 39 anos (Tabela 7).

Além disso, as crianças menores de um ano internaram mais do que as de um a quatro anos (Tabela 7).

Quanto aos idosos, houve redução percentual, na faixa de 60 a 69 anos, em 2009 e 2011, e na faixa de 70 a 79 anos, em 2009 e 2012, já na faixa de 80 anos e mais, ocorreu aumento, em praticamente todos os anos (Tabela 7).

A proporção de internações nos idosos, correspondeu a 20,99%, em 2008, 19,68%, em 2009, 20,64%, em 2010, 21,59%, em 2011, e 21,65%, em 2012, sendo que, no período, 20,96% das internações ocorreram nesse grupo populacional (Tabela 7). As faixas etárias de 60 a 79 anos apresentaram redução percentual (Tabela 7).

Em nossos resultados, 55,98% das internações corresponderam aos adultos e 20,96% aos idosos (Tabela 7).

Entre os adultos encontramos: gravidez, parto e puerpério, 10.040 (33,43%) internações; lesões por envenenamento e algumas outras consequências de causas externas, 3.844 (12,80%); doenças do aparelho circulatório, 3.305 (11,00%); e doenças do aparelho digestivo, 2.921 (9,73%) (Tabela 8).

Com relação aos idosos, as principais causas de hospitalização foram: doenças do aparelho circulatório, 3.349 (29,79%) internações; doenças do aparelho respiratório, 1.386 (12,33%); doenças do aparelho digestivo, 1.124 (10,00%); e neoplasias (tumores), 942 (8,38%) (Tabela 8).

As quatro principais causas de internação em idosos corresponderam a 60,50% das internações, enquanto, nos adultos, essas causas responderam a 28,73% (Tabela 8).

Comparando-se as principais causas de internações nos adultos e idosos, as lesões por envenenamento e algumas outras consequências de causas externas passaram da segunda para a quinta posição; as doenças do aparelho circulatório da terceira para

a primeira; as doenças do aparelho digestivo da quarta para a terceira; as doenças do aparelho respiratório da sétima para a segunda e as neoplasias (tumores) da sexta causa para a quarta (Tabela 8).

Tabela 8 – Internações gerais, no período entre 2008 e 2012, de adultos e de idosos. Cotia/SP. 2013

CID10 Capítulos		20-59 anos		>/ 60 anos	
		N	%	N	%
I.	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	618	2,06	493	4,38
II.	Neoplasias (tumores)	1333	4,44	942	8,38
III.	Doenças sangue Órgãos hemat e transt imunitar	153	0,51	70	0,62
IV.	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	332	1,11	301	2,68
V.	Transtornos mentais e comportamentais	686	2,28	74	0,66
VI.	Doenças do sistema nervoso	695	2,31	160	1,42
VII.	Doenças do olho e anexos	338	1,13	681	6,06
VIII.	Doenças do ouvido e da apófise mastoide	66	0,22	8	0,07
IX.	Doenças do aparelho circulatório	3.305	11,00	3.349	29,79
X.	Doenças do aparelho respiratório	1.068	3,56	1.386	12,33
XI.	Doenças do aparelho digestivo	2.921	9,73	1.124	10,00
XII.	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	800	2,66	265	2,36
XIII.	Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	646	2,15	180	1,60
XIV.	Doenças do aparelho geniturinário	1.719	5,72	841	7,48
XV.	Gravidez, parto e puerpério	10.040	33,43	1	0,01
XVI.	Algumas afec originadas no período perinatal	1	0,00	0	0,00
XVII.	Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	77	0,26	13	0,12
XVIII.	Sint sinais e achad anorm ex clin e laborat	652	2,17	311	2,77
XIX.	Lesões enven e alg out conseq causas externas	3844	12,80	901	8,01
XX.	Causas externas de morbidade e mortalidade	3	0,01	22	0,20
XXI.	Contatos com serviços de saúde	738	2,46	121	1,08
Total		30.035	100	11.243	100

Fonte: SIH-SUS

A proporção de internações por DCNT, doenças do aparelho circulatório, neoplasias (tumores) e doenças respiratórias, aumentou, consideravelmente, nos idosos, em relação às faixas etárias mais jovens e às demais causas (Tabela 8).

5.4 AS ICSAP

5.4.1 Resultados mensais e anuais

Houve 53.647 internações, como exposto anteriormente, sendo que, excetuando-se as 6.971 internações devido aos partos, ocorreram 46.676 e, dessas, 7.753 por CSAP, o que elevou a sua proporção de 14,45%, considerando os partos, para 16,61%, desconsiderando esse evento (Tabela 9).

Tabela 9 – Panorama das internações, no período de 2008 a 2012. Cotia/SP. 2013

Ano	IG		Partos		IG, sem partos		ICSAP		DC	
	N		N	%	N		N	%	N	%
2008	4.868		410	8,42	4.458		706	15,84	3.752	77,07
2009	10.714		1.381	12,89	9.333		1.721	18,44	7.612	71,05
Variação % 2009-2008				236,83				143,77		102,88
2010	12.022		1.648	13,71	10.374		1.642	15,83	8.732	72,63
Variação % 2010-2009				19,33				-4,59		14,71
2011	12.717		1.753	13,78	10.964		1.840	16,78	9.124	71,75
Variação % 2011-2010				6,37				12,06		4,49
2012	13.326		1.779	13,35	11.547		1.844	15,97	9.703	72,81
Variação % 2012-2011				1,48				0,22		6,35
Total	53.647		6.971	12,99	46.676		7.753	16,61	38.923	72,55
Variação % 2012-2008				333,90				161,19		158,61

Fonte: SIH-SUS

Legenda:

IG: Internações gerais;

DC: Demais Causas, desconsiderando os partos e ICSAP;

ICSAP: internações por essa causa, desconsiderando os partos.

Na análise anual das ICSAP, houve redução, em termos absolutos, em 2010, e proporcional, em 2010 e 2012. A maior proporção e aumento de ICSAP ocorreram em 2009. Em termos absolutos, as ICSAP vêm aumentando em praticamente todos os anos, acompanhando as internações gerais (Tabelas 3, 9).

As internações devido às demais causas apresentaram aumento, em termos absolutos, em todos os anos do estudo, acompanhando as internações gerais (Tabela 9).

Em síntese, em 2008, ocorreu a maior proporção de internações por demais causas e, em 2009, por CSAP (Tabela 9).

O perfil das internações, em todo período, mostrou aumento, primeiramente, relacionado às CSAP (161,19%), seguidas pelas demais causas (158,61%) (Tabela 9).

Houve aumento expressivo nas taxas de internações por todas as causas, em 2009, com pouca variação no período, sendo o crescimento mais importante, decorrente das internações por demais causas, pois abrange mais agravos do que a lista de ICSAP. Já as taxas de ICSAP aumentaram a partir de 2009 (Figura 8).

Figura 8 – Taxa de internações por ICSAP e demais causas, no período de 2008 a 2012. Cotia/SP. 2013

Fonte: SIH-SUS;

Dados populacionais: estimativas populacionais do IBGE (2008, 2009, 2011 e 2012) e censo 2010.

Na análise mensal do número de ICSAP, houve aumento importante, em novembro de 2008 (221 internações), em março de 2009 (286 internações), em julho, setembro e novembro de 2010 (159, 169 e 157 internações), em outubro de 2011 (208 internações) e em março (191 internações) e maio (195 internações) de 2012 (Apêndices 4A, 4B, 4C, 4D, 4E).

Com exceção do pico de setembro de 2010, os demais corresponderam aos que ocorreram nas internações gerais no HRC (Apêndices 1A, 1B, 1C, 1D, 1E, 4A, 4B, 4C, 4D, 4E).

Em 2011, em janeiro, o número absoluto dessas internações apresentou crescimento importante (Apêndices 4D).

Entre julho e setembro do mesmo ano, houve redução das internações (Apêndice 4D).

Durante o ano de 2011, houve oscilação das ICSAP, com maiores quantitativos, em outubro e novembro (Apêndice 4D).

Em 2012, a quantidade de ICSAP foi maior em grande parte do primeiro semestre, especialmente em março, abril e maio (Apêndice 4E).

No segundo semestre, houve redução do número de ICSAP, sem maiores oscilações nos últimos meses (Apêndice 4E).

5.4.2 Segundo instituição hospitalar

O HRC apresentou aumento, em praticamente todo o período, sendo mais evidente em 2009 (344,10%), e redução somente em 2010 (2,11%) (Tabela 10).

No HGC, houve aumento nessas internações, somente em 2009 (33,85%), e redução nos demais anos (Tabela 10). A maior proporção de ICSAP nesse hospital, ocorreu em 2008 (18,41%) (Tabelas 3, 10).

No período, houve aumento de 405,21% das ICSAP, no HRC, e redução de 38,46%, no HGC (Tabela 10).

Tabela 10 – ICSAP por hospital, no período de 2008 a 2012. Cotia/SP. 2013

Ano/Hospital	HRC		HGC		Município	
	N	%	N	%	N	%
2008	288	40,79	130	18,41	706	100
2009	1.279	74,32	174	10,11	1.721	100
Variação % 2009-2008		344,10		33,85		143,8
2010	1.252	76,25	127	7,73	1.642	100
Variação % 2010-2009		-2,11		-27,01		-4,6
2011	1.423	77,34	110	5,98	1.840	100
Variação % 2011-2010		13,66		-13,39		12,1
2012	1.455	78,90	80	4,34	1.844	100
Variação % 2012-2011		2,25		-27,27		0,22
Total	5.697	73,48	621	8,01	7.753	100
Variação % 2012-2008		405,21		-38,46		161,2

Fonte: SIH-SUS

No HRC, o aumento de sete leitos de clínica geral, em agosto de 2011, e de cinco de urgência geral e três de repouso/observação do ambulatório, em setembro de 2011 (Brasil, 2013b), pode ter sido uma das causas de incremento de ICSAP em outubro do mesmo ano (Apêndice 4D); e o aumento de cinco leitos de urgência geral, em abril de 2012 (Brasil, 2013b), pode estar relacionado ao pico de maio de 2012 (Apêndice 4E).

5.4.3 Segundo sexo

No período, ocorreram 3.888 (50,15%) ICSAP, no sexo masculino, e 3.865 (49,85%), no feminino.

As ICSAP aumentaram 133,69% nos homens e 192,17% nas mulheres, mostrando maior aumento no sexo feminino (Tabela 11).

Em termos absolutos, as ICSAP aumentaram, em praticamente todo o período, em ambos os sexos, exceto em 2010 e 2012, no sexo masculino, e, em 2010, no sexo feminino (Tabela 11). A redução nas ICSAP, em 2010, ocorreu de forma mais pronunciada no sexo masculino (Tabela 11).

Tabela 11 – ICSAP por sexo, no período de 2008 a 2012. Cotia/SP. 2013

Ano	ICSAP no município				
	Masc		Fem		Total
	N	%	N	%	N
2008	374	52,97	332	47,03	706
2009	891	51,77	830	48,23	1.721
Variação % 2009-2008		138,24		150,00	
2010	819	49,88	823	50,12	1.642
Variação % 2010-2009		-8,08		-0,84	
2011	930	50,54	910	49,46	1.840
Variação % 2011-2010		13,55		10,57	
2012	874	47,40	970	52,60	1.844
Variação % 2012-2011		-6,02		106,59	
Total	3.888	50,15	3.865	49,85	7.753
Variação % 2012-2008		133,69		192,17	

Fonte: SIH-SUS

As ICSAP predominaram nos homens, exceto em 2010, quando as proporções praticamente se igualaram, e, em 2012, quando houve inversão dessas internações (Tabela 11).

Com relação à taxa de internação, no período, foi superior nos homens, 81,13 internações por 10 mil habitantes, contra 77,73 por 10 mil habitantes nas mulheres (Figura 9).

Figura 9 – Taxa de ICSAP por sexo, no período de 2008 a 2012. Cotia/SP. 2013

Fonte: SIH-SUS; Censo 2010 e estimativa populacional 2008, 2009, 2011 e 2012.

5.4.4 Segundo faixa etária

As faixas etárias que mais internaram por CSAP foram: dos 50 a 59 anos, 1.396 (18,01%) internações; seguida pela de 60 a 69 anos, 1.276 (16,46%); de 70 a 79 anos, 1.149 (14,82%); de 80 anos e mais, 885 (11,41%); e de 40 a 49 anos, 734 (9,47%) (Tabela 12).

As que apresentaram menor participação proporcional nas ICSAP foram: de 10 a 14 anos, 165 (2,13%) internações; de cinco a nove anos, 217 (2,80%); e de 15 a 19 anos, 223 (2,88%) (Tabela 12).

Tabela 12 – ICSAP por faixa etária, no período de 2008 a 2012. Cotia/SP. 2013

Faixa etária	2008		2009		2010		2011		2012		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
< 1	31	4,39	77	4,47	66	4,02	89	4,84	92	4,99	355	4,58
1 a 4	37	5,24	96	5,58	91	5,54	73	3,97	91	4,93	388	5,00
5 a 9	24	3,40	51	2,96	54	3,29	40	2,17	48	2,60	217	2,80
10 a 14	16	2,27	32	1,86	32	1,95	39	2,12	46	2,49	165	2,13
15 a 19	24	3,40	48	2,79	43	2,62	47	2,55	61	3,31	223	2,88
20 a 29	38	5,38	121	7,03	115	7,00	120	6,52	102	5,53	496	6,40
30 a 39	49	6,94	107	6,22	81	4,93	115	6,25	117	6,34	469	6,05
40 a 49	71	10,06	180	10,46	157	9,56	160	8,70	166	9,00	734	9,47
50 a 59	154	21,81	288	16,73	305	18,57	332	18,04	317	17,19	1396	18,01
60 a 69	93	13,17	279	16,21	258	15,71	321	17,45	325	17,62	1276	16,46
70 a 79	107	15,16	235	13,65	250	15,23	292	15,87	265	14,37	1149	14,82
80 e mais	62	8,78	207	12,03	190	11,57	212	11,52	214	11,61	885	11,41
Total	706	100	1.721	100	1.642	100	1.840	100	1.844	100	7.753	100

Fonte: SIH-SUS

Olhando as crianças, na faixa etária de um a quatro anos, houve maior proporção de ICSAP, de 2008 a 2010, e nos menores de um ano, em 2011 e 2012 (Tabela 12).

As internações nas faixas etárias relacionadas aos adultos correspondeu a 44,19%, em 2008, 40,44%, em 2009, 40,06%, em 2010, 39,51%, em 2011, e 38,06%, em 2012, sendo, no período, igual a 39,93% (Tabela 12).

Ainda, com relação aos adultos, houve maior proporção nas internações acima de 40 anos, especialmente na faixa etária de 50 a 59 anos (Tabela 12).

A proporção de ICSAP dos idosos correspondeu a 37,11%, em 2008, 41,89%, em 2009, 42,51%, em 2010, 44,84%, em 2011, e 43,60%, em 2012, sendo que, no período, 42,69% das internações ocorreram nesse grupo populacional (Tabela 12).

Com exceção do ano de 2008, quando a maior proporção de ICSAP nos idosos foi devido à faixa de 70 a 79 anos, nos demais anos, a faixa de 60 a 69 anos predominou nessas internações (Tabela 12).

As faixas de 60 a 69 anos e de 80 anos e mais foram as que apresentaram maior aumento proporcional das internações (Tabela 12).

Houve pequena redução proporcional nas ICSAP, em 2010, nas faixas etárias de 60 a 69 anos e de 80 anos e mais (Tabela 12).

Quanto às taxas de ICSAP, a maior ocorrência dessas hospitalizações esteve nos extremos das idades, sendo mais elevada em menores de um ano, apresentando tendência de queda de um a quatro anos, ascendendo a partir dos 40 anos. As maiores taxas de ICSAP, em todos os anos de estudo, foram identificadas após os 60 anos (Figura 10).

Figura 10 – Taxas de ICSAP por faixa etária, no período de 2008 a 2012. Cotia/SP. 2013

Fonte: SIH-SUS

5.4.5 Segundo grupos de diagnósticos

As principais porcentagens, por grupos de ICSAP, foram: doenças cerebrovasculares, 1.315 (16,96%) internações; insuficiência cardíaca, 1.202 (15,50%); hipertensão, 837 (10,80%); infecção do rim e trato urinário, 815 (10,51%); doenças pulmonares, 532 (6,86%); e diabetes mellitus, 488 (6,29%). A soma dessas causas correspondeu a 66,92% das internações (Tabela 13).

As taxas de ICSAP acompanharam esse mesmo perfil de causas de internação (Tabela 14).

As doenças cerebrovasculares, a insuficiência cardíaca, a hipertensão e a angina, que são doenças do aparelho circulatório, corresponderam a 48,10% das internações (Tabela 13).

A angina *pectoris* e as gastroenterites infecciosas apresentaram baixa frequência de internações (Tabela 13).

As pneumonias bacterianas apresentaram proporção baixa de internação (1,70%) (Tabela 13).

No período, as doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis corresponderam apenas a 0,67% das ICSAP, proporção superior à da anemia e das deficiências nutricionais (Tabela 13).

Tabela 13 – Internações por grupo de CSAP, no período de 2008 a 2012. Cotia/SP. 2013

ICSAP	Total	
	N	%
Doenças preveníveis p/imuniz.e cond.sensíveis	52	0,67
Gastroenterites Infeciosas e complicações	323	4,17
Anemia	20	0,26
Deficiências Nutricionais	47	0,61
Infecções de ouvido,nariz e garganta	140	1,81
Pneumonias bacterianas	132	1,70
Asma	236	3,04
Doenças Pulmonares	532	6,86
Hipertensão	837	10,80
Angina	375	4,84
Insuficiência cardíaca	1202	15,50
Doenças Cerebrovasculares	1315	16,96
Diabetes Mellitus	488	6,29
Epilepsias	339	4,37
Infecção do rim e trato urinário	815	10,51
Infecção da pele e tecido subcutâneo	376	4,85
Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	135	1,74
Úlcera gastrointestinal	138	1,78
Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	251	3,24
Total	7753	100

Fonte: SIH-SUS

As doenças relacionadas ao pré-natal e parto corresponderam a 3,24% das internações (Tabela 13).

No ano de 2008, houve proporção mais elevada das internações por doenças cerebrovasculares, especialmente em fevereiro e de abril a novembro (Apêndice 4A).

A reabertura do HRC, em novembro de 2008, ampliou o acesso a internações, que não refletiu nas doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis e anemia. Além disso, houve baixo número de internação por deficiências nutricionais, infecções de ouvido, nariz e garganta, pneumonias bacterianas e úlcera gastrointestinal, durante todo o período de 2008, e nos anos subsequentes, exceto pelo aumento das pneumonias bacterianas, em 2012 (Apêndice 4A).

Em 2009, houve redução importante das internações por doenças cerebrovasculares, sendo ultrapassadas pela insuficiência cardíaca, em 2010 e 2011 (Figura 11).

Em 2008, 2009 e 2012, as doenças cerebrovasculares estiveram na primeira posição nas internações (Figura 11), porém, chamou atenção que, no último ano, a despeito do HGC ser referência na especialidade, essas hospitalizações estavam concentradas no HRC, com 54,77% (Brasil, 2013e).

A internação por doenças cerebrovasculares apresentou redução importante, de 2008 para 2012 (Figura 11).

A internação por hipertensão arterial apresentou discreta redução, de 2008 a 2012, com pico em 2009 (Figura 11).

Houve aumento das internações por doenças relacionadas ao pré-natal e parto, em maio, e doença inflamatória dos órgãos pélvicos femininos, em junho de 2011 (Apêndice 4D) e por infecção no rim e trato urinário, em 2012 (Figura 11).

Na análise anual, as doenças relacionadas ao pré-natal e parto tiveram maior proporção de ICSAP, em 2009 e 2010, diminuindo em 2011 e, mais expressivamente, em 2012 (Figura 11).

Entre 2008 e 2012, a proporção das internações por doenças relacionadas ao pré-natal e parto apresentou aumento (Figura 11).

Quanto às doenças respiratórias, em 2010 e 2012, ocorreu aumento das doenças pulmonares e das pneumonias bacterianas (Figura 11).

Já a asma apresentou redução na hospitalização, especialmente a partir de 2011 (Figura 11).

Figura 11 – Proporção das internações por grupo de CSAP, no período de 2008 a 2012. Cotia/SP. 2013

Fonte: SIH-SUS

Houve aumento da maioria dos diagnósticos que compõem a lista de ICSAP, em janeiro de 2011 (Apêndices 4C, 4D).

Os resultados apontaram para o incremento das internações por pneumonias bacterianas e redução das doenças cerebrovasculares (Figura 11).

Nossos achados mostraram, ainda, diminuição na proporção de internações por gastroenterites infecciosas e complicações, asma, hipertensão, angina, doenças cerebrovasculares e epilepsias e aumento nas internações por infecções de ouvido, nariz e garganta, entre 2008 e 2012 (Figura 11).

Não houve alteração nas internações por diabetes mellitus em todo o período (Figura 11).

Observamos que não houve sazonalidade nas internações, principalmente aumento das gastroenterites infecciosas, no verão, e das doenças respiratórias, hipertensão e doenças cerebrovasculares, no inverno (Apêndices 4A, 4B, 4C, 4D e 4E).

Tabela 14 – Taxa de ICSAP, no período de 2008 a 2012. Cotia/SP. 2013

ICSAP	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Doenças preveníveis p/immuniz.e cond.sensíveis	0,22	0,27	0,80	0,93	0,38	0,53
Gastroenterites Infecciosas e complicações	1,95	3,74	3,38	3,90	3,44	3,31
Anemia	0,11	0,33	0,20	0,19	0,19	0,20
Deficiências Nutricionais	0,28	0,66	0,20	0,83	0,43	0,48
Infecções de ouvido, nariz e garganta	0,45	2,47	1,49	1,12	1,63	1,43
Pneumonias bacterianas	0,45	0,82	1,14	1,12	3,01	1,35
Asma	1,40	3,52	2,93	1,95	2,30	2,42
Doenças Pulmonares	2,01	4,56	5,67	6,24	8,18	5,45
Hipertensão	4,19	13,35	8,35	8,38	8,56	8,57
Angina	2,46	4,28	2,73	5,51	4,07	3,84
Insuficiência cardíaca	4,58	15,60	13,47	15,50	11,82	12,31
Doenças Cerebrovasculares	9,94	16,15	13,32	14,23	13,54	13,47
Diabetes Melitus	2,46	5,22	5,32	6,14	5,55	5,00
Epilepsias	1,67	4,45	5,07	3,31	2,77	3,47
Infecção do rim e trato urinário	3,52	7,69	7,76	9,70	12,30	8,35
Infecção da pele e tecido subcutâneo	1,23	4,83	4,33	4,92	3,73	3,85
Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	0,78	1,76	0,94	1,61	1,77	1,38
Úlcera gastrointestinal	0,67	1,32	1,39	1,51	2,06	1,41
Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	1,06	3,52	3,13	2,58	2,49	2,57
Total	39,42	94,54	81,63	89,69	88,22	79,40

Fonte: SIH-SUS

Como esperado, a partir de 2009, ocorreu aumento da taxa de ICSAP da maioria dos grupos que compõem a lista (Tabela 14).

5.4.6 Segundo faixa etária e sexo

Na faixa etária igual ou inferior a um ano, as principais causas de ICSAP no sexo masculino foram: doenças pulmonares (47,83%); gastroenterites infecciosas e complicações (13,04%); asma (9,66%); epilepsias (8,21%) e infecção no rim e trato urinário (7,25%). No sexo feminino, as principais causas foram: doenças pulmonares (45,27%); infecção no rim e trato urinário (20,27%); gastroenterites infecciosas e complicações (11,49%); infecção da pele e tecido subcutâneo (6,08%) e asma (4,73%) (Tabela 15).

Na análise anual, comparando-se os sexos, encontramos que as gastroenterites infecciosas e complicações apresentaram poucas variações no período, sendo maior no sexo masculino, exceto em 2010 (Tabela 15).

As internações por deficiências nutricionais foram mais presentes no sexo feminino, em praticamente todo o período, sendo que em 2010 e 2012 não houve registro dessas causas (Tabela 15).

Houve internações por pneumonias bacterianas, somente no sexo feminino, em 2010, e sem maiores alterações entre os sexos, nos anos seguintes (Tabela 15).

As porcentagens de internação por asma foram expressivamente maiores, no sexo masculino, ao longo de todo o período (Tabela 15).

As doenças pulmonares ocuparam a primeira posição nas internações, em todo o período, em ambos os sexos, sendo superiores nos meninos, em 2009, 2010 e 2011 (Tabela 15).

A insuficiência cardíaca foi mais presente no sexo feminino, com baixa proporção de internação (Tabela 15).

As internações por epilepsias foram mais prevalentes no sexo masculino, exceto em 2010 (Tabela 15).

Tabela 15 – ICSAP, segundo sexo, na faixa etária igual ou inferior a um ano, no período de 2008 a 2012. Cotia/SP. 2013

ICSAP	2008		2009		2010		2011		2012		Total	
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
1	0,00	0,00	0,00	3,45	0,00	0,00	0,00	0,00	1,82	0,00	0,48	0,68
2	14,29	10,00	10,42	10,34	12,50	19,23	11,63	10,87	16,36	8,11	13,04	11,49
3	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,33	0,00	0,00	0,00	0,48	0,00
4	4,76	0,00	0,00	3,45	0,00	0,00	0,00	2,17	0,00	0,00	0,48	1,35
5	4,76	10,00	0,00	3,45	10,00	0,00	4,65	2,17	10,91	2,70	6,28	2,70
6	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,85	2,33	2,17	1,82	2,70	0,97	2,03
7	19,05	0,00	10,42	6,90	15,00	11,54	6,98	4,35	3,64	0,00	9,66	4,73
8	23,81	30,00	45,83	31,03	37,50	30,77	62,79	56,52	54,55	56,76	47,83	45,27
11	0,00	10,00	0,00	3,45	0,00	3,85	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,03
12	0,00	0,00	2,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,48	0,00
13	4,76	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,48	0,00
14	14,29	0,00	18,75	6,90	5,00	7,69	4,65	0,00	1,82	0,00	8,21	2,70
15	9,52	30,00	8,33	17,24	12,50	19,23	2,33	19,57	5,45	21,62	7,25	20,27
16	4,76	10,00	4,17	13,79	7,50	3,85	2,33	0,00	0,00	8,11	3,38	6,08
19	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,17	3,64	0,00	0,97	0,68
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: SIH-SUS

Legenda: 1. Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis; 2. Gastroenterites Infeciosas e complicações; 3. Anemia; 4. Deficiências nutricionais; 5. Infecções de ouvido, nariz e garganta; 6. Pneumonias bacterianas; 7. Asma; 8. Doenças pulmonares; 11. Insuficiência cardíaca; 12. Doenças cerebrovasculares; 13. Diabetes mellitus; 14. Epilepsias; 15. Infecção no rim e trato urinário; 16. Infecção da pele e tecido subcutâneo; 19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto.

As internações por infecção no rim e trato urinário foram muito superiores no sexo feminino (Tabela 15).

Ocorreram apenas duas internações referentes às doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis, em 2009, no sexo feminino, e, em 2012, no masculino, ambas devido à coqueluche (Brasil, 2013e).

As internações por pneumonias bacterianas ocuparam a sétima causa (Tabela 15).

Na faixa etária de um a quatro anos, destacaram-se as seguintes ICSAP no sexo masculino: asma (26,58%); gastroenterites infecciosas e complicações (15,32%); infecções de ouvido, nariz e garganta (13,96%); infecção da pele e tecido subcutâneo (12,61%) e doenças pulmonares (11,71%). No sexo feminino, as principais causas foram: asma (18,67%); gastroenterites infecciosas e complicações (15,66%); infecção no rim e trato urinário (15,06%); infecção da pele e tecido subcutâneo (13,86%) e doenças pulmonares (11,45%) (Tabela 16).

Tabela 16 – Distribuição percentual das ICSAP, segundo sexo, na faixa etária de um a quatro anos, no período de 2008 a 2012. Cotia/SP. 2013

ICSAP	2008		2009		2010		2011		2012		Total	
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem
1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,44	0,00	0,00	0,00	2,38	0,00	1,20
2	32,00	25,00	11,86	8,11	16,00	17,07	12,82	14,71	12,24	19,05	15,32	15,66
5	4,00	0,00	15,25	16,22	2,00	7,32	23,08	8,82	22,45	11,90	13,96	10,24
6	0,00	0,00	3,39	8,11	4,00	2,44	0,00	8,82	8,16	4,76	3,60	5,42
7	28,00	50,00	25,42	21,62	38,00	12,20	15,38	17,65	24,49	14,29	26,58	18,67
8	8,00	0,00	11,86	8,11	10,00	14,63	15,38	8,82	12,24	16,67	11,71	11,45
11	0,00	0,00	1,69	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,90	0,00
12	0,00	0,00	1,69	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,45	0,00
13	0,00	0,00	0,00	0,00	4,00	2,44	0,00	0,00	0,00	0,00	0,90	0,60
14	4,00	0,00	6,78	16,22	12,00	7,32	7,69	5,88	8,16	4,76	8,11	7,83
15	16,00	25,00	6,78	8,11	2,00	17,07	5,13	17,65	2,04	14,29	5,41	15,06
16	8,00	0,00	15,25	13,51	8,00	17,07	20,51	17,65	10,20	11,90	12,61	13,86
18	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,45	0,00
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: SIH-SUS

Legenda: 1. Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis; 2. Gastroenterites Infecciosas e complicações; 5. Infecções de ouvido, nariz e garganta; 6. Pneumonias bacterianas; 7. Asma; 8. Doenças pulmonares; 11. Insuficiência cardíaca; 12. Doenças cerebrovasculares; 13. Diabetes mellitus; 14. Epilepsias; 15. Infecção no rim e trato urinário; 16. Infecção da pele e tecido subcutâneo; 18. Úlcera gastrointestinal.

A análise anual das causas de ICSAP, mostrou que houve apenas duas internações por doenças preveníveis por imunização no sexo feminino, sendo uma, em 2010, e outra, em 2012, por ascaridíase (Brasil, 2013e).

Ao contrário das internações em menores de um ano, as gastroenterites infecciosas e complicações foram superiores no sexo feminino, em praticamente todo o período (Tabelas 15, 16).

As internações por infecção de ouvido, nariz e garganta, em 2008, e, especialmente, em 2011 e 2012, estiveram associadas ao sexo masculino (Tabela 16).

Houve oscilações nas internações por pneumonias bacterianas entre os sexos, sem registro em 2008 (Tabela 16).

Com exceção dos anos de 2008 e 2011, as internações por asma predominaram nos meninos, sendo muito superiores, em 2010 e 2012. Nessa faixa etária, os resultados praticamente duplicam, quando comparados aos menores de um ano (Tabelas 15, 16).

Houve redução expressiva das internações por doenças pulmonares, em ambos os sexos, no período, quando comparadas aos menores de um ano (Tabelas 15, 16).

A proporção de doenças respiratórias foi superior na faixa etária menor de um ano, sendo que a soma de pneumonia bacteriana, asma e doenças pulmonares correspondeu a mais da metade das internações, em ambos os sexos (58,46%, no sexo masculino, e 52,03%, no feminino) (Tabela 15), já na faixa de um a quatro anos, a soma dessas causas correspondeu a 41,89% das internações, no sexo masculino, e a 35,54%, no feminino (Tabela 16).

As crianças do sexo masculino foram mais frequentemente internadas por doenças respiratórias do que as do feminino (Tabelas 15, 16).

As internações por doenças cerebrovasculares e insuficiência cardíaca estiveram presentes apenas no sexo masculino, apresentando baixa proporção de internação. O mesmo se aplica às

internações por diabetes mellitus, ocorridas em 2010, para ambos os sexos (Tabela 16).

Quanto às internações por epilepsias, da mesma forma que nos menores de um ano, foram mais prevalentes no sexo masculino, exceto em 2009 (Tabelas 15, 16).

As internações por infecções no rim e trato urinário foram mais prevalentes nas meninas, em todos os anos de estudo, da mesma forma que nos menores de um ano (Tabelas 15, 16).

As internações por infecção da pele e tecido subcutâneo apresentaram pouca diferença entre meninos e meninas, exceto em 2010, quando foi mais prevalente no sexo feminino (Tabela 16).

Ocorreu baixa proporção de internação por úlcera gastrointestinal, com registro somente em 2010, no sexo masculino (Tabela 16).

Na faixa de um a quatro anos, não houve internação por anemia, deficiências nutricionais e doenças relacionadas ao pré-natal e parto (Tabela 16).

Nas faixas etárias de zero a quatro anos, não houve internação por hipertensão, angina e doenças inflamatórias dos órgãos pélvicos femininos. Além disso, a quantidade de internações por insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares e diabetes mellitus foi baixíssima, pulverizada ao longo dos anos (Tabelas 15, 16).

Quanto às faixas etárias acima de 60 anos, as principais ICSAP, no sexo masculino, foram: as doenças cerebrovasculares (27,54%); a insuficiência cardíaca (20,91%); a hipertensão (14,22%); a infecção no rim e trato urinário (7,53%) e as doenças pulmonares (7,17%). No sexo feminino, as principais causas foram a insuficiência cardíaca (27,38%); as doenças cerebrovasculares (17,73%); a hipertensão (14,91%); a infecção no rim e trato urinário (10,09%) e o diabetes mellitus (7,03%) (Tabela 17).

Em ambos os sexos, as internações por doenças imunopreveníveis e condições sensíveis mantiveram baixa frequência, sendo que, no período, ocorreram apenas dois casos,

um em 2009, no sexo masculino, e outro, em 2011, no feminino, ambos devido à tuberculose pulmonar (Brasil, 2013e).

Tabela 17 – Distribuição percentual das ICSAP, segundo sexo, nas faixas etárias acima de 60 anos, no período de 2008 a 2012. Cotia/SP. 2013

ICSAP	2008		2009		2010		2011		2012		Total	
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem
1	0,00	0,00	0,26	0,00	0,00	0,00	0,00	0,25	0,00	0,00	0,06	0,06
2	0,65	3,67	1,53	2,73	1,75	1,97	3,36	3,43	2,16	1,85	2,09	2,57
3	1,31	0,00	0,26	0,61	0,00	0,28	0,48	0,00	0,27	0,23	0,36	0,24
4	0,65	0,00	1,02	0,61	0,29	0,00	0,96	0,25	1,08	0,46	0,84	0,31
5	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,27	0,00	0,06	0,00
6	1,96	0,92	0,26	0,30	1,17	0,84	0,96	0,49	2,70	3,23	1,31	1,28
7	0,65	0,92	0,77	1,52	0,00	1,97	0,48	0,00	0,81	0,46	0,54	0,92
8	5,88	7,34	2,56	4,85	9,06	7,02	8,15	3,43	9,70	8,31	7,17	6,05
9	14,38	19,27	18,67	20,61	13,16	14,61	12,23	12,25	12,67	12,24	14,22	14,91
10	4,58	10,09	6,39	5,15	3,22	3,37	7,19	6,37	6,74	4,62	5,85	5,26
11	13,73	24,77	21,48	30,61	23,39	26,97	25,18	30,15	16,17	23,33	20,91	27,38
12	43,79	22,02	30,95	13,33	26,90	15,17	21,82	18,38	24,26	21,48	27,54	17,73
13	3,92	6,42	5,37	5,15	6,14	8,99	5,52	8,82	4,58	5,31	5,26	7,03
14	1,96	0,00	1,02	0,61	4,09	2,53	1,68	3,19	1,08	0,92	1,91	1,71
15	3,27	2,75	5,12	8,18	5,85	12,64	8,63	8,09	12,13	13,16	7,53	10,09
16	1,96	0,92	3,32	4,24	2,63	3,09	2,40	3,68	2,70	2,77	2,69	3,24
17	0,00	0,00	0,00	0,30	0,00	0,00	0,00	0,49	0,00	0,23	0,00	0,24
18	1,31	0,92	1,02	1,21	2,34	0,56	0,96	0,74	2,70	1,39	1,67	0,98
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: SIH-SUS

Legenda: 1. Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis; 2. Gastroenterites Infeciosas e complicações; 3. Anemia; 4. Deficiências nutricionais; 5. Infecções de ouvido, nariz e garganta; 6. Pneumonias bacterianas; 7. Asma; 8. Doenças pulmonares; 9. Hipertensão; 10. Angina; 11. Insuficiência cardíaca; 12. Doenças cerebrovasculares; 13. Diabetes mellitus; 14. Epilepsias; 15. Infecção no rim e trato urinário; 16. Infecção da pele e tecido subcutâneo; 17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos; 18. Úlcera gastrointestinal.

As gastroenterites infecciosas e complicações apresentaram baixa frequência, em ambos os sexos, discretamente superior no feminino, em todos os anos, exceto 2012 (Tabela 17).

A anemia, as deficiências nutricionais e a asma também apresentaram baixa frequência de ICSAP, no período. As infecções de ouvido, nariz e garganta geraram internação nos idosos somente em 2012, no sexo masculino (Tabela 17).

As pneumonias bacterianas apresentaram maior frequência em 2012, com pouca diferença entre os sexos (Tabela 17), ano em que ocorreu pico de internação por essas causas, em todas as faixas etárias (Figura 11).

As internações por doenças pulmonares tiveram sua proporção reduzida, em 2009, e maior proporção, em 2010 e 2012, para ambos os sexos, anos em que houve pico dessas internações, em todas as faixas etárias (Figura 11). As porcentagens de internação foram semelhantes entre os sexos, em praticamente todos os anos (Tabela 17).

Quanto à hipertensão, a proporção das internações foi superior, no sexo feminino, especialmente em 2008 e 2009 (Tabela 17).

A angina apresentou baixa proporção de internação, sem muitas diferenças entre os sexos (Tabela 17).

As internações por insuficiência cardíaca foram mais prevalentes no sexo feminino, em todo o período, especialmente em 2008, 2009 e 2012 (Tabela 17).

Já as doenças cerebrovasculares predominaram nos idosos do sexo masculino, sendo mais evidentes de 2008 a 2010 (Tabela 17).

As internações por diabetes mellitus foram superiores no sexo feminino, em praticamente todos os anos (Tabela 17).

As epilepsias apresentaram frequência mais baixa de internação do que nas crianças (Tabelas 15, 16, 17), exceto em 2010, especialmente no sexo masculino, ano em que houve pico dessas internações, em todas as faixas etárias (Figura 11).

As internações por infecção no rim e trato urinário apresentaram maior frequência nas mulheres, mais elevadas, em 2009 e 2010, porém, aumentaram nos homens, quando comparados às faixas etárias das crianças (Tabelas 15, 16 e 17).

A infecção da pele e do tecido subcutâneo apresentou pouca diferença entre os sexos e baixa proporção de internação (Tabela 17).

Houve baixa frequência de internação por doença inflamatória dos órgãos pélvicos femininos (Tabela 17).

As internações por úlcera gastrointestinal foram mais prevalentes nos homens, exceto 2009 (Tabela 17).

As internações por insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares, doenças pulmonares, diabetes mellitus, hipertensão e angina corresponderam a 81,54% das internações, no sexo masculino, e a 78,36%, no feminino (Tabela 17).

5.4.7 Relação com ESF, sexo e faixa etária

Para estabelecer uma relação estatística entre ICSAP e cobertura populacional de ESF foi realizada a correlação de Pearson (r).

O r da correlação entre ICSAP e a cobertura populacional da ESF foi igual a 0,493. O R^2 linear foi igual a 24,30% (Figura 12).

Figura 12 – Coeficiente de correlação de Pearson para a relação entre as ICSAP com as equipes de ESF, no período de 2008 a 2012. Cotia/SP. 2013

Fonte: ICSAP através do SIH-SUS

Cobertura populacional de ESF através do SIAB

Para verificar se houve relação estatística entre ICSAP e faixa etária e sexo foram realizados o teste Anova e t de Student, respectivamente.

O teste Anova mostrou que houve uma relação de parábola entre as ICSAP e as faixas etárias ($p=0,0001$) (Figura 13).

Figura 13 – Teste Anova para a relação entre as ICSAP com a faixa etária, no período de 2008 a 2012. Cotia/SP. 2013

Fonte: SIH-SUS

Segundo o teste t de Student, o valor de p foi igual a 0,94.

Com relação aos indicadores socioeconômicos, Cotia apresentou melhora na escolaridade, na educação, na porcentagem de extrema pobreza, na renda *per capita* e no Índice de Gini, sendo que a maior parte da população vivia em vulnerabilidade baixíssima, muito baixa ou baixa.

6 Discussão

6 DISCUSSÃO

6.1 O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

As condições sociodemográficas são determinantes das ICSAP, externos às competências da APS, que devem ser considerados na análise dessas interações, como demonstram diversos estudos (**Ansari et al., 2012**; Ansari et al., 2013; Barreto, Nery, Costa, 2012; Cardoso et al., 2013; Elias, Magajewski, 2008; Gusmano et al., 2014; Longman et al., 2011; Pazó et al., 2012; Rehem, Egry, Ciosak, 2013; Rehem, Ciosak, Egry, 2012; Will, Yoon, 2013), motivo pelo qual foram detalhadas neste estudo.

Em todos os anos de estudo, entre os residentes de Cotia, houve predomínio da faixa etária dos adultos, entre 20 a 49 anos (Tabela 1), enquanto que no cenário brasileiro, em 2010, a população predominante foi de 10 a 24 anos, englobando, dessa forma, os jovens e adultos, o que demonstrou tendência ao envelhecimento, em Cotia (IBGE, 2010).

Com relação às crianças de zero a quatro anos, Cotia apresentou porcentagem de 7,45%, em 2010 (Tabela 1), pouco superior ao valor de 7,3%, evidenciado, no mesmo ano, no Brasil (IBGE, 2010).

Olhando para os idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, a porcentagem, em Cotia, em 2010, foi de 8,08% (Tabela 1), inferior aos 11% apontados no Brasil (IBGE, 2010).

Estes dados mostraram que na transição demográfica e epidemiológica que vem ocorrendo em Cotia, houve maior porcentagem de residentes crianças e menor de idosos, quando comparado ao cenário nacional (IBGE, 2010).

A redução anual das porcentagens das faixas etárias de um a quatro anos, de cinco a nove anos e de 20 a 29 anos (Tabela 1) pode ter ocorrido devido à mudança de faixa etária, migração para outros municípios ou aumento da mortalidade, sendo uma das causas, as provocadas por fatores externos, devido às rodovias

Regis Bitencourt e Raposo Tavares, principais rotas de acesso à Região dos Mananciais (Região dos Mananciais, 2012).

A maior porcentagem de mulheres residentes no município (Tabela 2) seguiu a tendência nacional, no qual, em 2010, 51% dos residentes eram do sexo feminino (IBGE, 2010).

Quanto ao IPRS, comparando-se com o Estado de São Paulo, Cotia apresentou melhor pontuação na riqueza e inferior na escolaridade, nos dois anos de análise, enquanto que na longevidade apresentou pontuação inferior, em 2008, e a mesma, em 2010 (São Paulo, 2013a).

O IPVS, indicador de famílias expostas a diferentes níveis de vulnerabilidade social, utilizando componentes relacionados à renda, escolaridade e ciclo de vida familiar (São Paulo, 2013a), em 2010, apontou que a maioria da população possuía vulnerabilidade baixíssima, muito baixa e baixa. Apesar disso, importante parcela da população estava em vulnerabilidade alta e muito alta, evidenciando discrepâncias sociais importantes dentro do município.

No Estado de São Paulo, proporção superior ao município de Cotia possuía vulnerabilidade baixíssima, muito baixa e baixa (São Paulo, 2013a), que evidenciou discrepâncias sociais menos importantes no Estado, quando comparado ao município.

Com relação ao IDHM, os índices do município de Cotia acompanharam a tendência do Estado de São Paulo (São Paulo, 2013a).

Vale destacar, ainda, que no *ranking* do IDH dos municípios, que indica a posição ocupada em relação aos demais, localizados no Estado de São Paulo, Cotia passou da 96ª posição, em 1991, para a 66ª, em 2010 (Figura 5), demonstrando melhora importante neste indicador, comparado aos demais municípios.

Os componentes que apresentaram melhora mais importante quanto ao IPRS e ao IPVS foram a escolaridade e a educação, respectivamente, o que é de extrema importância, visto que adultos com escolaridade igual ou inferior à quarta série do ensino

fundamental, apresentaram 50% mais chance de ter uma ICSAP (Fernandes et al., 2009).

Este estudo evidenciou que Cotia possuía bons indicadores socioeconômicos, com melhora na escolaridade, na educação, na porcentagem de extrema pobreza, na renda *per capita* e no Índice de Gini, sendo que a maior parte da população vivia em vulnerabilidade baixíssima, muito baixa ou baixa.

É necessário salientar que a Granja Viana, um bairro de nível socioeconômico diferenciado, pode ter colaborado para a melhoria de alguns indicadores.

Em 2011, a Empresa Paulista de Planejamento Metropolitano publicou, dentre outras características, as sociodemográficas de Unidades de Informações Territorializadas (UIT), do município de Cotia, dividido de acordo com as funções urbanas e os padrões predominantes de uso e ocupação do solo, as características socioeconômicas da população e dos domicílios, em oito UIT, quais sejam: Cotia, Granja Viana, Tijuco Preto, Capueira, Reserva do Morro Grande I e Reserva do Morro Grande II, Caucaia do Alto e Capelinha (São Paulo, 2011b).

Em todas as UIT, a faixa etária predominante foi de 18 a 64 anos e a maioria da população possuía ensino fundamental. Quanto à renda, com exceção da Granja Viana, na qual, para a maioria da população, era superior a 10 salários mínimos, nas demais unidades, predominava até três salários mínimos (São Paulo, 2011b).

Enquanto na Granja Viana, 25,78% da população possuía ensino superior, nas demais UIT essa porcentagem não ultrapassou 7%, chegando ao mínimo de 1,97%, na Reserva do Morro Grande II (São Paulo, 2011b).

6.2 A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA

A organização do sistema de saúde é um dos determinantes externos, que devem ser considerados na análise das ICSAP (Rehem, 2011; Souza, Dias-da-Costa, 2011; Starfield, 2002). Por este motivo, realizou-se a descrição da organização e de acontecimentos no sistema de saúde local de Cotia, que poderiam ter afetado essas interações.

Os programas e protocolos de saúde e as RAS, relevantes para verificar uma possível relação na evolução das ICSAP, não foram disponibilizado pela SMS de Cotia, mesmo após diversas tentativas pessoais e aprovação de um protocolo de autorização por parte da SMS, para a obtenção de documentos acerca da constituição do sistema de saúde. Foi-nos fornecido somente o Plano Diretor, de 2005 a 2008, com a justificativa da não localização dos planos posteriores. Devido a isto, como o período diferia do proposto no estudo, o mesmo não foi totalmente utilizado para a análise, embora tenha merecido algumas considerações.

É provável que o sistema de saúde esteja apresentando problemas em sua gestão e, conseqüentemente, em sua organização, com falhas nas documentações, hipótese reforçada pelo relatório publicado através do Tribunal de Contas de São Paulo, em 2010, com parecer desfavorável na avaliação da Prefeitura de Cotia quanto ao setor saúde (Portal Viva Cotia..., 2012a).

Segundo o Plano Diretor de 2005 a 2008, as UBS e as Unidades de Saúde da Família (USF) deveriam representar a principal porta de entrada para o sistema de saúde. As USF atenderiam todas as necessidades das pessoas que residiam em sua área de abrangência, referenciando os casos que extrapolassem as competências do médico da família para as unidades de especialidades, como Otorrinolaringologia, Neurologia, Neuropediatria, Infectologia, Cardiologia, Dermatologia, Urologia, além dos exames diagnósticos, como Ultrassonografia, Endoscopia

e Colonoscopia e dos centros de reabilitação, ortopédica ou neurológica (Cotia, entre 2005 e 2008).

Apesar dos esforços para que a população utilizasse os serviços de APS como porta de entrada, houve aumento de consultas no PA, evidenciando falhas em reverter a tendência da população na busca por determinados serviços de saúde. Por isso, o município demonstrou interesse em utilizar estratégias para mudança deste quadro (Cotia, entre 2005 e 2008).

A explicitação, ainda, no plano diretor de 2005 a 2008, das internações por sexo e faixa etária evidenciou a preocupação do município em evitar internações, o que vem ao encontro da análise das ICSAP nessa localidade, apontando, através da utilização de uma lista validada para a nossa realidade, quais internações poderiam ser evitadas e estavam ocorrendo por problemas na organização do sistema de saúde.

O recebimento de prêmios pelo controle da tuberculose, um agravo considerado sensível à APS, está relacionado, por exemplo, ao esclarecimento para a população sobre o agravo, ao treinamento dos profissionais de saúde, quanto à importância da notificação e solicitação dos exames complementares, além do controle adequado de todos os doentes em tratamento, e à garantia da vacinação (Cotia, entre 2005 e 2008).

A variação de leitos hospitalares ocorrida no município contribuiu nos resultados das internações, visto que à medida que aumenta a quantidade de leitos, reduzem-se os gastos com as ICSAP, de 55,3%, nos hospitais com menos de 30 leitos, a 36%, nos hospitais de 51 a 100 leitos, caindo para menos de 15,5%, nos hospitais com mais de 200 leitos (Pestana, Mendes, 2004).

De acordo com a Portaria n. 1.101 de 2002, o parâmetro ideal para leitos hospitalares variava de 2,5 a três para cada mil habitantes, sendo que, em 2012, a Região dos Mananciais possuía 1,05 leitos de internação e complementares para cada mil habitantes (Região dos Mananciais, 2012), inferior ao estipulado e

discretamente inferior ao município de Guarulhos, que apresentava, no mesmo ano, 1,5 leito para mil habitantes (Melo, 2014).

Foi demonstrado o quantitativo de unidades (UBS, PA, PS ou policlínicas) em cada período, pois, na análise histórica, não foi possível identificar, através do DATASUS, do CNES e do SIAB, o nome dos serviços de saúde, quando começaram a fazer parte do sistema de saúde e o tipo de atendimento que ofereciam (APS e/ou média e/ou alta complexidade).

Fez-se relevante expor notícias publicadas em jornais locais acerca da organização do sistema de saúde de Cotia, através de uma análise histórica, visto que nos auxiliaria a compreender o acesso da população ao atendimento à saúde e a consequente influência no fluxo de internação.

A Clínica da Família, inaugurada em dezembro de 2009, tinha como foco a prevenção e a qualidade de vida, com o objetivo de oferecer assistência integral aos usuários (Imprensa Cotia..., 2009). Como não possuía registro no CNES, supôs-se que o atendimento oferecido era relacionado às atividades de APS.

A Central de Urgência e Emergência de Cotia, inaugurada em dezembro de 2010, objetivava agrupar, no mesmo espaço físico, todas as atividades voltadas ao atendimento emergencial à população, integrando o espaço com as ambulâncias e moto do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), e as UTI Móveis da cidade. Isso fez com que a população pudesse ser socorrida em local mais próximo, no caso de uma urgência ou emergência (Portal Viva Cotia..., 2010a).

A Clínica da Mulher foi inaugurada em maio de 2011, desenvolvendo atividades no nível ambulatorial, relacionadas à APS e à média complexidade, com atendimento à demanda referenciada. Os consultórios eram destinados à ultrassonografia; colposcopia, sendo feitas, inclusive, pequenas cirurgias; psicologia e assistência social; pré-natal de alto risco; planejamento familiar; mastologia; climatério e sexualidade. As gestantes que fizessem todo o

acompanhamento durante a gravidez ganhariam um *kit* maternidade (Portal Viva Cotia..., 2011), uma forma de incentivo ao pré-natal. Essa inovação no sistema de saúde de Cotia fez com que as mulheres não precisassem se deslocar até o município de São Paulo para realizar esses tipos de tratamentos.

A Policlínica Portão Antonio de Camargo, inaugurada em junho de 2011, era o maior centro de especialidades médicas da região, com atendimento ambulatorial de APS e de média complexidade, para a demanda espontânea e referenciada. Contemplava diversas especialidades, acessíveis aos usuários que tivessem encaminhamento feito pelos médicos que atendiam na ESF ou nas UBS do município. Possuía, ainda, farmácia de alto custo, sala para pequenas cirurgias e consultórios para realização de exames (Granja News..., 2010).

O PS Portão Deolinda Maria Vieira, inaugurado em julho de 2011, possuía atendimento à demanda espontânea, de média complexidade, e visava promover a saúde do cidadão, através de equipe multidisciplinar, treinada para fornecer informações sobre cuidados com a saúde, medidas de prevenção a acidentes e de crises de hipertensão, diabetes, bronquite, asma, alergias e outras DCNT. Integrava a rede de urgência e emergência do município, juntamente com o SAMU e com os demais PS (Cotia Todo Dia..., 2011).

A primeira etapa do plano de ação da Rede Cegonha ocorreu em dezembro de 2011, com o intuito de fortalecer um modelo de atenção, desde o planejamento familiar, confirmação da gravidez, pré-natal, parto, pós-parto, até os dois primeiros anos de vida da criança (Cotia Todo Dia..., 2012a).

A extensa fila de espera para a realização de exames, em janeiro de 2012, foi justificada pela SMS de Cotia, pois os exames eram realizados por laboratórios contratados pelo Estado, sendo que o município enfrentava fila de vagas, juntamente com os demais da

Região dos Mananciais, com cota mensal, relacionada à população adscrita (Cotia Todo Dia..., 2012b).

Em outubro de 2012, ocorreu rompimento do contrato da Prefeitura de Cotia com o Instituto ACQUA – Ação, Cidadania, Qualidade Urbana e Ambiental; com isso, muitos funcionários, dentre eles, médicos e enfermeiros, foram demitidos, precarizando o atendimento (Cotia Todo Dia..., 2012d), com prejuízos na assistência, especialmente, na Clínica da Mulher e na Policlínica do Portão (Portal Viva Cotia..., 2012b), onde o horário de atendimento passou de 24 para 12 horas diárias (Cotia Todo Dia..., 2012e).

O município possuía o Programa Melhor em Casa, que se caracteriza como atenção oferecida no domicílio, formada por ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada às RAS, visando proporcionar ao usuário um cuidado contextualizado à sua cultura, rotina e dinâmica familiar, evitando hospitalizações desnecessárias e diminuindo o risco de infecções (Brasil, 2014).

Com relação às RAS, apesar de sua implantação, estas não foram efetivamente implementadas, de acordo com seus conceitos fundamentais de APS como principal porta de entrada e centro de comunicação das redes, voltada para a integralidade do cuidado e para atenção direcionada às necessidades em saúde da população de determinado território (Brasil, 2011a), mas sim, para o cumprimento de metas.

Através da Central de Regulação de Urgências eram negociadas as internações de urgência, quando se esgotavam as tentativas de contato com os hospitais de referência. As Centrais de Atendimento do SAMU faziam a regulação das vagas de urgência da atenção pré-hospitalar (Região dos Mananciais, 2012).

A Central de Regulação para agendamento ambulatorial realizava marcação de consultas nas especialidades e exames (de referência dentro do município e nos serviços ofertados através de

Sistema Informatizado de vagas por outros municípios) (Região dos Mananciais, 2012).

É necessário haver um sistema de regulação para que a APS se constitua como centro de comunicação das RAS, ordenando fluxos e contrafluxos para os demais níveis do sistema, exceto urgência e emergência, tendo por base os fluxos definidos na PPI, assumindo a responsabilidade pelo encaminhamento do usuário dentro do sistema de saúde (Rehem, 2011).

Apesar das centrais de regulação e dos esforços para que a população valorizasse os serviços da APS, permanecia o desafio, na Região dos Mananciais, de superar a fragmentação do sistema. Somavam-se a isso as problemáticas do fracionamento do cuidado e do gerenciamento hospitalar estadual, dificultando a governabilidade do município no estabelecimento de pactos com esses hospitais (Região dos Mananciais, 2012).

Em Cotia, a APS não se constituiu como porta de entrada preferencial dos usuários, ordenadora de fluxos dentro do sistema de saúde e centro de comunicação das RAS, pois, como ocorre predominantemente no Brasil, o sistema de saúde era fragmentado.

6.3 AS INTERNAÇÕES GERAIS

No período, o crescimento das internações gerais foi muito além do populacional (Tabela 3), assemelhando-se aos achados de Juiz de Fora, Minas Gerais (Rodrigues-Bastos et al., 2013) e de Guarulhos (Melo, 2014), porém, de forma expressivamente menos acentuada, e destoando dos estudos realizados no Estado de São Paulo (Rehem, Egry, 2011) e no Brasil (Dourado et al., 2011), nos quais houve redução nas internações.

Foi realizada análise da variação das internações por prestador, pois o município possuía dois hospitais que ofereciam leitos SUS, o HRC e o HGC.

É provável que o HGC tenha apresentado baixo número e proporção de internações (Tabela 3) por oferecer apenas 80 leitos SUS para referência de usuários com DCNT para toda a RMSP, não se limitando apenas ao município de Cotia.

O HRC apresentou baixa proporção de internações, em 2008, com aumento relevante, a partir de 2009 (Tabela 3), provavelmente, devido ao período de fechamento do HRC, de janeiro a outubro de 2008, já relatado.

Detalharam-se as internações ocorridas no HRC, devido ao maior número ter ocorrido nesse hospital, assim como ao aumento progressivo, em todos os anos de estudo, especialmente em 2009.

O aumento expressivo das internações, em 2009, especialmente em março (Apêndice 1B), poderia estar associado à demanda reprimida pela interrupção nas atividades de internação no HRC, em 2008.

De acordo com a Lei de Roemer (1961, apud Dias-da-Costa et al., 2010, p.362) a oferta da tecnologia em saúde leva ao seu uso, independentemente das necessidades da população. Nesse sentido, em locais onde o acesso estava limitado, um aumento temporário das internações pode ser resultado da melhoria do acesso da população (Alfradique et al., 2009).

Analizou-se a relação do aumento da quantidade de leitos e da abertura de PS com as internações, por serem formas de oferta de tecnologia em saúde. Com isso, os picos de internação podem ter ocorrido por esses motivos, tendo em vista que podem significar recursos excedentes e ociosos, aumentando a predisposição médica em internar (Elias, Magajewski, 2008).

Vale ressaltar que, em muitos locais, o sistema de saúde tem pouca interferência sobre as políticas de admissão hospitalar (Fernandes et al., 2009) e, dessa forma, o hospital exerce influências sobre as taxas de hospitalização, de acordo com as suas necessidades, que fogem ao controle dos outros serviços que compõem o sistema de saúde.

As principais causas de internação geral, no período (Tabela 4; Apêndice 2), diferenciaram-se do município de Guarulhos, exceto pela gravidez, parto e puerpério e pelas doenças do aparelho digestivo (Melo, 2014).

O aumento importante na proporção de internação por gravidez, parto e puerpério, em 2009 (Tabela 4), justificou o crescimento populacional de 10,5%, em 2010.

O perfil das principais internações em Cotia, apesar das proporções superiores, acompanhou o da RMSP, no mesmo período. Assim, as principais causas de internação na RMSP foram: gravidez, parto e puerpério, 1.076.233 (20,89%); doenças do aparelho circulatório, 544.434 (10,57%) e lesões por envenenamento e algumas outras consequências de causas externas, 502.348 (9,75%). Com relação à quarta posição, figuraram as doenças do aparelho respiratório, 492.013 (9,55%) e na quinta causa estavam doenças do aparelho digestivo, com 456.067 (8,85%) internações (Apêndice 3).

As lesões por envenenamento e algumas outras consequências de causas externas podem ter apresentado proporção superior no município, quando comparado à RMSP, em decorrência das rodovias Regis Bitencourt e Raposo Tavares, que têm extensos percursos dentro do perímetro urbano (Região dos Mananciais, 2012).

A baixa proporção de internações devido aos transtornos mentais e comportamentais (Tabela 4) poderia estar relacionada à ausência de leitos psiquiátricos no HRC, descumprindo a Lei Estadual n. 12.060, de 26 de setembro de 2005, que obriga os Hospitais Gerais que integram o SUS a fornecerem leitos psiquiátricos junto aos de outras especialidades (Marques S, 2012).

Houve redução das internações por neoplasias, a partir de 2009 (Tabela 4; Apêndice 2), provavelmente devido à transferência dos procedimentos, que antes demandavam internação, para a atenção ambulatorial e hospital-dia (Rehem, 2011), oferecendo leitos

para outras causas, como as doenças do aparelho respiratório e do aparelho geniturinário.

Poderia ter ocorrido maior número de internações, no sexo feminino (Tabela 5), devido aos partos. Visto que estes eventos são um desfecho natural da gestação, não uma patologia, sofrem influência da taxa de fecundidade e correspondem a internações que ocorrem apenas em parte da população feminina (Alfradique et al., 2009), foi realizada a análise dessas internações desconsiderando os partos. Mesmo retirando-os, houve maior número de internações no sexo feminino, exceto em 2008, assemelhando-se ao estudo de Rehem (2011) e Melo (2014).

Comparando-se as internações gerais, segundo sexo, observou-se que a principal causa de internação, no sexo masculino, lesões por envenenamento e algumas outras consequências de causas externas, correspondeu à sexta causa, no sexo feminino (Tabela 6), provavelmente devido à maior exposição dos homens à violência urbana, assemelhando-se ao estudo realizado por Mendes (2012), no qual a mortalidade por causas externas entre os homens foi quase quatro vezes superior, evidenciando as questões de gênero relacionadas às internações.

Para Scott (1988 apud Kofes, 1992, p. 21), a categoria gênero corresponde à organização social da diferença sexual, não refletindo ou implementando diferenças físicas entre homens e mulheres, mas conhecendo as significações para as diferenças corpóreas. Ainda, segundo a autora, as diferenças entre os sexos são fundamentalmente culturais.

Com relação à faixa etária, a dos 20 a 29 anos foi a que mais internou em todo o período, seguida pela de 30 a 39 anos (Tabela 7), resultados semelhantes ao estudo de Trindade et al. (2013) e Melo (2014), o que pode estar associado ao elevado número de internações por gravidez, parto e puerpério.

As crianças menores de um ano internaram mais do que as de um a quatro anos (Tabela 7), como observado no estudo de Melo (2014), no município de Guarulhos.

As faixas etárias de 60 a 79 anos apresentaram redução percentual (Tabela 7), revelando a mesma tendência que em estudo realizado por Marques AP (2012), no Rio de Janeiro.

Em nossos resultados, mais da metade das internações corresponderam aos adultos, seguidas pelos idosos (Tabela 7), assemelhando-se ao estudo realizado por Loyola Filho et al. (2004).

Foi realizada a análise das principais causas de internação nos adultos e nos idosos, por apresentarem maior proporção de internações.

Nos adultos nossos resultados (Tabela 8) assemelharam-se aos de Mendes (2011) e Trindade et al. (2013), excetuando-se as internações por gravidez, parto e puerpério, que ocuparam posições finais na lista nesses estudos.

Quanto aos achados nos idosos (Tabela 8), assemelharam-se aos dados de Mendes (2011) e Brasil (2007), porém, nesse último, as internações por doenças infecciosas e parasitárias superaram as neoplasias, que pode ter ocorrido devido à abrangência de outras regiões brasileiras, que possuem realidades socioeconômicas, infraestrutura urbana e condições de vida muito diferentes (Oliveira et al., 2010).

O aumento das internações por DCNT nos idosos (Tabela 8) reforçaram as colocações de que à medida que o processo de envelhecimento avança, especialmente, devido à redução da mortalidade precoce, aumenta a prevalência desses agravos crônicos (Achutti, Azambuja, 2004), que têm sido as principais causas de óbito na população idosa (Brasil, 2007).

6.4 AS ICSAP

6.4.1 Resultados mensais e anuais

Em Cotia, no período de 2008 a 2012, 16,61% das internações foram por CSAP (Tabela 9), evidenciando resultado dentro dos parâmetros apontados por outros estudos nacionais, sendo 10,24%, em Campo Grande, Mato Grosso do Sul (Campos, Theme-Filha, 2012), 16,2%, no município de Guarulhos (Melo, 2014), 17,38%, no Distrito Federal (Silva, 2013), e 19,5%, também no Distrito Federal (Junqueira, Duarte, 2012), apesar das oscilações no quantitativo de UBS, de equipes de ESF e de PACS (Figura 6).

Esse resultado pode estar relacionado aos demais serviços e programas que foram implantados no município, como o Programa Melhor em Casa (Brasil, 2014), além da proposta do Plano Diretor de 2005 a 2008, sobre a conscientização da população a respeito da correta utilização dos serviços de saúde (Cotia, entre 2005 e 2008).

Os leitos hospitalares, também podem ter influenciado nesse cenário, pois, como já explicitado, à medida que aumenta a quantidade de leitos, reduzem-se os gastos com as ICSAP (Pestana, Mendes, 2004). Esse achado pode estar relacionado à necessidade dos hospitais com pouca quantidade de leitos utilizarem sua máxima capacidade instalada, para obter pagamento por internações (Dias-da-Costa et al., 2010). Desse modo, o HRC, que possuía 131 leitos (Brasil, 2013b), em tese, não necessitaria utilizar sua máxima capacidade instalada absorvendo ICSAP.

Visto que uma das preocupações do sistema de saúde, em Cotia, desde a sua implantação, e reforçada no Plano Diretor de 2005 a 2008, esteve relacionada às internações que poderiam ser evitadas mediante atividades da APS, o aumento expressivo das ICSAP, em 2009, e em praticamente todo o período de estudo (Tabela 9), acompanhando a tendência das internações gerais, pode estar relacionado ao HRC, que, quando reaberto, acabou

absorvendo mais internações, incluindo as por CSAP, devido à ampliação do acesso, perdendo o controle sobre essas internações.

Ainda, o aumento das ICSAP, acompanhando o das internações gerais, reforçou a hipótese de que o aumento do acesso à internação pode contribuir, também, para as ICSAP (Rehem, Egry, 2011).

A redução das ICSAP, em 2010 (Tabela 9), pode ter ocorrido devido à inauguração da Clínica da Família, no final de dezembro de 2009, que tinha como foco a prevenção e a qualidade de vida (Imprensa Cotia..., 2009), e ao aumento de uma para quatro policlínicas, em março de 2010 (Brasil, 2013b), aparatos que podem ter resolvido o problema de saúde antes da necessidade de hospitalização, impactando no indicador.

A proporção de ICSAP apresentou resultados semelhantes a outros estudos, como já visto, com discreta variação no período, de 15,83% a 18,44% (Tabela 9), porém, sua evolução contrariou diversos estudos que mostraram declínio (Boing et al., 2012; Campos, Theme-Filha, 2012; Rehem, Ciosak, Egry, 2012), ainda que, pesquisa realizada no DRS da Grande São Paulo (Rehem, Egry, 2011) e em Guarulhos (Melo, 2014) tenham evidenciado aumento dessas internações.

As internações devido às demais causas aumentaram, ao longo do período de estudo (Tabela 9), acompanhando as internações gerais e corroborando com os resultados de Melo (2014), que mostraram diminuição dessas internações, apenas em 2010.

Em 2008, ocorreu a maior proporção de internações por demais causas e, em 2009, por CSAP (Tabela 9), podendo estar relacionadas à ampliação da oferta de leitos, com a reabertura do HRC, que leva à internação independente das necessidades da população, como já visto.

De acordo com Elias e Magajewski (2008), ao ampliar o acesso aos serviços de saúde, a demanda também se eleva, aumentando o

número de internações, o que, possivelmente, ocorreu no município de Cotia.

Na análise mensal das ICSAP, os picos dessas internações corresponderam aos que ocorreram nas internações gerais no HRC, exceto o de setembro de 2010 (Apêndices 1A, 1B, 1C, 1D, 1E, 4A, 4B, 4C, 4D, 4E), podendo estar relacionados a esse hospital, que, nos meses em que absorveu maior número de internações gerais, acabou por absorver, também, maior número de ICSAP.

Realizou-se a análise das ICSAP, em paralelo com a organização dos aparatos do sistema de saúde local.

Em 2009, em março, o aumento de um PS (Brasil, 2013b) pode ter influenciado no aumento importante das ICSAP nesse mês (Apêndice 4B).

Em 2010, em dezembro, a inauguração da Central de Urgência e Emergência de Cotia (Portal Viva Cotia..., 2010) pode ter influenciado no aumento das ICSAP, sendo que, em janeiro de 2011, o número absoluto dessas internações apresentou crescimento importante (Apêndices 4C, 4D).

Em 2011, em junho, a inauguração da Policlínica Portão Antonio de Camargo (Granja News..., 2010), que passou a atender no nível ambulatorial o que antes era referenciado para a internação, e, em julho, a inauguração do PS Portão Deolinda Maria Vieira, com uma proposta diferenciada, visando promover a saúde do cidadão (Cotia Todo Dia..., 2011), podem ter contribuído para a redução das ICSAP, de julho a setembro (Apêndice 4D).

Em setembro, o aumento de dois para três PS (Brasil, 2013b) pode ter contribuído para o pico dessas internações no mês seguinte (Apêndice 4D), devido à maior oferta desse serviço de saúde.

Em novembro, o Instituto Vida estava passando por uma situação de crise na remuneração dos funcionários, que se repetia há vários meses (Marques S, 2011), o que pode ter contribuído para a oscilação das ICSAP, nesse ano e, especialmente, para os maiores quantitativos em outubro e novembro (Apêndice 4D).

Em 2012, em janeiro, cerca de 60% das pessoas que aguardavam na fila não conseguiram acesso ao agendamento de exames (Cotia Todo Dia, 2012b), o que pode estar relacionado ao aumento das ICSAP, especialmente de março a maio (Apêndice 4E), devido à demanda excessiva por exames, e a sua não realização em tempo oportuno pode ter acarretado o agravamento das condições de saúde, necessitando de internação.

Em abril, houve aumento para quatro PS (Brasil, 2013b), o que pode justificar o pico de ICSAP, no mês seguinte, mantendo porcentagens mais elevadas até julho (Apêndice 4E), devido à ampliação do acesso.

De junho a dezembro, houve redução na quantidade de policlínicas pela metade (Brasil, 2013b), podendo estar relacionado à redução das ICSAP (Apêndice 4E), devido à diminuição do acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, do reconhecimento das necessidades de saúde da população.

Em agosto, houve paralização dos funcionários do Instituto Vida Gestão Ambiental e Municipal por falta de salários (Cotia Todo Dia, 2012c), e rompimento posterior da Prefeitura de Cotia com esse instituto (Melo, 2012) e, em outubro, houve redução no horário de atendimento do PA do Portão (Cotia Todo Dia, 2012e), porém, não ocorreu variação expressiva nas ICSAP, nos meses posteriores (Apêndice 4E).

Em novembro, houve reclamações dos moradores de Cotia quanto à saúde, e redução do número de ICSAP, no mês seguinte (Apêndice 4E), o que pode ter ocorrido devido à diminuição do reconhecimento e intervenção nas necessidades de saúde da demanda reprimida, referenciando menos casos para a hospitalização.

6.4.2 Segundo instituição hospitalar

Quanto à análise por instituição hospitalar, a maior proporção de ICSAP ocorreu, no HGC, em 2008 (Tabela 10), de forma semelhante às internações gerais, provavelmente, devido à demanda reprimida com o fechamento do HRC.

Houve aumento expressivo das ICSAP no HRC e redução da proporção dessas internações no HGP (Tabela 10), cenário semelhante ao das internações gerais, exceto pela redução das ICSAP, no HRC, em 2010. Supõe-se, dessa forma, que a retomada das atividades no HRC, no final de 2008, influenciou no aumento, não somente das internações gerais, como das ICSAP.

Em áreas onde o acesso aos serviços de saúde estiver limitado, pode ocorrer um aumento temporário das ICSAP, como resultado da melhora no acesso, porém, após esse aumento inicial, espera-se que a ocorrência dessas internações diminua (Alfradique et al., 2009), o que não ocorreu no HRC (Tabela 10).

Realizou-se um paralelo entre as ICSAP e a quantidade de leitos somente no HRC, considerando que a maior parte das ICSAP ocorreu neste hospital e que não houve variação na quantidade de leitos SUS disponibilizados pelo HGC, no período, evidenciando relação entre o aumento de leitos e os picos de ICSAP, em outubro de 2011 e maio de 2012 (Apêndices 4D; 4E).

6.4.3 Segundo sexo

Quanto às ICSAP segundo o sexo, houve pouca diferença entre homens e mulheres, tanto na proporção quanto na taxa, ligeiramente superior no sexo masculino (Tabela 11; Figura 9), assemelhando-se ao estudo de Melo (2014) e de Dourado et al. (2011).

Outros estudos contrariaram esse achado, evidenciando proporção e taxa de ICSAP maior em mulheres (Boing et al., 2012; Cardoso et al., 2013; Nedel et al., 2008; Pazó et al., 2012; Rehem,

Ciosak, Egry, 2012). Apesar disso, Dourado et al. (2011) afirmaram que essa taxa pode variar em diferentes municípios.

Com relação à demanda por serviços de saúde, são identificadas maiores proporções de mulheres nesses espaços (Ansari et al., 2012), especialmente nos serviços de APS. Dessa forma, ficam evidentes relações de gênero envolvidas no uso desses serviços, sendo que, em nossos resultados, apesar da diferença pouco expressiva entre sexos, os homens podem ter internado mais, justamente, por utilizarem menos os serviços de saúde.

Com o intuito de facilitar o acesso dos homens aos serviços de assistência integral à saúde, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, através da Portaria n. 1.944, de 27 de agosto de 2009, visando contribuir para a redução da morbimortalidade nesse grupo populacional, através da promoção da melhoria das condições de saúde (Brasil, 2009).

Dentre os objetivos dessa política, destacam-se: a promoção da mudança de concepções dos homens acerca do cuidado com a sua saúde e a de sua família; a captação precoce da população masculina nas atividades de APS; o fortalecimento das atividades do primeiro nível de atenção no cuidado com o homem, facilitando o acesso e garantindo a qualidade da atenção à saúde; a capacitação e a qualificação dos profissionais de saúde da APS, para o adequado atendimento a esse grupo populacional; a ampliação do acesso às informações sobre a prevenção de doenças do âmbito masculino e o estímulo ao cuidado com sua própria saúde, visando a mudança de hábitos e a realização de exames preventivos (Brasil, 2009).

Dessa forma, tornou-se evidente a preocupação com a população masculina, tanto para sua conscientização a respeito da correta utilização dos serviços de saúde, quanto para o preparo dos profissionais de saúde, para que estejam aptos a desempenhar atividades direcionadas a essa população, podendo impactar na redução da morbimortalidade.

As ICSAP predominaram nos homens, exceto em 2010, quando as proporções praticamente se igualaram, e, em 2012, quando houve inversão dessas internações, predominando nas mulheres (Tabela 11). Em 2010, houve crescimento populacional de 11,26% nas mulheres, enquanto nos homens o crescimento foi de 9,71%; o coeficiente de masculinidade caiu de 97,22 para 95,87 homens para cada 100 mulheres. Esse fato pode ter interferido nas porcentagens praticamente igualadas das ICSAP entre os sexos, nesse ano. Em 2011 e 2012, ambos os sexos apresentaram crescimento populacional de 1,99%, mantendo o coeficiente de masculinidade de 95,87 (Brasil, 2013c), que não justifica a inversão das internações, no último ano.

Em meados de 2011, foi inaugurada a Clínica da Mulher (Portal Viva Cotia..., 2011), que pode ter relação com o aumento das ICSAP no sexo feminino, em 2012 (Tabela 11), por melhorar o reconhecimento das necessidades em saúde desse grupo, referenciando mais mulheres para a atenção hospitalar, reforçado pelos dados de que houve aumento discreto das internações devido às doenças inflamatórias dos órgãos pélvicos femininos e pico devido à infecção do rim e trato urinário (Figura 11), que acomete mais mulheres.

6.4.4 Segundo faixa etária

O processo de envelhecimento tem contribuído para o aumento das ICSAP, observado, especialmente, a partir dos 40 anos. Em contrapartida, as faixas de cinco a 19 anos, correspondentes às crianças e adolescentes, foram as que menos internaram por estas causas (Tabela 12).

Na faixa etária de um a quatro anos, houve maior proporção de ICSAP, de 2008 a 2010, e nos menores de um ano, em 2011 e 2012 (Tabela 12). Ao comparar esses resultados com as internações gerais, verificamos que, nessas, a faixa de um a quatro anos

apresentou, de modo geral, proporção inferior que a dos menores de um ano, sendo o inverso nas ICSAP (Tabelas 7).

Nos adultos, observou-se redução da proporção de ICSAP, no período, de forma mais pronunciada do que nas internações gerais, que tiveram maior proporção de internação nesse grupo populacional (Tabelas 7, 12).

A maior proporção de ICSAP, acima de 40 anos, especialmente na faixa etária de 50 a 59 anos (Tabela 12), diferiu das internações gerais, que apresentaram maior proporção de internações na faixa de 20 a 29 anos, seguidas pela de 30 a 39 anos (Tabela 7), evidenciando que os adultos com idades mais avançadas internaram mais por ICSAP.

A proporção de ICSAP das faixas etárias relacionadas aos idosos (Tabela 12) foi consideravelmente superior ao das internações gerais (Tabela 7), o que reforçou que as ICSAP atingem mais os idosos.

Ainda com relação aos idosos, a faixa de 60 a 69 anos predominou nas ICSAP, exceto em 2008 (Tabela 12), acompanhando as internações gerais (Tabela 7), provavelmente por ter o maior percentual populacional nessa faixa nesse grupo populacional (Tabela 1).

As faixas de 60 a 69 anos e de 80 anos e mais foram as que apresentaram maior aumento proporcional das internações (Tabela 12), talvez pela reabertura do HRC, em 2009, permitindo supor que a reabertura desse hospital impactou mais nas ICSAP nos idosos.

A abertura da Clínica da Família, no final de dezembro de 2009, que contava com o programa “Cuidando da Melhor Idade”, ofertando atendimento com geriatra, psicólogo e educador físico, com o intuito de melhorar a qualidade de vida do idoso (Imprensa Cotia..., 2009), pode ter influenciado a pequena redução proporcional nas ICSAP, em 2010, nas faixas etárias de 60 a 69 anos e de 80 anos e mais (Tabela 12).

Na análise das taxas de ICSAP, notou-se que elas se concentraram nos extremos das idades, em menores de um ano, apresentando tendência de queda de um a quatro anos, com ascensão a partir dos 40 anos. Diversos estudos corroboraram com os nossos resultados (Ansari et al., 2012; Fernandes et al., 2009; Nedel et al., 2008; Pazó et al., 2012; Melo, 2014).

Os idosos podem ser especialmente vulneráveis às ICSAP por impedimentos de locomoção e outros fatores que caracterizam a interação espacial entre as pessoas e seu ambiente e são, também, mais vulneráveis do ponto de vista físico e financeiro. Todas essas características podem fazer com que os idosos utilizem menos os serviços preventivos, podendo resultar nas ICSAP com mais frequência do que os demais grupos populacionais (Cardoso et al., 2013).

A pesquisa de Rehem, Ciosak e Egry (2012) reforça essas colocações, quando mostra que o maior número de internações nos idosos pode ser decorrente de dificuldades inerentes a esse ciclo de vida, como de acesso aos serviços de saúde, de falta de cuidador, de transporte, de adesão ao tratamento, devido à menor compreensão das orientações, e de alimentação adequada, que podem agravar o seu estado de saúde.

6.4.5 Segundo grupos de diagnósticos

As doenças cerebrovasculares, a insuficiência cardíaca, a hipertensão e a angina, que são doenças do aparelho circulatório, corresponderam a quase metade das ICSAP (Tabela 13), semelhantes aos resultados obtidos por Cardoso et al. (2013).

Nossos achados apontaram as doenças cerebrovasculares, a insuficiência cardíaca, as doenças pulmonares e a infecção do rim e trato urinário como as principais causas de internação (Tabela 13), como já foi mostrado por outros estudos (Pazó et al., 2012; Rehem et al., 2013; Rodrigues-Bastos et al., 2013; Silva, 2013).

A baixa frequência de internação por angina *pectoris* e gastroenterites infecciosas (Tabela 13) mostrou resultados satisfatórios em relação a outros estudos, nos quais figuraram dentre as principais causas de internação (Pazó et al., 2012; Rehem et al., 2013; Rodrigues-Bastos et al., 2013; Silva, 2013).

A baixa proporção de internações por gastroenterites (Tabela 13) pode estar relacionada a atividades desenvolvidas pela APS, a outros aparatos que compõem o sistema de saúde em Cotia, à cobertura satisfatória de abastecimento de água através de rede geral (IBGE, 2010) ou aos resultados satisfatórios dos indicadores socioeconômicos, visto que o maior número dessas internações ocorre nas regiões onde há maior concentração de pobreza, com precárias condições socioeconômicas, especialmente associadas à falta de saneamento básico e a deficientes condições de vida (Moura et al., 2010; Oliveira et al., 2010). Além disso, Oliveira et al. (2010) afirmaram que, na comparação entre diferentes regiões brasileiras, o acesso aos serviços e o atendimento profissionais de saúde se diferem, influenciando nessas internações.

A proporção de internações por pneumonias bacterianas (Tabela 13) foi muito inferior à apontada nos estudos realizados em Guarulhos (9%) (Melo, 2014), no Distrito Federal (10,08%) (Silva, 2013) e no Espírito Santo (11,7%) (Pazó et al., 2012).

Em estudo realizado por Rehem (2011), no Hospital Geral de Pedreira, a proporção de internações por pneumonias bacterianas chamou a atenção, de tal forma, que foi realizada a análise desse diagnóstico em separado, comparando o registro em prontuário com a AIH, o que revelou considerável incompatibilidade, com comprometimento dos dados registrados na AIH, o que nos sinaliza para o questionamento da confiabilidade dos dados das internações por esse diagnóstico.

A proporção de internação por diabetes (Tabela 13) foi pouco inferior ao estudo realizado no Distrito Federal (Silva, 2013), no qual 7,19% das internações foram por essa causa.

A baixíssima proporção de internação por doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis (Tabela 13) demonstrou uma boa cobertura pelos programas nessa área, visto que as hospitalizações por essas condições deveriam ser essencialmente eliminadas, mediante uma APS oportuna e de qualidade (Alfradique et al., 2009).

Ainda que se busque essa premissa, estudos revelaram resultados que mostraram desde a ausência de registro de internações por doenças imunopreveníveis (Torres et al., 2011) e baixos índices (0,9%) (Melo, 2014) a índices de 7,2% (Scheid, 2011), apontando que devem ser investidos maiores esforços nos programas de imunização para a cobertura dessa população.

As doenças relacionadas ao pré-natal e parto fazem parte, historicamente, da abordagem e do cuidado da APS (Rehem, Egry, 2011). Portanto, era de se esperar que ocupassem outra posição nas ICSAP (Tabela 13). Ainda assim, nossos resultados se assemelharam ao de Silva (2013).

Para melhor conhecer o perfil das internações, procedeu-se à análise anual, ou mensal, considerando os resultados mais expressivos dos grupos de diagnóstico, no período. A frequência de internações por doenças cerebrovasculares se destacou, em todo o período, e, por este motivo, foram analisadas com mais detalhes.

No ano de 2008, houve elevada proporção de internação por doenças cerebrovasculares, especialmente em fevereiro e de abril a novembro (Apêndice 4A), o que pode estar relacionado ao período de interrupção das atividades do HRC, referenciando apenas os casos mais graves e necessários.

O maior número de internações por doenças cerebrovasculares poderia, inclusive, ter relação com o HGC, pois esse hospital apresentou, em todos os anos, somente internações por essas causas, com exceção de 2008, quando teve uma internação por hipertensão (Brasil, 2013e), permitindo supor que ele é referência no município para as doenças neurológicas. Vale salientar que a única

internação por hipertensão pode ter ocorrido por engano de diagnóstico ou por preenchimento incorreto da AIH.

As internações por doenças cerebrovasculares permaneceram na primeira posição, na maior parte do período, contrariando os achados de Melo (2014), nos quais as internações por insuficiência cardíaca ocuparam essa posição.

A redução importante das internações dessas internações, de 2008 a 2012, pode ter ocorrido devido à reabertura do HRC, quando se passou a referenciar outras condições, provavelmente agravadas devido à ausência de hospital de referência no município, em parte de 2008. A internação por hipertensão arterial, um dos fatores de risco para as doenças cerebrovasculares (Cervato et al., 1997) apresentou discreta redução, no período.

Mesmo com a reabertura do HRC, em novembro de 2008, ampliando o acesso a internações, isto não refletiu nas doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis e anemia. Além disso, houve baixo número de internação por deficiências nutricionais, infecções de ouvido, nariz e garganta, pneumonias bacterianas e úlcera gastrointestinal, durante todo o período de 2008, e nos anos subsequentes, exceto pelo aumento das pneumonias bacterianas, em 2012 (Apêndices 4A, 4B, 4C, 4D, 4E), reforçando a hipótese de Rehem e Egry (2011), de que a maioria dos diagnósticos citados são mais sensíveis à APS e, assim, com o mínimo de qualidade do primeiro nível de atenção é possível evitar internações. Complementando, Melo (2014) afirmou que alguns destes diagnósticos são preveníveis ou recebem tratamento de forma mais simples pela APS.

O aumento das internações por infecção do rim e trato urinário, em 2012 (Figura 11), pode ser decorrente da inauguração da Clínica da Mulher, em maio de 2011 (Portal Viva Cotia..., 2011), que referenciou mais casos para a internação hospitalar, devido ao maior acesso e reconhecimento das necessidades de saúde desse grupo populacional, que, anteriormente, não possuía acesso aos serviços

de saúde disponíveis ou não tinham condições para se deslocar até o município de São Paulo. Esse fato pode ter repercutido, também, para o aumento das internações por doenças relacionadas ao pré-natal e parto e doença inflamatória dos órgãos pélvicos femininos (Figura 11).

A internação por doenças relacionadas ao pré-natal e parto apresentou redução em 2011 e, mais expressivamente, em 2012 (Figura 11), que pode estar relacionado, além da Clínica da Mulher, às duas primeiras etapas do plano de ação da Rede Cegonha, em dezembro de 2011 e julho de 2012 (Cotia Todo Dia..., 2012a), supostamente dedicando maior investimento na atenção à gestação, parto e puerpério.

Ocorreu aumento das internações por doenças relacionadas ao pré-natal e parto entre 2008 e 2012 (Figura 11), assim como em outros estudos (Boing et al., 2012; Melo, 2014; Rehem, Egry, 2011; Rehem, Ciosak, Egry, 2012), porém, é necessário considerar que o ano de 2008 foi atípico, devido ao fechamento do HRC. Ainda assim, deve-se questionar a efetividade da atenção à gestante e parturiente, pois era esperado baixa proporção e redução dessas internações, ao longo do período.

O aumento das internações por doenças pulmonares e pneumonias bacterianas, em 2010 e 2012 (Figura 11), foi decorrente, provavelmente, da qualidade do ar que, nesse ano, classificado como “severamente saturado” (Portal Viva Cotia..., 2010b), e do tempo seco em Cotia, em 2012 (Kodiak, 2012). Pois, para Rosa et al. (2008), quando a umidade relativa do ar diminui, e aumentam os poluentes atmosféricos, há maior risco de irritação do sistema respiratório e exacerbação dos agravos crônicos.

A redução na hospitalização por asma, especialmente a partir de 2011 (Figura 11), pode estar associada à distribuição de medicamentos gratuitos para o agravo, na farmácia popular de Cotia e em algumas conveniadas (Cotia Todo Dia..., 2012f).

Nossos resultados apontaram para o incremento das internações por pneumonias bacterianas e redução das doenças cerebrovasculares (Figura 11), diferindo dos resultados de Rehem, Ciosak e Egry (2012), ainda que ambos os estudos tenham evidenciado redução nas internações por asma.

Houve diminuição na proporção de internações por gastroenterites infecciosas e complicações, asma, hipertensão, angina, doenças cerebrovasculares e epilepsias e aumento nas internações por infecções de ouvido, nariz e garganta, entre 2008 e 2012 (Figura 11), inverso aos resultados de Rehem e Egry (2011), porém, esse mesmo estudo, mostrou concordância com nossos resultados, em relação ao aumento nas internações por pneumonias bacterianas, doenças pulmonares, insuficiência cardíaca, infecção no rim e trato urinário e infecção da pele e tecido subcutâneo.

Embora o diabetes mellitus possa ser, dentre os diagnósticos que compõem a lista de ICSAP, o mais sensível às atividades de APS (Rehem, Egry, 2011), não houve alterações importantes nas internações por este agravo em todo o período (Figura 11).

Estudos sobre o diabetes mellitus, evidenciaram que as comorbidades aumentaram de forma expressiva as internações por esta causa e que quase metade dos indivíduos, acima de 65 anos, tiveram cinco ou mais comorbidades (Niefeld et al., 2003), além da existência de maior número de pessoas com diabetes mellitus na categoria de renda mais baixa (Booth, Hux, 2003). Dessa forma, a responsabilidade das internações por diabetes mellitus não deve recair apenas sobre a qualidade das atividades de APS.

Vale ressaltar que a atuação da ESF sobre os agravos contemplados na lista de ICSAP podem ter diferentes tempos de carência para impactar em alterações estatísticas. Desse modo, os efeitos, sobre a hipertensão e o diabetes, por exemplo, podem depender de um tempo maior, visto que estão relacionados ao processo de transformação de hábitos, que dependem da adesão

dos usuários na incorporação de um novo estilo de vida (Elias, Magajewski, 2008).

As maiores porcentagens e taxas de ICSAP estiveram relacionadas às DCNT, com exceção da infecção do rim e trato urinário (Figura 11, Tabela 14). Segundo Elias e Magajewski (2008), as DCNT demandam cuidados de saúde por período prolongado de tempo, sofrem influência do padrão de morbidade, da procura por serviço de saúde e do estilo de vida da população, aspectos que podem limitar a avaliação do seu impacto em curto prazo.

No caso das DCNT, os agravamentos podem ocorrer e são mais frequentes quando não há acompanhamento regular pela APS. Para as DCNT em estágios mais avançados, o papel da APS é reduzir as internações por complicações agudas da doença, as readmissões e o tempo de permanência no hospital (Alfradique et al., 2009).

Quanto às internações por infecção no rim e trato urinário, que ocuparam o terceiro lugar dentre das principais ICSAP (Tabela 13), Alfradique et al. (2009) referem que para as doenças infecciosas ou casos agudos, a APS somente pode prevenir ou controlar complicações. Ainda assim, não deveriam resultar em internações se a APS fosse adequada, visto que o manejo dessas doenças geralmente pode ser ocorrer no primeiro nível de atenção.

O aumento das internações, especialmente em 2009, da maioria dos diagnósticos que compõem a lista de ICSAP, pode estar relacionado com a melhoria do acesso, maior sensibilidade do sistema de saúde para o diagnóstico ou disponibilidade de leito hospitalar para internação, que podem ter influenciado no incremento da taxa de internação de alguns grupos de ICSAP (Campos, Theme-Filha, 2012).

Como a maioria das ICSAP ocorreu no HRC, correspondendo a 73,48% das internações (Tabela 10), e esse é um hospital da SES, sob gestão de uma OSS, que não recebe por procedimento e não teria benefício em modificar o diagnóstico real para obter maior

repassse financeiro, supõe-se que as informações geradas por esse hospital são mais fidedignas do que os hospitais que fazem parte da rede SUS e que recebem por procedimento (Rehem, 2011).

6.4.6 Segundo faixa etária e sexo

As ICSAP foram analisadas nos extremos das faixas etárias, ou seja, nas faixas igual ou menor de um ano, de um a quatro anos e igual ou acima de 60 anos, esses foram o foco dessa análise, segundo sexo.

Quanto aos menores de um ano, as principais causas de internação (Tabela 15) assemelharam-se ao estudo realizado por Melo (2014), que considerou ambos os sexos, exceto pelas epilepsias e infecção da pele e tecido subcutâneo. As pneumonias bacterianas figuraram entre as principais causas de internação no mesmo estudo.

As internações por deficiências nutricionais foram mais presentes no sexo feminino, em praticamente todo o período (Tabela 15), corroborando com Junqueira e Duarte (2012).

As porcentagens de internação por asma foram expressivamente maiores, no sexo masculino, ao longo de todo o período (Tabela 15), assim como nos resultados do estudo de Wehrmeister et al. (2012).

A baixa proporção de internação por insuficiência cardíaca (Tabela 15) era esperada, por ser uma DCNT, incomum em crianças.

As internações por infecção no rim e trato urinário foram muito superiores no sexo feminino (Tabela 15), que pode estar associado à anatomia das meninas, que têm uretra mais curta, facilitando a infecção por fezes, e à negligência nas orientações sobre a higiene, direcionadas aos responsáveis pela criança.

As internações por doenças imunopreveníveis estiveram relacionadas à coqueluche (Brasil, 2013e). Novas internações por

este agravo são um sinal de alerta, visto que, desde a década de 1980, essa doença tornou-se, em muitos países, um importante problema de saúde pública, pois seu ressurgimento é observado em locais de alta cobertura vacinal, o que pode estar relacionado à perda gradual da imunidade adquirida e à adaptação da população bacteriana à imunidade induzida pela vacina (Trevizan, Coutinho, 2008).

As internações por pneumonias bacterianas ocuparam a sétima causa (Tabela 15), diferindo dos estudos realizados por Rehem, Ciosak e Egry (2012) e Moura et al. (2010), nos quais essas causas ocuparam as primeiras posições.

Quanto à faixa etária de um a quatro anos, as principais causas de internação, asma, gastroenterites infecciosas e complicações, infecção da pele e tecido subcutâneo e infecção no rim e trato urinário (Tabela 16), foram semelhantes aos resultados do município de Guarulhos (Melo, 2014), exceto pelas infecções de ouvido, nariz e garganta e doenças pulmonares, considerando ambos os sexos. No mesmo estudo, as pneumonias bacterianas também figuraram dentre as principais internações, diferenciando-se dos nossos achados.

As internações por doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis, nas crianças de um a quatro anos, estiveram relacionadas à ascaridíase (Brasil, 2013e), que não é uma doença imunoprevenível, mas pode estar nesse grupo por ser uma condição mais sensível à APS.

A ascaridíase possui maior prevalência em áreas rurais e está associada, principalmente, a condições econômicas e sanitárias precárias (CVE, 2014). A baixa proporção de internação por essa condição decorreu do município de estudo estar 100% urbanizado e 90,98% dos domicílios possuírem abastecimento de água através de rede geral (IBGE, 2010). Além disso, as medidas de educação sanitária para a população, principalmente através dos serviços de

saúde de APS, podem estar sendo efetivas para o controle desse agravo.

O baixo número de ICSAP por doenças preveníveis por imunização, nos menores de cinco anos (Tabelas 15, 16), esteve relacionado à vacinação, cuja ação é desenvolvida prioritariamente na APS, sendo que, em 2011, o município de Cotia apresentou mais de 100% de cobertura vacinal de Poliomielite, Tetravalente e BCG, nas crianças menores de um ano, e de Sarampo, Caxumba e Rubéola, nas crianças de um ano, e 99,73% de cobertura de Hepatite B nos menores de um ano (Região dos Mananciais, 2012).

As gastroenterites infecciosas e complicações foram superiores no sexo feminino, em praticamente todo o período (Tabela 16), diferindo dos resultados de Junqueira e Duarte (2012). Esses agravos se constituem em um indicador que está relacionado diretamente a regiões que possuem condições precárias, como falta de saneamento básico (Silva, 2013).

No município de Cotia, 76,2% dos domicílios são considerados adequados quanto ao saneamento, pois possuem abastecimento de água por rede geral, esgoto sanitário por rede geral ou fossa séptica e lixo coletado, diretamente ou indiretamente; 23,6% dos domicílios são considerados semi-adequados e possuem pelo menos uma forma de saneamento adequada; e 0,2% são considerados inadequados, ou seja, todas as formas de saneamento são inadequadas (IBGE, 2010). Talvez essa porcentagem de semi-adequados, possa estar influenciando na internação por gastroenterites, em ambos os sexos.

A proporção de doenças respiratórias foi superior na faixa etária menor de um ano (Tabelas 15, 16). Segundo Rosa et al. (2008), apesar de o risco de contrair uma doença respiratória ser o mesmo, para crianças menores de um ano e para aquelas de um a quatro anos, o risco de hospitalização é maior entre os primeiros, possivelmente devido à maior vulnerabilidade.

As crianças do sexo masculino foram mais frequentemente internadas por doenças respiratórias do que as do feminino (Tabela 16), corroborando com os achados de Rosa et al. (2008).

As internações por DCNT apresentaram baixa proporção em menores de cinco anos (Tabelas 15, 16), por não serem agravos comuns da infância, o que foi reforçado pelo estudo realizado por Ansari et al. (2012), no qual as internações por diabetes mellitus e insuficiência cardíaca estiveram relacionadas às faixas etárias mais velhas nos adultos e no estudo realizado por Will e Yoon (2013), no qual a maioria das internações por hipertensão ocorreu, predominantemente, nas pessoas com 45 anos e mais.

As epilepsias foram mais prevalentes nas faixas etárias mais jovens e no sexo masculino (Tabelas 15, 16, 17).

Rodrigues-Bastos et al. (2013) reforçaram a importância do diagnóstico e tratamento precoces desse agravo na APS.

Ao verificar a assistência do enfermeiro ofertada pela ESF do ponto de vista da pessoa com epilepsia, um estudo de Minas Gerais, evidenciou que há um desconhecimento sobre sua própria doença e um entendimento difuso por parte da família. Relatam, ainda, que o enfermeiro não oferece nenhum tipo de assistência nessa área e que quando há sinais sugestivos de uma crise, ele realiza os encaminhamentos, mostrando, dessa forma, que as atividades de educação em saúde, as consultas de enfermagem e as visitas domiciliares, não estavam direcionadas às epilepsias (Barbosa, Oliveira, 2012).

Assim, as epilepsias podem ter tido maior prevalência nas crianças menores de cinco anos (Tabelas 15, 16), devido à dificuldade da APS em diagnosticar e prestar assistência ao tratamento e controle desse agravo.

As internações por infecções no rim e trato urinário foram mais prevalentes nas meninas, em todos os anos de estudo (Tabelas 15, 16), por hipóteses abordadas anteriormente, corroborando com o estudo de Junqueira e Duarte (2012) e diferindo do estudo de

Oliveira et al. (2010), no qual as doenças do aparelho geniturinário foram superiores nos meninos.

Em nossos achados, as principais causas de internação, na faixa etária de um a quatro anos, foram as doenças do aparelho respiratório e algumas doenças infecciosas e parasitárias (Tabela 16), assemelhando-se aos resultados do estudo realizado no Piauí (Barreto, Nery, Costa, 2012).

Nossos resultados mostraram que a infecção da pele e tecido subcutâneo, as gastroenterites infecciosas e complicações e a asma figuraram entre as principais internações nas crianças de um a quatro anos (Tabela 16), assemelhando-se aos resultados de Rehem, Ciosak e Egry (2012) e Moura et al. (2010), ainda que, o último, tenha apontado as pneumonias bacterianas entre as causas principais, diferindo dos nossos achados.

Outros estudos evidenciaram as gastroenterites infecciosas e complicações entre as principais causas de internações, em crianças (Barreto, Nery, Costa, 2012; Junqueira, Duarte, 2012). Ainda, o primeiro estudo, mostrou a asma como uma das principais causas de ICSAP, assemelhando-se aos nossos resultados.

As principais causas de internação de zero a quatro anos foram as complicações que podem ser atenuadas por meio de diagnóstico e tratamento precoces (Tabelas 15, 16), pois, segundo Alfradique et al. (2009), é possível evitar essas internações com uma APS efetiva, que desempenhe ações em tempo oportuno.

Quanto à faixa etária acima de 60 anos, nossos resultados assemelharam-se ao estudo realizado por Muraro et al. (2013), que mostrou, dentre as principais causas de ICSAP, a doença pulmonar obstrutiva crônica, a insuficiência cardíaca e as doenças cerebrovasculares, ainda que tenham diferido quanto à angina pectoris. Já no estudo de Melo (2014), considerando ambos os sexos e os idosos acima de 65 anos, as doenças pulmonares, o diabetes mellitus e a hipertensão não figuraram entre as principais

causas de internação e as pneumonias bacterianas foram destacadas entre elas, contrariando nossos achados.

Houve baixo número de internações por doenças imunopreveníveis nos idosos (Tabela 17), o que permite supor que as atividades da APS estão sendo efetivas nesse controle. Ocorreram apenas duas internações devido à tuberculose pulmonar (Brasil, 2013e), que reforçaram o fato do município ter recebido prêmios pelo controle da Tuberculose (Cotia, entre 2005 e 2008).

As porcentagens de internação foram semelhantes entre os sexos, em praticamente todos os anos (Tabela 17), diferindo do estudo de Santos et al. (2013), que mostraram maior internação no sexo masculino.

Quanto à hipertensão, a proporção das internações foi superior, no sexo feminino, especialmente em 2008 e 2009 (Tabela 17), dados semelhantes aos de Santos et al. (2013) e Will e Yoon (2013).

A angina apresentou baixa proporção de internação, sem muitas diferenças entre os sexos (Tabela 17), semelhante aos achados de Santos et al. (2013) e diferenciando-se dos achados de Melo (2014), considerando ambos os sexos.

As internações por insuficiência cardíaca foram mais prevalentes no sexo feminino, em todo o período (Tabela 17), corroborando com os achados de Santos et al. (2013) e diferindo do estudo de Junqueira e Duarte (2012).

Já as doenças cerebrovasculares predominaram nos idosos do sexo masculino (Tabela 17), assim como no estudo de Junqueira e Duarte (2012) e diferindo dos resultados de Santos et al. (2013).

As internações por diabetes mellitus foram superiores no sexo feminino, em praticamente todos os anos (Tabela 17), o que também foi mostrado por Junqueira e Duarte (2012) e Santos et al. (2013).

As epilepsias apresentaram frequência mais baixa de internação do que nas crianças (Tabelas 15, 16, 17), como já apontado, exceto em 2010, especialmente no sexo masculino,

corroborando com o estudo de Rodrigues-Bastos et al. (2013), que mostrou que as epilepsias estavam entre as causas mais frequentes de ICSAP nas faixas etárias mais jovens, e com o estudo de Ansari et al. (2012), no qual as epilepsias estiveram entre as principais causas de internação nas crianças nas faixas etárias mais jovens.

As internações por infecção no rim e trato urinário apresentaram maior frequência nas mulheres, porém, aumentaram nos homens, quando comparados às faixas etárias das crianças (Tabelas 15, 16, 17), assemelhando-se aos achados de Junqueira e Duarte (2012), que apontaram aumento expressivo dessas internações nos idosos do sexo masculino.

A insuficiência cardíaca, as doenças cerebrovasculares e a hipertensão estiveram entre as principais causas de internação, em ambos os sexos (Tabela 17). O controle efetivo da hipertensão está relacionado, também, à diminuição da ocorrência de insuficiência cardíaca e das doenças cerebrovasculares (Cervato et al., 1997). Portanto, é necessário, investigar se o controle da hipertensão está sendo realizado de forma efetiva pela APS.

Nos idosos, as internações por DCNT, insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares, doenças pulmonares, diabetes mellitus, hipertensão e angina, corresponderam a mais de 70% das ICSAP (Tabela 17), assemelhando-se aos resultados de Marques AP (2012).

Comparando-se as internações segundo faixa etária e sexo, notou-se que os grupos de diagnósticos que levaram à hospitalização diferenciaram-se entre eles (Tabelas 15, 16, 17). Segundo Melo (2014), esse achado vai além das diferenças biológicas, anatômicas e temporais, sendo determinado pelos contextos socioeconômicos, políticos e culturais em que os indivíduos estão inseridos.

6.4.7 Relação com ESF, sexo e faixa etária

Como já relatado, as ICSAP são um indicador de atividade hospitalar para medida indireta da acessibilidade e efetividade da APS (Ansari et al., 2013; Barreto, Nery, Costa, 2012; Cardoso et al., 2013; Gusmano et al., 2014; Junqueira, Duarte, 2012; Muraro et al., 2013; Rehem, Ciosak, Egry, 2012; Will, Yoon, 2013).

Considerando que a ESF foi desenvolvida para operacionalizar o primeiro nível de atenção no SUS, melhorando o acesso e a qualidade da APS, com o intuito de reordenar o modelo de atenção à saúde (Alfradique et al., 2009; Brasil, 1996; Brasil, 2004; Brasil, 2006a; Brasil, 2011b; Campos, Theme-Filha, 2012; Starfield, 2002), analisar a relação entre a evolução da cobertura de equipes dessa estratégia com a taxa das ICSAP seria de grande importância para entender se uma tem influência no resultado da outra.

O r da correlação entre ICSAP e a cobertura populacional da ESF igual a 0,493, foi considerada uma correlação fraca e positiva, ou seja, quanto maior a cobertura de ESF, maior o número de ICSAP, contrariando os resultados de Fernandes et al. (2009), Dourado et al. (2011), Melo (2014) e Rehem e Egry (2011), que mostraram relação inversamente proporcional.

O R^2 linear igual a 24,30% (Figura 12) indicou a influência da ESF com relação às ICSAP, mostrando que há 75,70% de interferência de outros determinantes, além dessa estratégia.

Vários estudos mostraram que a expansão da ESF ampliou o acesso à APS, o que pode ter aumentado a chance de identificação e referência dos casos necessários à internação, visto que ao se ampliar o acesso aos serviços de saúde, a demanda por esses também se eleva, aumentando a ocorrência de internações (Campos, Theme-Filha, 2012; Elias, Magajewski, 2008; Moura et al., 2010). Assim, o aumento da cobertura populacional de ESF, em nosso estudo, pode ter contribuído para a maior identificação de necessidades de hospitalização, referenciando mais casos.

Estudo desenvolvido por Rehem e Egry (2011), no Estado de São Paulo, segundo os DRS, mostrou que a relação inversamente proporcional entre ICSAP e ESF não ocorreu de modo uniforme nas regiões, permitindo supor que a expansão dessa estratégia, sem a qualidade necessária, não provoca impacto sobre as ICSAP, hipótese não descartada para o presente estudo, no qual a ESF pode estar provocando aumento das ICSAP, devido à falta de qualidade.

Reforçando, ainda, essa hipótese, alguns estudos relacionaram as taxas de ICSAP com a cobertura da ESF, mas salientaram que a implantação dessa estratégia se dá de modo diferenciado nas localidades, apresentando estrutura, arranjos organizacionais e processos de trabalho diversos, impossibilitando sua generalização (Barreto, Nery, Costa, 2012; Marques AP, 2012; Muraro et al., 2013; Pazó et al., 2012).

Além disso, alguns agravos podem ter sensibilidade reduzida à melhora da atenção e da cobertura pela ESF e, dessa forma, podem estar sendo bem atendidos, porém, seus indicadores de resultado serão modificados após longo tempo de sua implementação (Elias, Magajewski, 2008), como já relatado.

Foi realizada relação estatística das ICSAP, somente com relação à faixa etária e ao sexo, pois não havia dados anuais disponíveis para as condições socioeconômicas.

O teste Anova mostrou que houve uma relação de parábola entre as ICSAP e as faixas etárias ($p=0,0001$) (Figura 13), ou seja, as ICSAP aumentaram nos extremos das idades, especialmente, nos idosos. Dessa forma, houve relação estatisticamente significativa entre ICSAP e faixa etária.

Nossos achados corroboraram com outros estudos, que demonstraram maior proporção e taxa de ICSAP nos idosos (Cardoso et al., 2013; Dourado et al., 2011; Fernandes et al., 2009; Pazó et al., 2012; Nedel et al., 2008), seguida pela faixa de zero a quatro anos (Dourado et al., 2011; Pazó et al., 2012; Nedel et al.,

2008); e diferiram dos estudos de Ansari et al. (2013) e Gusmano et al. (2014), que não encontraram essa relação, com relação aos idosos.

Utilizando o teste *t* de Student para verificar a relação estatística entre ICSAP e sexo, não foi evidenciada relação estatisticamente significativa entre essas variáveis. Esse resultado assemelhou-se ao de outros estudos (Fernandes et al., 2009; Gusmano et al., 2014; Pazó et al., 2012), e diferiu do estudo de Ansari et al. (2013), no qual o sexo feminino esteve associado a essas internações.

Os resultados satisfatórios dos indicadores socioeconômicos de Cotia podem ter contribuído para a proporção de ICSAP encontrar-se dentro do esperado, visto que os determinantes socioeconômicos estão relacionados às ICSAP (Ansari et al., 2012; Ansari et al., 2013; Caminal-Homar, Casanova-Matutano, 2003; Gusmano et al., 2014; Rehem, Egry, Ciosak, 2013).

É necessário salientar que a Granja Viana, um dos bairros de Cotia, possuía os indicadores socioeconômicos mais elevados da região, possivelmente mascarando esse perfil. Além disso, cerca de 40% da população possuía Plano de Saúde Suplementar, em 2010, podendo não utilizar os serviços públicos de saúde ofertados (São Paulo, 2013b), e, assim, não estariam refletindo nas internações analisadas.

Deve-se interpretar as ICSAP com cautela, pois esse indicador pode estar relacionado a um conjunto de determinantes, sendo que os resultados vão além do nível do cuidado em saúde, e estão relacionados, também, aos determinantes sociais do PSD (Cardoso et al., 2013).

A determinação social dos problemas de saúde indica que a disponibilidade de outros recursos, especialmente os relacionados às condições socioeconômicas dos grupos sociais, pode definir o resultado das internações de forma mais direta do que considerando apenas aspectos da atenção à saúde (Elias, Magajewski, 2008).

Dessa forma, a TDSPSD foi adotada para iluminar o objeto de estudo, devido às limitações em utilizar o indicador ICSAP responsabilizando apenas o primeiro nível de atenção por essas interações (Rehem, 2011).

7 Conclusões

7 CONCLUSÕES

Estudar as ICSAP e as suas relações com os determinantes sociais e as organizações de saúde, mostrou a complexidade e a dificuldade em realizar uma intervenção objetiva na melhora de seus resultados.

Conhecer os detalhes das organizações de saúde de Cotia, com suas fragilidades, idas e vindas, possibilitou apreender que alguns aparelhos influem diretamente no acesso da população aos serviços de saúde e, conseqüentemente, podem levar a maior número de internações.

Este estudo evidenciou o perfil sócio-demográfico, a organização dos serviços de saúde, as internações gerais e por CSAP e as relações estatísticas entre as ICSAP com a ESF, o sexo e a faixa etária.

Quanto ao perfil sociodemográfico dos residentes do município de Cotia, as faixas etárias prevalentes estiveram relacionadas, especialmente, aos adultos e houve predomínio do sexo feminino. Cotia apresentou melhora nos indicadores socioeconômicos analisados, porém, é necessário salientar que a Granja Viana, um bairro privilegiado socialmente, pertence ao município, podendo ter mascarado estes resultados.

Em Cotia, como na maior parte dos sistemas de saúde brasileiros, há a problemática da fragmentação dos serviços de saúde, somada ao gerenciamento estadual da assistência hospitalar, dificultando a governabilidade do município sobre estes prestadores, e a sobrevalorização, por parte da população, da atenção hospitalar.

Houve aumento das internações gerais, que pode ter ocorrido devido ao fechamento do HRC, em praticamente todo o ano de 2008, às políticas de admissão hospitalar e a outras ofertas de tecnologia em saúde, como leitos, PS e outros serviços.

As internações gerais predominaram no sexo feminino, durante todo o período, mesmo desconsiderando os partos.

A principal causa de internação geral nos homens foi: lesões por envenenamento e algumas outras consequências de causas externas, que correspondeu à sexta causa nas mulheres, relacionadas à maior exposição masculina à violência urbana.

Houve predomínio das internações gerais nas faixas etárias de adultos em idades menos avançadas, com menor participação dos idosos.

Com relação às ICSAP, a porcentagem, desconsiderando os partos, foi de 16,61%, no período, evidenciando resultados dentro dos parâmetros expostos em outros estudos, podendo estar relacionada à melhoria dos indicadores socioeconômicos, à organização do sistema de saúde e às características da população.

A proporção de ICSAP, da mesma forma que das internações gerais, aumentou ao longo do período, exceto em 2010, reforçando a hipótese de que o aumento das internações leva ao das ICSAP.

Houve predomínio de ICSAP no sexo masculino, exceto em 2010 e 2012. O aumento dessas internações, nas mulheres, em 2010, pode ter ocorrido devido à mudança de perfil demográfico, e, em 2012, devido à inauguração da Clínica da Mulher, identificando e referenciando a demanda reprimida, em estado de saúde mais agravado, para a hospitalização.

Houve prelavência dos adultos em idades mais avançadas e idosos nas ICSAP. Além disso, essas internações reduziram nos adultos e aumentaram nos idosos, de forma mais expressiva do que nas internações gerais, demonstrando que atingiram mais os idosos do que os demais grupos populacionais.

Ainda, as taxas de ICSAP predominaram nas faixas etárias dos idosos seguidas pelas crianças, menores de um ano e de um a quatro anos, evidenciando que essas internações concentraram-se nos extremos das idades.

As principais causas de ICSAP, doenças cerebrovasculares, insuficiência cardíaca, hipertensão, infecção do rim e trato urinário, doenças pulmonares e diabetes mellitus, estiveram relacionadas, majoritariamente, às DCNT, como era esperado pela elevada porcentagem e taxa dessas internações nos idosos.

Vale ressaltar que o elevado número de internações por doenças cerebrovasculares, no período, pode sim, estar relacionado à inefetividade da APS no controle da hipertensão, entretanto, deve-se questionar que alguns agravos nessa área, não são passíveis de controle a nível de APS, devendo ser tratados diretamente a nível hospitalar, extrapolando a capacidade do primeiro nível de atenção. Assim, esse item deveria ser revisto e melhor definido.

As doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis, a anemia, a infecção de ouvido, nariz e garganta, a asma, as doenças nutricionais, as doenças dos órgãos pélvicos femininos e a úlcera gastrointestinal mantiveram baixa proporção de internação em todo o período, evidenciando que, possivelmente, a APS, e outros serviços que compõem o sistema de saúde, estão sendo efetivos para manter a baixa frequência dessas internações.

Ao aplicar a correlação de Pearson, a quantidade de equipes de ESF mostrou uma relação diretamente proporcional com as ICSAP, ao contrário do esperado, e influenciou em apenas cerca de 24,30% dessas internações, demonstrando que outras ações e serviços de saúde determinaram as internações.

Com relação ao perfil demográfico, o teste Anova demonstrou relação estatisticamente significativa entre faixa etária e ICSAP, enquanto o teste t de Student não evidenciou relação estatisticamente significativa entre sexo e essas internações.

As condições de vida e trabalho, que influenciam a longevidade, podem alterar o curso de algumas doenças e suas internações, assim, é necessário aprofundamento em estudos posteriores, nessa localidade, para conhecimento dos demais determinantes das ICSAP, inclusive socioeconômicos, e dos motivos

para a relação diretamente proporcional entre ESF e essas internações.

Estudos que olhem para a diferença entre os sexos como uma questão de gênero e das faixas etárias como geração e que considerem a classe social e a etnia, além dos processos de produção e reprodução social, que se dão de acordo com os modos de trabalhar e viver dos indivíduos, são essenciais para fazer análises mais aprofundadas acerca das ICSAP, pois geram discussões sobre determinantes das hospitalizações, que podem impactar, futuramente, em políticas públicas que as considerem.

Finalmente é importante ressaltar que o indicador ICSAP possui limitações, dentre elas a análise restrita às internações no SUS, desconsiderando a saúde suplementar; a impossibilidade de correções após o faturamento; a AIH ser um instrumento voltado para o faturamento, podendo ocorrer registro intencional de diagnóstico diferente para obter maior repasse do SUS; e o SIH-SUS não ser sensível para captação de todas as verdadeiras ICSAP.

Referências

REFERÊNCIAS

Achutti A, Azambuja MIR. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. Ciênc. saúde colet [Internet]. 2004 [citado 2014 jan 22]; 9(4):833-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a02v9n4>.

Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, 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 Saude Publica [Internet]. 2009 [citado 2013 fev 12]; 25(6): 1337-49. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000600016.

Ansari Z, Haider SI, Ansari H, Gooyer T, Sindall C. Patient characteristics associated with hospitalisations for ambulatory care sensitive conditions in Victoria, Australia. BMC Health Serv Res [Internet]. 2012 [citado 2013 jun 15];12:475. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/475>.

Ansari Z, Rowe S, Ansari H, Sindall C. Small area analysis of ambulatory care sensitive conditions in Victoria, Australia. Popul Health Manag [Internet]. 2013 [citado 2013 dez 15]; 16(3):190-200. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23405877>.

Barbosa SP, Oliveira AD. A epilepsia na Estratégia Saúde da Família: a assistência sob a ótica do paciente. R. Enferm. Cent. O. Min. [Internet]. 2012 [citado 2014 mai 8]; 2(3):369-75. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/229/351>.

Barreto JOM, Nery IS, Costa MSC. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. Cad Saude Publica [Internet]. 2012 [citado 2013 jul 15]; 28(3): 515-26. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012000300012&script=sci_arttext.

Billings J, Zeitel L, Lukomnik J, Carey TS, Blank AE, Newman L. Impact Of Socioeconomic Status On Hospital Use In New York City. Health Aff [Internet]. 1993 [citado 2013 jan 11]; 12(1):162-73. Disponível em: <http://content.healthaffairs.org/content/12/1/162.long>.

Boing AF, Vicenzi RB, Magajewski F, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, et al. Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2012 [citado 2013 nov 2]; 46(2): 359-66. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n2/3709.pdf>.

Booth GL, Hux JE. Relationship between avoidable hospitalizations for diabetes mellitus and income level. *Arch Intern Med* [Internet]. 2003 [citado 2013 nov 12]; 163(1): 101-6. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12523923>.

Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 set. 1990 [citado 2013 fev 13]. Seção 1:18055. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica (NOB) 01/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde [Internet]. In: Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica 01/96. Brasília; 1996 [citado 2013 jan 14]. Disponível em: http://www.esp.rs.gov.br/esp2/img2/NOB%20SUS%2001_96.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual para Organização da Atenção Básica [Internet]. Brasília; 1998 [citado 2013 fev 17]. Disponível em: http://www.brasilsus.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=15986.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Agentes Comunitários de Saúde [Internet]. Brasília (DF); 2001 [citado 2013 mar 9]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. Atenção Primária – Seminário do CONASS para construção de consensos [Internet]. Brasília; 2004 [citado 2013 mar 12]. 44p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/conass_documenta2.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. In: Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica; 2006a [citado 2013 mai 13]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto [Internet]. In: Brasil. Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde; 2006b [citado 2013 mai 12]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados [Internet]. Brasília, 2008a; 201 p [citado 2013 dez 7]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/saude_familia_no_brasil_uma_analise_indicadores_selecionados_1998_2006.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 221, de 17 de abril de 2008. Publica em forma de anexo a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária [Internet]. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília. 21 set. 2008b [citado 2012 nov 7]. Seção 1:50. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-221.htm>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.944, de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem [Internet]. Brasília; 2009 [citado 2014 out 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, 31 dez. 2010 [citado 2013 jun 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 2.488, de 21 de abril 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) [Internet]. In: Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica; 2011a [citado 2013 mai 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. Atenção Primária e Promoção da saúde [Internet]. Brasília; 2011b [citado 2013 jun12]. Disponível em: http://www.conass.org.br/colecao2011/livro_3.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Manual técnico operacional do sistema de informações hospitalares [Internet]. Brasília; 2011c. [citado 2013 mai 20]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual_SIH_Abril_2011.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico de Cobertura Saúde da Família [Internet]. Brasília; 2013a [citado 2013 jul 2]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Informações de Saúde – Rede Assistencial. Brasília, 2013b. [citado 2013 jun 10]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204>.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Informações de Saúde Demográficas e Socioeconômicas [Internet]. Brasília, 2013c [citado 2013 abr 17]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popsp.def>.

Brasil. Atlas do Desenvolvimento Humano. Perfil Municipal [Internet]. 2013d. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013>.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Morbidade Hospitalar do SUS por local de internação - Notas Técnicas [Internet]. Brasília, 2013e [citado 2013 jun 12]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>.

Brasil. Ministério da Saúde; Portal da Saúde. Atenção Domiciliar no âmbito do SUS (Programa Melhor em Casa) [Internet]; 2014 [citado 2014 mar 3]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_melhor_em_casa.php.

Caminal-Homar J, Casanova-Matutano C. La evaluacion de la atencion primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual. Aten Primaria [Internet]. 2003 [citado 2012 dez 5]; 31(1):61-5. Disponível em: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/27/27v31n01a13042583pdf001.pdf>.

Caminal-Homar J, Starfield B, Sanchez E, Casanova-Matutano C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. Eur J of Public Health [Internet]. 2004 [citado 2012 nov 6]; 14: 246-51. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15369028>.

Campos AZ, Theme-Filha MM. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. Cad Saude Publica [Internet]. 2012 [citado 2013 jul 12]; 28(5): 845-55. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X201200500004&script=sci_arttext.

Campos CMS. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do Estado (os trabalhadores de saúde) [Internet]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2004 [citado 2013 jun 4]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-14122004-103934/pt-br.php>.

Cardoso CS, Pádua CM, Rodrigues-Júnior AA, Guimarães DA, Carvalho SF, Valentin RF, et al. Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2013 [citado 2013 dez 20]; 34(4): 227-34. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v34n4/03.pdf>.

Carneiro JA, Caldeira AP, Santana KR, Fernandes VBL. Percepção de médicos sobre a Lista Nacional de Condições Sensíveis a Atenção Primária. Rev APS [Internet]. 2011 [citado 2013 dez 12]; 14(3):296-302. Disponível em: <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1066/507>.

Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” [Internet]. São Paulo: Secretária da Saúde de São Paulo [citado 2014 mai 12]. Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE). 2014. Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br>.

Cervato AM, Mazzilli RN, Martins IS, Marucci MFN. Dieta habitual e fatores de risco para doenças cardiovasculares. Rev. Saúde Pública [Internet]. 1997 [citado 2014 abr 2]; 31(3): 227-35. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v31n3/2200.pdf>.

Clínica da Mulher é inaugurada em Cotia!. Cotia: Portal Viva Cotia [Internet]; 2011 [citado 2014 abr 13]. Disponível em: http://www.portalviva.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=4752:clinica-da-mulher-e-inaugurada&catid=25:mulher&Itemid=30.

Cotia. Hospital Regional de Cotia – Histórico. [Internet]. 2013 [citado 2013 nov 10]. Disponível em: <http://www.hrc.org.br/historico.php>.

Cotia. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Diretor 2005-2008. [entre 2005 e 2008].

Cotia recebe recursos para auxílio às gestantes. Cotia: Cotia Todo Dia [Internet]; 2012a [citado 2014 abr 13]. Disponível em: <http://www.cotia tododia.com.br/cotia-recebe-recurso-para-auxilio-as-gestantes/>.

Cotia/SP – Policlínica do Portão inaugura novo modelo de atendimento em saúde. Cotia: Granja News [Internet]; 2010 [citado 2014 abr 15]. Disponível em: <http://granjanews.com.br/novo/index.php?q=node/2145>.

Dias-da-Costa JS, Buttenbender DC, Hoefel AL, Souza LL. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2010 [citado 2013 dez 17]; 26(2):358-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n2/14.pdf>.

Dourado I, Oliveira VB, Aquino R, Bonolo P, Lima-Costa MF, Medina MG, et al. Trend in Primary Health Care Conditions in Brazil: the role of Primary Health Program (Project ICSAP-Brazil). Medical Care [Internet]. 2011 [citado 2014 jan 12]; 49(6):577-84. Disponível em: [http://www.researchgate.net/publication/50831953_Trends_in_primary_health_care-sensitive_conditions_in_Brazil_the_role_of_the_Family_Health_Program_\(Project_ICSAP-Brazil\)](http://www.researchgate.net/publication/50831953_Trends_in_primary_health_care-sensitive_conditions_in_Brazil_the_role_of_the_Family_Health_Program_(Project_ICSAP-Brazil)).

Egry EY. Saúde Coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996. Bases teóricas para a aproximação do fenômeno; p.60-7.

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. [Internet]. 2008 [citado 2012 nov 2]; 11(4): 633-47. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2008000400011&script=sci_arttext.

Fernandes VBL, Caldeira AP, Faria AA, Rodrigues Neto JF. Interações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2009 [citado 2013 nov 5]; 43(6): 928-36. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n6/03.pdf>.

Fonseca RMGS, Bertolozzi MR. A epidemiologia social e a assistência à saúde da população. In: Fonseca RMGS. A Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva e o Uso da Epidemiologia Social. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 1997.

Greve parcial afeta rede de saúde de Cotia. Cotia: Cotia Todo Dia [Internet]; 2012c. Disponível em: <http://www.cotiatododia.com.br/greve-parcial-afeta-rede-se-saude-de-cotia/>.

Gusmano MK, Weisz D, Rodwin VG, Lang J, Qian M, Bocquier A, et al. Disparities in access to health care in three French regions. Health Policy [Internet]. 2014 [citado 2014 mar 12]; 114(1):31-40. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23927846>.

Haddad N. Metodologia de estudos em ciências da saúde: como planejar, analisar e apresentar um trabalho científico. 1ª ed. São Paulo: Roca; 2004.

Hochman B, Nahas FX, Oliveira Filho RS de, Ferreira LM. Desenhos de pesquisa. Acta Cir. Bras [Internet]. 2005 [citado 2014 nov 15]; 20(2): 2-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/acb/v20s2/v20s2a02.pdf>.

Ibañez N. Sistema local de saúde de Cotia: estudo de caso. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1990 [citado 2013 nov 5].

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). IBGE Cidades [Internet]. São Paulo. Cotia. Censo demográfico de 2010 [citado 2013 mar 14]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=351300>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Indicadores sociais mínimos – conceitos [Internet]. Brasília, 2013 [citado em 2013 abr 12]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicao_devida/indicadoresminimos/conceitos.shtm.

Jardim Sandra recebe a primeira Clínica da Família de Cotia. Cotia: Imprensa Cotia [Internet]; 2009 [citado 2014 abr 12]. Disponível em: <http://imprensacotia.wordpress.com/2009/12/21/jardim-sandra-recebe-a-primeira-clinica-da-familia-de-cotia>.

Junqueira RMP, Duarte EC. Internações hospitalares por causas sensíveis à atenção primária no Distrito Federal, 2008. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2012 [citado 2013 jun 12]; 46(5): 761-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102012000500001&script=sci_arttext.

Kodiak B. Há 35 dias sem chuva, Cotia sofre com tempo seco. *Cotia Todo Dia* [Internet]. 22 ago. 2012 [citado 2014 abr 20]. *Vida e Saúde*. Disponível em: <http://www.cotiatododia.com.br/ha-35-dias-sem-chuva-cotia-sofre-com-tempo-seco/>.

Kofes S. Categorias analítica e empírica: gênero e mulher: disjunções, conjunções e mediações. In: XVIII Reunião da Associação Brasileira de Antropologia; 1992 abr.12-15; Belo Horizonte. Belo Horizonte: (ABA); 1992. p.19-30.

Lima RN, Medeiros Junior ME, Martins JS, Santos EP, Bourget MMM. Desempenho de indicadores nos municípios com alta cobertura da Estratégia Saúde da Família no Estado de São Paulo. *Ver bras med fam comunidade* [Internet]. 2012 [citado 2013 ago 1]; 7(24). Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/index.php/rbmfc/article/view/270/501>.

Lima-Costa MF, Barreto SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiol Serv Saude* [Internet]. 2003 [citado 2012 nov 5]; 12(4): 189-201. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v12n4/v12n4a03.pdf>.

Longman JM, Singer JB, Gao Y, Barclay LM, Passey ME, Pirotta JP, et al. Community based service providers' perspectives on frequent and/or avoidable admission of older people with chronic disease in rural NSW: a qualitative study. *BMC Health Services Research* [Internet]. 2011 [citado 2013 nov 2]; 11:11p. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/265>.

Loyola Filho AI, Matos DL, Glatti L, Alfradique ME, Peixoto SV, Lima-Costa MF. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2004 [citado 2014 jan 2]; 13(4):229-38. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v13n4/v13n4a05.pdf>.

Machado CV, Lima LD, Viana LS. Configuração da atenção básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008 [citado 2014 mar 3]; 24(1):42-57. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/10.pdf>.

Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of Primary Care Systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res* [Internet]. 2003 [citado 2013 mai 2]; 38(3): 831-65. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12822915>.

Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil: 1990-2002. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 2006 [citado 2012 nov 12]; 60(1): 13-9. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16361449>.

Marques AP. Análise das causas de internação de idosos segundo a classificação de Condições Sensíveis à Atenção Primária: estudo da evolução temporal no Estado do Rio de Janeiro [Internet]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2012 [citado 2013 jun 9]. Disponível em: <http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2918>.

Marques S. Hospital de Cotia descumpre lei e não tem leitos psiquiátricos. *Cotia Todo Dia* [Internet], 7 fev. 2012 [citado 2014 abr 12]. Vida e Saúde. Disponível em: <http://www.cotiatododia.com.br/hospital-de-cotia-descumpre-lei-e-nao-tem-leitos-psiquiatricos/>.

_____. Saúde: prefeitura diz que salários foram depositados. *Cotia Todo Dia* [Internet], 21 nov. 2011 [citado 2014 abr 13]. Vida e Saúde. Disponível em: <http://www.cotiatododia.com.br/saude-com-salarios-atrasa-dos-funcionarios-ameacam-greve/>.

Melo MD. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Guarulhos: um olhar da Enfermagem em Saúde Coletiva [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2014 [citado 2014 out 15].

Melo W. Prefeitura de Cotia rompe com Instituto Vida. *Revista Circuito, Cotia* [Internet], 15 out. 2012 [citado 2014 abr 12]. Notícias. Disponível em: <http://revistacircuito.info/noticias/1194-prefeitura-de-cotia-rompe-com-instituto-vida.html>.

Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde [Internet]. Belo Horizonte (MG): ESP-MG; 2009 [citado 2013 jun 14]. Disponível em: http://www.oiapss.org/wp-content/uploads/2013/05/Redes_Atencao_Saude_Eugenio_2ed.pdf.

Mendes JDV. Morbidade nas internações de idosos no SUS/SP em 2010. *Gais Informa* [Internet]. 2011 [citado 2014 jan 15]; (9): 1-21. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/gais-informa/gais_jornal_9.pdf.

_____. Mortalidade por causas externas no Estado de São Paulo em 2010. Gais Informa [Internet]. 2012 [citado 2014 jun 3]; (13): 1-9. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/destaques/gais_jornal_13.pdf.

Moura BLA, Cunha RC, Aquino R, Medina MG, Mota ELA, Macinko J, et al. Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. [Internet]. 2010 [citado 2013 nov 3]; 10(1): 583-91. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292010000500008&script=sci_arttext.

Muraro CF, Gigante LP, Nedel FB, Carvalho TGML, Domenech SC, Gevaerd MS. Estratégia Saúde da Família e as Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária nos idosos. Revista Baiana de Saúde Pública [Internet]. 2013 [citado 2013 nov 12]; 37(1):20-33. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/341/361>.

Nedel FB, Facchini LA, Martín-Mateo M, Vieira LAS, Thumé EI. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). Rev. Saúde Pública [Internet]. 2008 [citado 2014 dez 3]; 42(6): 1041-52. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000600010&script=sci_arttext.

Niefeld MR, Braunstein JB, Wu AW, Saudek CD, Weller WE, Anderson GF. Preventable hospitalization among elderly Medicare beneficiaries with type 2 diabetes. Diabetes Care [Internet]. 2003 [citado 2013 dez 2]; 26(5): 1344-9. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12716786>.

Oliveira AC, Simões RF, Andrade MV. A relação entre a atenção primária à saúde e as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial nos municípios mineiros. In: XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP; 2008 set-out; Minas Gerais [Internet]. 2008 [citado 2013 abr 10]. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docspdf/ABEP2008_1092.pdf.

Oliveira MAC, Egry EY. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. Rev Esc Enferm USP. 2000; 34(1):9-15.

Oliveira BRG, Viera CS, Collet N, Lima RAG. Causas de hospitalização no SUS de crianças de zero a quatro anos no Brasil. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2010 [citado 2013 nov 17]; 13(2):268-77. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n2/09.pdf>.

Organização Mundial da Saúde. Atenção Primária em Saúde: Agora mais que nunca [Internet]. Lisboa: Organização Mundial da Saúde (OMS); 2008 [citado 2013 abr 12]. Disponível em: http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf.

PA Portão tem horário de atendimento reduzido. Cotia: Cotia Todo Dia [Internet]; 2012e [citado 2014 abr 13]. Disponível em: <http://www.cotiatododia.com.br/saude-reduz-horario-de-atendimento-do-pa-portao/>.

PA do Portão, reaberto deve atender 400 por dia. Cotia: Cotia Todo Dia [Internet]; 2011 [citado 2014 abr 15]. Disponível em: <http://www.cotiatododia.com.br/pa-do-portao-foi-reaberto-e-deve-atender-400-pessoas-por-dia>.

Pazó RG, Frauches DO, Galvêas DP, Stefenoni AV, Cavalcante ELB, Pereira-Silva FH. Internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo: estudo ecológico descritivo no período 2005-2009. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2012 [citado 2013 set 12]; 21(2): 275-82. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v21n2/v21n2a10.pdf>.

Pestana M, Mendes EV. Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2004.

População terá remédio para asma gratuito. Cotia: Cotia Todo Dia [Internet]; 2012f [citado 2014 abr 14]. Disponível em: <http://www.cotiatododia.com.br/populacao-tera-remedio-para-asma-gratuito>.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil [Internet]. 2013 [citado 2014 fev 2]. Disponível em: http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/guarulhos_sp.

Região dos Mananciais. Mapa da saúde da Região Mananciais – RRAS 04. 2012 [citado 2014 mar 13].

Rehem TCMSB. Internações sensíveis à Atenção Primária: limites e possibilidades da lista brasileira de diagnósticos [Internet]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2011 [citado 2013 fev 2]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-27012012-124850/pt-br.php>.

Rehem TCMSB, Egry EY. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Estado de São Paulo. Cien Saude Colet [Internet]. 2011 [citado 2013 mar 4]; 16(12): 4755-66. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/24.pdf>.

Rehem TCMSB, Ciosak SI, Egry EY. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Hospital Geral de uma microrregião de saúde do Município de São Paulo, Brasil. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2012 [citado 2013 mai 13]; 21(3): 535-42. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a07.pdf>.

Rehem TCMSB, Egry EY, Ciosak SI. Internações Sensíveis à Atenção Primária: uso de ferramenta decodificadora para estudo das percepções dos profissionais da saúde, São Paulo, Brasil. *Indagatio Didactica* [Internet]. 2013 [citado 2014 jan 12]; 5[N.esp.2]:233-49. Disponível em: <http://revistas.ua.pt/index.php/ID/article/view/2448/2319>.

Rehem TCMSB, Oliveira MRF, Amaral TCL, Ciosak SI, Egry EY. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em uma metrópole brasileira. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [citado 2014 fev 13]; 47(4):884-90. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0884.pdf>.

Richardson RJ. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

Rodrigues-Bastos RM, Campos EM, Ribeiro LC, Firmino RU, Bustamante-Teixeira MT. Hospitalizations for primary care-sensitive conditions in a Southern Brazilian municipality. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2013 [citado 2014 mar 3]; 59(2):120-7. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23582552>.

Rosa AM, Ignotti E, Hacon SS, Castro HA. Análise das internações por doenças respiratórias em Tangará da Serra – Amazônia Brasileira*. *J Bras Pneumol* [Internet]. 2008 [citado 2014 mai 3]; 34(8): 575-82. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132008000800006&script=sci_arttext.

Santos VCF, Kalsing A, Ruiz ENF, Gerhardt TE. Perfil das Internações por Doenças Crônicas Não-Transmissíveis Sensíveis à Atenção Primária em idosos da metade sul do RS. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2013 [citado 2014 jul 13]; 34(3):124-31. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n3/a16v34n3.pdf>.

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Plano Diretor de Regionalização – PDR do Estado de São Paulo [Internet]. São Paulo, 2008 [citado 2013 mai 12]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pdr_sp.pdf.

São Paulo (Estado). Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo. Condições de Vida e Saúde na região metropolitana de São Paulo [Internet]. São Paulo, 2010 [citado 2013 abr 14]. Disponível em: http://observasaude.fundap.sp.gov.br/RgMetropolitana/Condio%20de%20Vida%20e%20Sade/Caderno%20Condi%C3%A7%C3%B5es%20de%20Vida%20e%20Sa%C3%BAde%20na%20RMSP/CVeS_RelFnl_2010mai07.pdf

São Paulo (Estado). Secretaria do Estado de São Paulo. Boletim Eletrônico do Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde. Mortalidade no Estado de São Paulo em 2010 [Internet]. São Paulo, 2011a [citado 2013 jun 10]. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/gais-informa/jornal_gais_novembro_2011.pdf.

São Paulo (Estado). Empresa Paulista de Planejamento Metropolitano (Emplasa) [Internet]. 2011b [citado 2014 mar 5]. Disponível em: <http://200.144.28.146/uits/municipioSP/distritos/PDFs/pdfs/COTIA.pdf>.

São Paulo (Estado). Secretaria do Estado de São Paulo. Deliberação CIB - 92, de 7 de dezembro de 2012 [Internet]. São Paulo, 2012 [citado 2013 mai 12]. Diário Oficial da União, São Paulo, 8 dez. 2012. Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/bibliote/informe_eletronico/2012/iels.dez.12/iels231/E_DL-CIB-92_071212.pdf.

São Paulo (Estado). Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Regional. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE) [Internet]. São Paulo; 2013a [citado 2013 mai 2]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/>.

São Paulo (São Paulo). Secretaria do Estado de São Paulo. Mapa de Saúde [Internet]. São Paulo, 2013b [citado 2013 mai 13]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/mapa-de-saude>.

Saúde de Cotia tem parecer desfavorável do Tribunal de Contas. Cotia: Cotia [Internet]; 2012a [citado 2014 abr 12]. Disponível em: http://www.portalviva.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=8010:tcu-pode-nao-aprovar-contas-da-prefeitura-de-cotia&catid=41:politica&Itemid=84.

Saúde de Cotia: funcionários do Vida querem explicações. Cotia: Portal Viva Cotia [Internet]; 2012b [citado 2014 abr 10]. Disponível em: http://www.portalviva.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=7821:institutos-vida-e-acqua-funcionarios-&catid=13:saude&Itemid=144.

Saúde em Cotia deixa moradores irritados. Cotia: Cotia Todo Dia [Internet]; 2012d [citado 2014 abr 13]. Disponível em: <http://www.cotiatododia.com.br/moradores-reclamam-da-situacao-dos-postos-de-saude>.

Saúde inaugura nova Central de Urgência e Emergência de Cotia. Cotia: Portal Viva Cotia [Internet]; 2010a. Disponível em: http://www.portalviva.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3853:saude-inaugura-nova-central-de-urgencia-e-emergencia-de-cotia&catid=13:saude&Itemid=144.

Segundo a Cetesb, Região Oeste tem o ar com a pior qualidade do Estado de SP. Cotia está na lista. Cotia: Portal Viva Cotia [Internet]; 2010b [citado 2014 mai 2]. Disponível em: http://www.portalviva.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2904:segundo-a-cetesb-regiao-oeste-tem-o-ar-com-a-pior-qualidade-do-estado-de-sp-cotia-esta-na-lista&catid=6:cidade&Itemid=127.

Sem exames, usuários se revoltam no PA de Caucaia. Cotia: Cotia Todo Dia [Internet]; 2012b [citado 2014 abr 12]. Disponível em: <http://www.cotiatododia.com.br/sem-exames-usuarios-se-revoltam-no-pa-de-caucaia>.

Scheid SSM. 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 [monografia]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul [Internet]; 2011 [citado 2014 mar 3]. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/34056/000790203.pdf?sequence=1>.

Silva TS. Internações hospitalares segundo condições sensíveis à atenção primária no DF : análise dos anos de 2008 a 2012 [Internet]. Brasília: Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, 2013 [citado 2014 jan 13]. Disponível em: http://bdm.bce.unb.br/bitstream/10483/6778/1/2013_ThaisSousadaSilva.pdf.

Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia [Internet]. Brasília (DF): UNESCO Brasil; 2002 [citado 2013 jun 7]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf.

Souza LL, Dias-da-Costa JS. Internações por condições sensíveis à atenção primária nas coordenadorias de saúde no RS. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2011 [citado 2013 set 2]; 45(4): 765-72. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000400017.

Torres RL, Rehem TCMSB, Egry EY, Ciosak SI. O panorama das internações por condições sensíveis à atenção primária em um distrito de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 [citado 2013 fev 4]; 45(N.esp.2): 1661-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000800004&script=sci_arttext.

Trevizan S, Coutinho SED. Perfil epidemiológico da coqueluche no Rio Grande do Sul, Brasil: estudo da correlação entre incidência e cobertura vacinal. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2008 [citado 2014 abr 2]; 24(1):93-102. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/08.pdf>.

Trindade NR, Souza Neto MA, Toledo OR, Moraes EV, Ferrari CKB, David FL. Causas de internação hospitalar em adultos de um município na Amazônia Legal, Brasil. *JMPHC* [Internet]. 2013 [citado 2014 fev 2]; 4(2):70-6. Disponível em: <http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/view/95/84>.

Vieira S. Introdução à Bioestatística. Rio de Janeiro (RJ): Elsevier Editora Ltda; 2008. Noções sobre correlação; 107-24.

Wehrmeister FC, Menezes AMB, Cascaes AM, Martínez-Mesa J, Barros AJD. Tendência temporal de asma em crianças e adolescentes no Brasil no período de 1998 a 2008. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2012 [citado 2014 abr 2]; 46(2):242-9. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v46n2/3371.pdf>.

Will JC, Yoon PW. Preventable Hospitalizations for Hypertension: Establishing a Baseline for Monitoring Racial Differences in Rates. *Prev Chronic Dis* [Internet]. 2013 [citado 2013 ago 2]; 10: 1-9. Disponível em: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2013/12_0165.htm.

Apêndices

APÊNDICES

Apêndice 1A - Internações gerais mensais, em 2008. Cotia/SP. 2013

CID10 Capítulos		Nov	Dez	Total
I.	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	27	21	48
II.	Neoplasias (tumores)	4	4	8
III.	Doenças sangue Órgãos hemat e transt imunitar	5	1	6
IV.	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	15	12	27
V.	Transtornos mentais e comportamentais	2	3	5
VI.	Doenças do sistema nervoso	10	3	13
VII.	Doenças do olho e anexos	19	5	24
VIII.	Doenças do ouvido e da apófise mastoide	1	1	2
IX.	Doenças do aparelho circulatório	98	52	150
X.	Doenças do aparelho respiratório	82	44	126
XI.	Doenças do aparelho digestivo	43	58	101
XII.	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	14	19	33
XIII.	Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	8	2	10
XIV.	Doenças do aparelho geniturinário	45	36	81
XV.	Gravidez, parto e puerpério	313	168	481
XVI.	Algumas afec originadas no período perinatal	58	36	94
XVII.	Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	1	3	4
XVIII.	Sint sinais e achad anorm ex clin e laborat	30	21	51
XIX.	Lesões enven e alg out conseq causas externas	65	51	116
XX.	Causas externas de morbidade e mortalidade	1	0	1
XXI.	Contatos com serviços de saúde	5	3	8
Total		846	543	1.389

Fonte: SIH-SUS

Apêndice 1B - Internações gerais mensais, em 2009. Cotia/SP. 2013

CID10 Capítulos		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
I.	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	0	69	13	19	6	20	9	10	29	24	21	221
II.	Neoplasias (tumores)	0	0	22	15	9	6	10	13	9	7	5	3	99
III.	Doenças sangue Órgãos hemat e transt imunitar	0	0	9	5	0	5	6	4	4	4	1	4	42
IV.	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	0	0	22	16	16	10	9	2	5	17	9	12	118
V.	Transtornos mentais e comportamentais	1	1	6	0	2	1	1	0	3	2	2	2	21
VI.	Doenças do sistema nervoso	0	2	14	8	4	10	8	4	5	10	3	7	75
VII.	Doenças do olho e anexos	0	0	14	7	6	2	9	13	11	14	5	2	83
VIII.	Doenças do ouvido e da apófise mastoide	0	0	3	2	0	0	0	1	0	0	0	0	6
IX.	Doenças do aparelho circulatório	1	7	163	78	87	55	103	70	80	90	64	72	870
X.	Doenças do aparelho respiratório	2	2	107	52	82	48	56	71	54	58	48	49	629
XI.	Doenças do aparelho digestivo	0	0	159	48	59	61	62	55	71	81	63	67	726
XII.	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	42	12	12	19	14	21	18	18	22	20	198
XIII.	Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0	0	9	2	4	6	3	6	4	4	6	5	49
XIV.	Doenças do aparelho geniturinário	1	0	103	31	44	28	30	47	40	50	52	49	475
XV.	Gravidez, parto e puerpério	0	0	508	196	184	199	256	233	216	273	179	166	2.410
XVI.	Algumas afec originadas no período perinatal	0	0	59	16	26	19	13	18	17	16	8	7	199
XVII.	Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	0	0	18	2	5	4	3	5	1	9	5	5	57
XVIII.	Sint sinais e achad anorm ex clin e laborat	1	0	41	16	16	18	10	22	21	18	18	25	206
XIX.	Lesões enven e alg out conseq causas externas	0	1	192	77	83	79	71	76	73	84	72	91	899
XX.	Causas externas de morbidade e mortalidade	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2
XXI.	Contatos com serviços de saúde	0	0	6	13	9	12	4	4	3	13	9	16	89
Total		7	13	1.566	609	667	588	688	675	645	798	595	623	7.474

Fonte: SIH-SUS

Apêndice 1C - Internações gerais mensais, em 2010. Cotia/SP. 2013

CID10 Capítulos		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
I.	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	25	22	15	10	16	28	33	34	24	20	18	16	261
II.	Neoplasias (tumores)	5	7	5	3	7	14	12	7	8	1	5	6	80
III.	Doenças sangue Órgãos hemat e transt imunitar	5	1	4	4	1	3	3	4	8	6	5	6	50
IV.	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	13	7	3	6	10	9	9	11	12	9	7	5	101
V.	Transtornos mentais e comportamentais	4	3	2	3	2	3	4	3	3	3	0	0	30
VI.	Doenças do sistema nervoso	11	5	5	5	16	8	4	8	10	12	7	3	94
VII.	Doenças do olho e anexos	12	16	12	11	14	16	25	21	25	19	12	10	193
VIII.	Doenças do ouvido e da apófise mastoide	1	0	2	0	0	2	0	2	1	0	1	0	9
IX.	Doenças do aparelho circulatório	68	59	57	52	43	53	109	63	82	82	96	56	820
X.	Doenças do aparelho respiratório	31	41	54	50	51	44	65	32	76	46	75	53	618
XI.	Doenças do aparelho digestivo	67	73	66	64	57	73	79	60	72	63	72	62	808
XII.	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	24	27	29	37	22	29	16	26	22	28	32	32	324
XIII.	Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	3	5	6	4	5	2	6	8	6	4	1	4	54
XIV.	Doenças do aparelho geniturinário	29	61	66	37	32	36	56	32	37	34	42	29	491
XV.	Gravidez, parto e puerpério	268	267	236	261	224	232	249	248	227	217	250	227	2.906
XVI.	Algumas afec originadas no período perinatal	18	20	20	20	23	16	19	23	12	13	34	19	237
XVII.	Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	4	4	2	1	2	6	10	7	2	5	3	5	51
XVIII.	Sint sinais e achad anorm ex clin e laborat	21	21	17	15	7	18	12	12	16	15	17	22	193
XIX.	Lesões enven e alg out conseq causas externas	91	92	69	77	82	88	77	92	81	69	95	87	1.000
XX.	Causas externas de morbidade e mortalidade	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
XXI.	Contatos com serviços de saúde	9	5	16	6	13	18	21	19	9	12	18	19	165
Total		709	736	687	666	627	698	809	712	733	658	790	661	8.486

Fonte: SIH-SUS

Apêndice 1D - Internações gerais mensais, em 2011. Cotia/SP. 2013

CID10 Capítulos		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
I.	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	21	23	15	25	21	27	18	12	11	38	26	23	260
II.	Neoplasias (tumores)	3	7	2	6	3	7	5	6	2	5	8	2	56
III.	Doenças sangue Órgãos hemat e transt imunitar	4	3	4	3	3	3	2	3	3	8	5	4	45
IV.	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	13	10	13	7	20	16	16	12	13	20	11	19	170
V.	Transtornos mentais e comportamentais	6	5	1	0	2	3	3	4	2	9	5	0	40
VI.	Doenças do sistema nervoso	4	4	4	7	4	4	5	12	4	18	7	7	80
VII.	Doenças do olho e anexos	6	12	9	11	15	10	13	21	20	21	18	15	171
VIII.	Doenças do ouvido e da apófise mastoide	2	0	0	1	0	1	0	2	0	0	2	1	9
IX.	Doenças do aparelho circulatório	91	60	76	66	71	85	95	70	86	114	89	94	997
X.	Doenças do aparelho respiratório	58	62	70	47	42	75	61	58	49	103	76	66	767
XI.	Doenças do aparelho digestivo	72	61	58	61	58	70	64	74	73	75	78	72	816
XII.	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	35	31	29	21	30	15	21	22	28	30	36	23	321
XIII.	Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	6	1	4	4	2	9	7	5	6	8	10	4	66
XIV.	Doenças do aparelho geniturinário	50	40	38	36	43	42	39	43	42	68	53	41	535
XV.	Gravidez, parto e puerpério	265	268	289	225	225	198	238	191	183	313	255	244	2.894
XVI.	Algumas afec originadas no período perinatal	17	17	15	11	9	28	21	17	30	25	31	19	240
XVII.	Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	6	3	4	4	4	6	1	7	3	10	7	7	62
XVIII.	Sint sinais e achad anorm ex clin e laborat	23	19	11	11	11	20	3	7	19	16	24	25	189
XIX.	Lesões enven e alg out conseq causas externas	83	82	91	64	94	92	106	81	90	118	110	118	1.129
XX.	Causas externas de morbidade e mortalidade	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	3
XXI.	Contatos com serviços de saúde	6	15	20	6	8	15	9	24	8	11	15	19	156
Total		772	723	753	616	666	726	727	671	672	1011	866	803	9.006

Fonte: SIH-SUS

Apêndice 1E - Internações gerais mensais, em 2012. Cotia/SP. 2013

CID10 Capítulos		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
I.	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	28	29	33	18	23	15	23	8	22	24	15	25	263
II.	Neoplasias (tumores)	4	12	16	8	14	10	12	8	7	8	9	11	119
III.	Doenças sangue Órgãos hemat e transt imunitar	6	4	8	6	7	3	9	6	5	4	3	3	64
IV.	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	5	13	10	13	16	11	15	10	14	12	14	10	143
V.	Transtornos mentais e comportamentais	4	9	7	3	10	8	5	4	3	2	3	3	61
VI.	Doenças do sistema nervoso	5	7	4	8	8	2	13	6	10	2	5	5	75
VII.	Doenças do olho e anexos	7	8	26	9	19	21	23	16	24	20	13	20	206
VIII.	Doenças do ouvido e da apófise mastoide	2	2	4	2	0	0	2	0	1	2	2	1	18
IX.	Doenças do aparelho circulatório	77	101	101	70	101	108	79	78	73	63	81	59	991
X.	Doenças do aparelho respiratório	70	49	70	102	107	93	70	73	73	52	53	38	850
XI.	Doenças do aparelho digestivo	75	71	76	80	85	59	55	50	80	71	66	70	838
XII.	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	23	34	43	35	21	20	26	17	18	22	20	27	306
XIII.	Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	7	7	15	1	6	9	6	6	8	2	1	2	70
XIV.	Doenças do aparelho geniturinário	38	54	68	52	65	57	55	31	48	43	43	44	598
XV.	Gravidez, parto e puerpério	188	248	264	221	284	247	251	215	215	317	226	213	2.889
XVI.	Algumas afec originadas no período perinatal	28	22	37	31	25	16	33	15	18	24	12	23	284
XVII.	Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	5	4	7	5	6	6	5	4	8	8	6	8	72
XVIII.	Sint sinais e achad anorm ex clin e laborat	14	14	14	24	26	20	30	25	25	17	24	19	252
XIX.	Lesões enven e alg out conseq causas externas	80	79	137	96	98	101	96	97	121	95	115	107	1.222
XX.	Causas externas de morbidade e mortalidade	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
XXI.	Contatos com serviços de saúde	22	10	26	29	32	27	28	24	28	22	12	20	280
Total		688	777	967	813	953	833	836	693	802	810	723	708	9.603

Fonte: SIH-SUS

Apêndice 2 - Internações gerais, no período de 2008 a 2012, no Hospital Regional de Cotia.Cotia/SP. 2013

CID10 Capítulos		2008		2009		2010		2011		2012		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
I.	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	140	2,9	305	2,8	381	3,2	372	2,9	406	3,0	1.604	3,0
II.	Neoplasias (tumores)	346	7,1	445	4,2	528	4,4	557	4,4	657	4,9	2.533	4,7
III.	Doenças sangue Órgãos hemat e transt imunitar	37	0,8	70	0,7	72	0,6	74	0,6	91	0,7	344	0,6
IV.	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	69	1,4	147	1,4	148	1,2	208	1,6	188	1,4	760	1,4
V.	Transtornos mentais e comportamentais	153	3,1	144	1,3	142	1,2	161	1,3	193	1,4	793	1,5
VI.	Doenças do sistema nervoso	175	3,6	224	2,1	267	2,2	234	1,8	241	1,8	1.141	2,1
VII.	Doenças do olho e anexos	82	1,7	131	1,2	302	2,5	276	2,2	329	2,5	1.120	2,1
VIII.	Doenças do ouvido e da apófise mastoide	16	0,3	23	0,2	28	0,2	37	0,3	40	0,3	144	0,3
IX.	Doenças do aparelho circulatório	684	14,1	1522	14,2	1415	11,8	1561	12,3	1557	11,7	6.740	12,6
X.	Doenças do aparelho respiratório	330	6,8	846	7,9	867	7,2	1010	7,9	1127	8,5	4.180	7,8
XI.	Doenças do aparelho digestivo	507	10,4	1051	9,8	1191	9,9	1270	10,0	1221	9,2	5.240	9,8
XII.	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	122	2,5	281	2,6	421	3,5	401	3,2	390	2,9	1.615	3,0
XIII.	Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	152	3,1	168	1,6	220	1,8	189	1,5	198	1,5	927	1,7
XIV.	Doenças do aparelho geniturinário	332	6,8	736	6,9	774	6,4	903	7,1	1002	7,5	3.747	7,0
XV.	Gravidez, parto e puerpério	711	14,6	2585	24,1	3080	25,6	3063	24,1	3029	22,7	12469	23,2
XVI.	Algumas afec originadas no período perinatal	136	2,8	249	2,3	285	2,4	281	2,2	319	2,4	1.270	2,4
XVII.	Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	64	1,3	132	1,2	121	1,0	168	1,3	161	1,2	646	1,2
XVIII.	Sint sinais e achad anorm ex clin e laborat	103	2,1	266	2,5	271	2,3	254	2,0	321	2,4	1.215	2,3
XIX.	Lesões enven e alg out conseq causas externas	530	10,9	1245	11,6	1290	10,7	1461	11,5	1519	11,4	6.045	11,3
XX.	Causas externas de morbidade e mortalidade	11	0,2	13	0,1	2	0,0	5	0,0	2	0,0	33	0,1
XXI.	Contatos com serviços de saúde	168	3,5	131	1,2	217	1,8	232	1,8	335	2,5	1.083	2,0
Total		4868	100	10714	100	12022	100	12717	100	13326	100	53651	100

Fonte: SIH-SUS

Apêndice 3 - Internações gerais, no período de 2008 a 2012, na RMSP. São Paulo. 2013

CID10 Capítulos		2008	2009	2010	2011	2012	Total
I.	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	32492	35219	42401	43449	43203	196764
II.	Neoplasias (tumores)	47043	53228	60565	62041	68715	291592
III.	Doenças sangue Órgãos hemat e transt imunitar	6400	7090	7310	7476	7701	35977
IV.	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	14984	15862	16666	16412	15831	79755
V.	Transtornos mentais e comportamentais	53052	49535	50853	50112	49185	252737
VI.	Doenças do sistema nervoso	35841	35582	36853	35637	34374	178287
VII.	Doenças do olho e anexos	10453	11943	13495	15271	16810	67972
VIII.	Doenças do ouvido e da apófise mastoide	3572	3348	3725	3711	3384	17740
IX.	Doenças do aparelho circulatório	96922	106839	114104	114726	111843	544434
X.	Doenças do aparelho respiratório	90677	100968	102099	101658	96611	492013
XI.	Doenças do aparelho digestivo	79593	88552	95693	96179	96050	456067
XII.	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	19301	21708	22710	23880	23144	110743
XIII.	Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	20269	18456	18271	19274	17385	93655
XIV.	Doenças do aparelho geniturinário	48508	57805	65453	65490	65671	302927
XV.	Gravidez, parto e puerpério	202250	216709	218295	220745	218234	1076233
XVI.	Algumas afec originadas no período perinatal	24035	29072	30382	31042	30870	145401
XVII.	Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	9968	10812	11148	11495	10911	54334
XVIII.	Sint sinais e achad anorm ex clin e laborat	16049	14496	17284	16869	15607	80305
XIX.	Lesões enven e alg out conseq causas externas	83662	97493	105483	108959	106751	502348
XX.	Causas externas de morbidade e mortalidade	171	260	253	253	276	1213
XXI.	Contatos com serviços de saúde	41507	33442	33152	32828	31249	172178
Total		936749	1008419	1066195	1077507	1063805	5152675

Fonte: SIH-SUS.

Apêndice 4A - Internações mensais por CSAP, em 2008. Cotia/SP. 2013

ICSAP	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Doenças preveníveis p/imuniz.e cond.sensíveis	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	4
Gastroenterites Infeciosas e complicações	2	0	2	2	0	2	0	2	1	3	15	6	35
Anemia	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2
Deficiências Nutricionais	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	2	0	5
Infecções de ouvido,nariz e garganta	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	4	8
Pneumonias bacterianas	0	0	1	0	2	0	0	0	0	1	2	2	8
Asma	1	1	4	1	2	2	1	0	0	0	8	5	25
Doenças Pulmonares	1	1	2	2	3	2	2	3	4	1	8	7	36
Hipertensão	3	4	1	1	3	3	2	2	1	4	33	18	75
Angina	1	3	3	2	6	2	5	3	6	2	6	5	44
Insuficiência cardíaca	4	2	8	2	2	2	3	3	0	5	28	23	82
Doenças Cerebrovasculares	3	13	1	20	11	14	13	16	14	20	34	19	178
Diabetes Mellitus	0	1	0	0	4	1	1	4	4	3	15	11	44
Epilepsias	0	1	2	0	4	1	1	1	5	2	11	2	30
Infecção do rim e trato urinário	3	1	2	1	1	4	3	2	0	0	25	21	63
Infecção da pele e tecido subcutâneo	1	1	0	0	1	2	0	2	0	0	9	6	22
Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	0	0	1	0	1	0	1	2	0	0	6	3	14
Úlcera gastrointestinal	0	0	2	0	4	2	0	0	0	0	2	2	12
Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	16	2	19
Total	19	28	30	33	46	41	32	43	36	41	221	136	706

Apêndice 4B - Internações mensais por CSAP, em 2009. Cotia/SP. 2013

ICSAP	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Doenças preveníveis p/imuniz.e cond.sensíveis	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	5
Gastroenterites Infecciosas e complicações	1	0	19	9	10	4	6	2	2	6	3	6	68
Anemia	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	6
Deficiências Nutricionais	0	0	3	2	2	1	0	0	0	4	0	0	12
Infecções de ouvido,nariz e garganta	3	1	8	1	7	1	2	14	3	1	1	3	45
Pneumonias bacterianas	0	2	3	1	1	4	2	1	1	0	0	0	15
Asma	0	1	12	7	7	5	4	3	5	8	7	5	64
Doenças Pulmonares	2	0	12	15	9	6	5	5	6	9	8	6	83
Hipertensão	2	6	44	24	30	16	22	22	12	20	25	20	243
Angina	0	3	5	11	12	9	7	8	3	4	5	11	78
Insuficiência cardíaca	3	3	47	16	33	17	34	31	36	31	18	15	284
Doenças Cerebrovasculares	14	17	30	30	24	21	30	23	26	29	23	27	294
Diabetes Mellitus	2	0	16	10	10	9	7	4	5	13	9	10	95
Epilepsias	0	3	16	7	6	12	8	3	5	7	8	6	81
Infecção do rim e trato urinário	1	1	34	9	15	12	5	16	7	15	9	16	140
Infecção da pele e tecido subcutâneo	1	1	14	7	7	5	8	8	12	11	4	10	88
Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	0	0	5	5	2	1	5	3	3	2	5	1	32
Úlcera gastrointestinal	1	1	2	0	1	2	3	3	6	2	1	2	24
Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	0	0	14	5	8	6	8	5	5	4	4	5	64
Total	30	40	286	160	185	132	157	152	138	167	130	144	1721

Apêndice 4C - Internações mensais por CSAP, em 2010. Cotia/SP. 2013

ICSAP	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Doenças preveníveis p/imuniz.e cond.sensíveis	0	1	0	1	3	4	1	1	1	2	1	1	16
Gastroenterites Infecciosas e complicações	6	8	6	2	5	5	10	8	6	3	5	4	68
Anemia	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	4
Deficiências Nutricionais	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	4
Infecções de ouvido,nariz e garganta	4	0	2	3	1	3	3	3	3	0	2	6	30
Pneumonias bacterianas	0	0	5	3	3	4	0	0	4	1	2	1	23
Asma	1	2	7	10	8	5	4	3	6	4	4	5	59
Doenças Pulmonares	7	8	8	13	11	14	10	7	8	7	16	5	114
Hipertensão	18	5	15	13	12	17	20	11	16	16	15	10	168
Angina	0	6	1	4	4	4	5	3	7	8	7	6	55
Insuficiência cardíaca	30	20	15	14	11	17	33	13	33	30	38	17	271
Doenças Cerebrovasculares	15	23	23	24	24	22	27	15	20	24	29	22	268
Diabetes Mellitus	12	8	4	6	9	8	9	14	14	8	7	8	107
Epilepsias	11	11	7	8	13	8	3	9	8	11	8	5	102
Infecção do rim e trato urinário	8	20	24	11	8	12	23	12	15	8	11	4	156
Infecção da pele e tecido subcutâneo	12	12	10	7	8	5	8	6	7	3	3	6	87
Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	1	5	1	1	2	1	0	1	0	2	2	3	19
Úlcera gastrointestinal	3	2	3	4	0	3	2	2	4	2	2	1	28
Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	4	7	7	5	4	4	9	9	5	1	4	4	63
Total	132	138	138	129	127	136	169	118	159	130	157	109	1642

Apêndice 4D - Internações mensais por CSAP, em 2011. Cotia/SP. 2013

ICSAP	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Doenças preveníveis p/imuniz.e cond.sensíveis	2	2	2	1	0	2	4	1	1	1	1	2	19
Gastroenterites Infeciosas e complicações	8	14	7	9	7	4	5	4	3	9	7	3	80
Anemia	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	4
Deficiências Nutricionais	5	1	1	1	0	2	1	0	0	1	2	3	17
Infecções de ouvido,nariz e garganta	3	1	1	2	0	2	3	1	1	3	3	3	23
Pneumonias bacterianas	2	2	3	3	0	1	3	1	1	2	3	2	23
Asma	3	6	4	5	1	4	3	3	6	1	1	3	40
Doenças Pulmonares	8	10	17	9	13	15	11	6	10	12	10	7	128
Hipertensão	21	9	7	16	18	13	15	10	17	16	16	14	172
Angina	8	10	16	3	9	9	7	5	12	11	14	9	113
Insuficiência cardíaca	32	17	27	25	25	34	27	22	23	34	26	26	318
Doenças Cerebrovasculares	19	21	26	26	17	28	29	24	19	30	25	28	292
Diabetes Mellitus	8	7	10	3	14	11	11	10	7	18	11	16	126
Epilepsias	4	3	4	4	4	3	3	7	3	18	8	7	68
Infecção do rim e trato urinário	20	23	16	11	9	16	11	11	12	26	26	18	199
Infecção da pele e tecido subcutâneo	11	13	6	16	5	6	4	6	3	7	12	12	101
Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	0	3	3	3	3	6	3	2	1	3	4	2	33
Úlcera gastrointestinal	3	6	1	0	3	4	0	0	1	8	2	3	31
Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	2	4	4	2	7	3	1	5	5	7	7	6	53
Total	159	154	155	139	135	163	141	118	125	208	178	165	1840

Apêndice 4E - Internações mensais por CSAP, em 2012. Cotia/SP. 2013

ICSAP	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Doenças preveníveis p/imuniz.e cond.sensíveis	0	2	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	8
Gastroenterites Infeciosas e complicações	11	9	11	7	7	2	2	2	5	4	6	6	72
Anemia	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	4
Deficiências Nutricionais	0	1	0	2	1	1	0	1	0	3	0	0	9
Infecções de ouvido,nariz e garganta	1	3	5	4	1	1	1	2	3	5	3	5	34
Pneumonias bacterianas	5	1	5	2	3	7	9	6	7	7	7	4	63
Asma	4	1	5	3	6	7	4	5	7	1	2	3	48
Doenças Pulmonares	10	5	12	30	28	21	21	10	8	9	10	7	171
Hipertensão	10	21	22	17	21	17	10	13	13	10	14	11	179
Angina	9	4	15	7	15	5	6	8	2	3	6	5	85
Insuficiência cardíaca	20	22	24	25	24	23	21	24	23	13	14	14	247
Doenças Cerebrovasculares	27	31	22	21	29	27	27	20	20	23	16	20	283
Diabetes Mellitus	8	9	10	8	13	8	15	7	9	9	12	8	116
Epilepsias	3	7	5	3	7	3	5	4	7	3	6	5	58
Infecção do rim e trato urinário	16	25	23	28	24	23	23	14	20	17	23	21	257
Infecção da pele e tecido subcutâneo	10	7	16	7	6	5	4	2	3	5	6	7	78
Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	0	1	7	6	2	6	4	0	1	5	3	2	37
Úlcera gastrointestinal	2	4	3	5	4	3	7	2	4	1	4	4	43
Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	4	4	6	2	3	1	4	7	6	7	2	6	52
Total	141	158	191	177	195	162	163	128	139	127	134	129	1844

Anexos

ANEXOS

Anexo 1 - Lista Brasileira de ICSAP

Grupo	Diagnósticos	CID 10
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	
1,1	Coqueluche	A37
1,2	Difteria	A36
1,3	Tétano	A33 a A35
1,4	Parotidite	B26
1,5	Rubéola	B06
1,6	Sarampo	B05
1,7	Febre Amarela	A95
1,8	Hepatite B	B16
1,9	Meningite por Haemophilus	G00.0
001	Meningite Tuberculosa	A17.0
1,11	Tuberculose miliar	A19
1,12	Tuberculose Pulmonar	A15.0 a A15.3, A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9
1,16	Outras Tuberculoses	A18
1,17	Febre reumática	I00 a I02
1,18	Sífilis	A51 a A53
1,19	Malária	B50 a B54
001	Ascaridíase	B77
2	Gastroenterites infecciosas e complicações	
2,1	Desidratação	E86
2,2	Gastroenterites	A00 a A09
3	Anemia	
3,1	Anemia por deficiência de ferro	D50
4	Deficiências Nutricionais	
4,1	Kwashiorkor e outras formas de desnutrição protéico calórica	E40 a E46
4,2	Outras deficiências nutricionais	E50 a E64
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	
5,1	Otite média supurativa	H66
5,2	Nasofaringite aguda [resfriado comum]	J00
5,3	Sinusite aguda	J01
5,4	Faringite aguda	J02
5,5	Amigdalite aguda	J03
5,6	Infecção Aguda VAS	J06
5,7	Rinite, nasofaringite e faringite crônicas	J31
6	Pneumonias bacterianas	
6,1	Pneumonia Pneumocócica	J13
6,2	Pneumonia por Haemophilus influenzae	J14
6,3	Pneumonia por Streptococcus	J15.3, J15.4
6,4	Pneumonia bacteriana NE	J15.8, J15.9
6,5	Pneumonia lobar NE	J18.1

(continua)

(continuação)

Grupo	Diagnósticos	CID 10
7	Asma	
7,1	Asma	J45, J46
8	Doenças pulmonares	
8,1	Bronquite aguda	J20, J21
8,2	Bronquite não especificada como aguda ou crônica	J40
8,3	Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	J41
8,4	Bronquite crônica não especificada	J42
8,5	Enfisema	J43
8,6	Bronquectasia	J47
8,7	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J44
9	Hipertensão	
9,1	Hipertensão essencial	I10
9,2	Doença cardíaca hipertensiva	I11
10	Angina	
10,1	Angina pectoris	I20
11	Insuficiência Cardíaca	
11,1	Insuficiência Cardíaca	I50
11,3	Edema agudo de pulmão	J81
12	Doenças Cerebrovasculares	
12,1	Doenças Cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13	Diabetes melitus	
13,1	Com coma ou cetoacidose	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1
13,2	Com complicações (renais, oftálmicas, neurol., circulat., periféricas, múltiplas, outras e NE)	E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8
13,3	Sem complicações específicas	E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14	Epilepsias	
14,1	Epilepsias	G40, G41
15	Infecção no Rim e Trato Urinário	
15,1	Nefrite túbulo-intersticial aguda	N10
15,2	Nefrite túbulo-intersticial crônica	N11
15,3	Nefrite túbulo-intersticial NE aguda crônica	N12
15,4	Cistite	N30
15,5	Uretrite	N34
15,6	Infecção do trato urinário de localização NE	N39.0
16	Infecção da pele e tecido subcutâneo	
16,1	Erisipela	A46
16,2	Impetigo	L01
16,3	Abscesso cutâneo furúnculo e carbúnculo	L02
16,4	Celulite	L03
16,5	Linfadenite aguda	L04
16,6	Outras infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo	L08

(continua)

(continuação)

Grupo	Diagnósticos	CID 10
17	Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	
17,1	Salpingite e ooforite	N70
17,2	Doença inflamatória do útero exceto o colo	N71
17,3	Doença inflamatória do colo do útero	N72
17,4	Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas	N73
17,5	Doenças da glândula de Bartholin	N75
17,6	Outras afecções inflamatórias da vagina. e da vulva	N76
18	Úlcera gastrointestinal	
18	Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19	Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	
19,1	Infecção no Trato Urinário na gravidez	O23
19,2	Sífilis congênita	A50
19,3	Síndrome da Rubéola Congênita	P35.0

(conclusão)

Fonte: Anexo da Portaria SAS/MS n. 221, de 17 de abril de 2008 [online].
Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-221.htm>.

Anexo 2 - Comprovante de protocolo de pedido de autorização à SMS de Cotia

25/11/13

cotiaapx.giap.com.br/cotia/f?p=383:23:685641318670737::NO:23:P23_ID:407281&cs=38C454CE897A6E55F7B02D54393AF3D6D

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE COTIA

-DEPARTAMENTO DE PROTOCOLO DA PREFEITURA

Comprovante de Protocolo

Nº do Processo:	45111/2013
Data de Entrada:	25/11/2013 10:06:52
Assunto:	1051 - REF. PROJETO
Tipo Processo:	2 - EXTERNO
Descrição:	APREECIAÇÃO E DELIBERAÇÃO-PROJETO DE MESTRADO
INTERESSADO:	RENATA LASZLO TORRES
CPF/CNPJ:	
Sr. CONTRIBUINTE:	Para acompanhamento do seu processo, acessar o link cidadão online na página http://www.cotia.sp.gov.br

ADRIANA GRACIANO