

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE ESCOLA GHC
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA
EM SAÚDE - ICICT

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE EM UMA REGIÃO DE FRONTEIRA

TAINÁ NICOLA

ORIENTADORA: PROF^a DRA^a VERALICE MARIA GONÇALVES

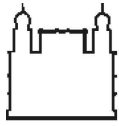
PORTO ALEGRE

2016



MINISTÉRIO DA
SAÚDE





Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



TAINÁ NICOLA

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE EM UMA REGIÃO DE FRONTEIRA

Projeto de pesquisa apresentado como pré-requisito de conclusão do Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Parceria da Fundação Oswaldo Cruz com o Grupo Hospitalar Conceição.

Orientador: Prof^ª. Dra. Veralice Maria Gonçalves

Porto Alegre

2016



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



TAINÁ NICOLA

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE EM UMA REGIÃO DE FRONTEIRA

Projeto de pesquisa apresentado como pré-requisito de conclusão do Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Parceria da Fundação Oswaldo Cruz com o Grupo Hospitalar Conceição.

Porto Alegre, 30 de novembro de 2016.

BANCA EXAMINADORA

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho tornou-se possível devido à colaboração de muitas pessoas. Minha gratidão em especial:

Aos meus pais Rosane e José Carlos e ao meu namorado Bruno, pelo apoio incondicional, amor e cuidado durante este percurso;

Aos colegas de curso, pela cumplicidade e amizade que nos fez ir em frente;

A direção do Departamento de Ações em Saúde da SES/RS, por sempre incentivar a busca de conhecimentos;

Aos professores do ICTS que contribuíram na minha formação acadêmica;

A minha orientadora Veralice Gonçalves, pela experiência e contribuições que enriqueceram este trabalho.

RESUMO

Um sistema de saúde fundamentado na Atenção Primária à Saúde (APS) constitui uma estratégia de organização integral, buscando assegurar que os serviços sejam ajustados às necessidades de saúde da população e o cuidado coordenado para outros pontos de atenção, fortalecendo as Redes de Atenção à Saúde (RAS). O acesso à saúde nas regiões de fronteira é uma temática emergente, especialmente pelo novo contexto de intensificação das interações transfronteiriças e da nova ordem econômica internacional. Desse modo, a pesquisa justifica-se pelo fato do conhecimento da organização da RAS e seus múltiplos aspectos serem fundamentais para a construção de uma gestão efetiva do sistema, pautada pelo planejamento em saúde no âmbito da regionalização. Assim, ao buscar entender a Rede de Atenção em uma região de saúde de fronteira, pretende-se favorecer a reflexão da organização dos serviços de saúde, tendo a APS como ordenadora, com vistas à garantia do acesso à saúde e da integralidade do cuidado, em conformidade com os princípios e as diretrizes do SUS. O estudo tem como objetivo conhecer a estrutura da Rede de Atenção à Saúde na Região de Saúde 03 do Estado do RS. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e com abordagem quantitativa e serão realizadas buscas de dados públicos do ano de 2015 nos Sistemas de Informação em saúde vigentes e disponibilizados pelo Ministério da Saúde: SCNES e SIA. Os indicadores serão analisados tendo como base o Rol do Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015, disponível no site do DATASUS/MS. A Portaria N^o 1.631/2015 será utilizada como parâmetro de qualidade para nortear a descrição e análise das ações em saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Assistência à Saúde, Áreas de Fronteira, Regionalização.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - A MUDANÇA DOS SISTEMAS PIRAMIDAIIS E HIERÁRQUICOS PARA AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	10
FIGURA 2 - SÍNTESE DA ESTRUTURA OPERACIONAL DA RAS.....	11
FIGURA 3 - MAPA DA REGIÃO DE SAÚDE 03 - FRONTEIRA OESTE DO RIO GRANDE DO SUL.....	19

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
1.1 OBJETIVOS	09
1.1.1 Objetivo Geral	09
1.1.2 Objetivos Específicos	09
2 REVISÃO DE LITERATURA	10
2.1 Rede de Atenção à Saúde	10
2.2 Atenção Primária à Saúde.....	14
2.3 Atenção à saúde nas fronteiras.....	16
3 METODOLOGIA.....	18
3.1 Delineamento da pesquisa	18
3.2 Local do estudo	19
3.3 Procedimentos de coleta de dados	19
3.4 Procedimentos de análise de dados	20
3.5 Aspectos Éticos.....	21
3.6 Cronograma	21
3.7 Orçamento.....	22
REFERÊNCIAS.....	23
ANEXO A – LOCALIZAÇÃO DAS CIDADES GÊMEAS NO BRASIL	26

1 INTRODUÇÃO

A efetiva consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) configura-se como possibilidade de mudança na forma como os serviços e práticas de saúde se organizam. Tal reorganização da atenção à saúde no Brasil requer um acúmulo de forças capazes de reestruturar a produção de serviços e de conhecimento, submetendo-as ao bem comum. No entanto, mesmo após mais de 20 anos da implantação desse sistema, a análise do setor revela uma baixa efetividade na provisão dos serviços e outras limitações decorrentes de um escasso financiamento público, da persistência de segmentação no sistema e da fraca integração dos serviços de atenção básica com outros níveis de atenção (GOTTEMS e PIRES, 2009; FACCHINI e GARCIA, 2009).

A Atenção Primária à Saúde (APS), primeiro nível de atenção, sendo o centro de comunicação do sistema deve ordenar a rede e coordenar o cuidado, formando relações entre os pontos de atenção, a partir das necessidades em saúde de uma população, da responsabilização pela atenção integral e pelo cuidado multiprofissional (GOTTEMS e PIRES, 2009; MENDES, 2011).

Um sistema de saúde fundamentado na APS constitui uma estratégia de organização integral, pautada na saúde como direito universal, equitativo e solidário. A integralidade da atenção assegura que os serviços sejam ajustados às necessidades de saúde da população e o cuidado coordenado para as necessidades que devam ser atendidas em outros pontos de atenção, buscando assim o fortalecimento das redes solidárias (STARFIELD, 2002; GOTTEMS e PIRES, 2009).

O acesso aos serviços de saúde como um direito vem sendo bastante debatido, pautado pelos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade em relação às necessidades de saúde da população. Nesse sentido, Ferreira et al (2015) referem que o acesso à saúde nas regiões de fronteira é uma temática emergente, especialmente pelo novo contexto de intensificação das interações transfronteiriças e da nova ordem econômica internacional.

Desse modo, a pesquisa justifica-se pelo fato do conhecimento da organização da RAS e seus múltiplos aspectos serem fundamentais para a construção de uma gestão efetiva do sistema, pautada pelo planejamento em saúde

no âmbito da regionalização. Gadelha e Costa (2007) apontam que os municípios brasileiros de fronteira têm tido grande dificuldade em prover a atenção integral à saúde, principalmente pela falta de recursos humanos, a insuficiência de equipamentos e a distância entre os municípios e os centros de referência.

Assim, ao buscar entender a Rede de Atenção em uma região de saúde de fronteira, pretende-se favorecer a reflexão da organização dos serviços de saúde, tendo a Atenção Primária à Saúde como ordenadora, com vistas à garantia do acesso à saúde e da integralidade do cuidado, em conformidade com os princípios e as diretrizes do SUS.

Portanto, a questão que se pretende responder com o estudo é: **Qual a estrutura da Rede de Atenção à Saúde na Região 03 do Estado do Rio Grande do Sul?**

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

- Conhecer a estrutura da Rede de Atenção à Saúde na Região de Saúde 03 do Estado do RS buscando a reflexão da organização dos serviços de saúde.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Identificar a capacidade instalada e o potencial dos serviços de Atenção Primária na região de saúde, bem como as referências regionais para Média e Alta Complexidade;
- Descrever indicadores de saúde que possam medir a qualidade da APS.

2 REVISÃO DE LITERATURA

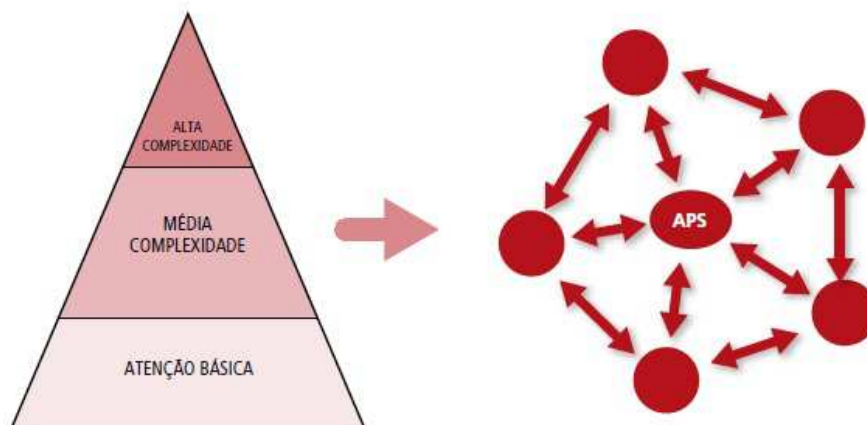
2.1 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A consolidação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) é fundamental para a organização do sistema de saúde. A RAS é definida pela Portaria Nº4279/10 como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e econômica (BRASIL, 2010).

É caracterizada pela relação horizontal entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. (BRASIL, 2010).

Mendes (2011) refere que a concepção hierárquica e piramidal das complexidades de cada nível de atenção (atenção básica, média complexidade e alta complexidade) deve ser substituída por outra, a das redes poliárquicas de atenção à saúde, em que, apesar das diferenças nas densidades tecnológicas, organizam-se em redes policêntricas horizontais, conforme a Figura 1.

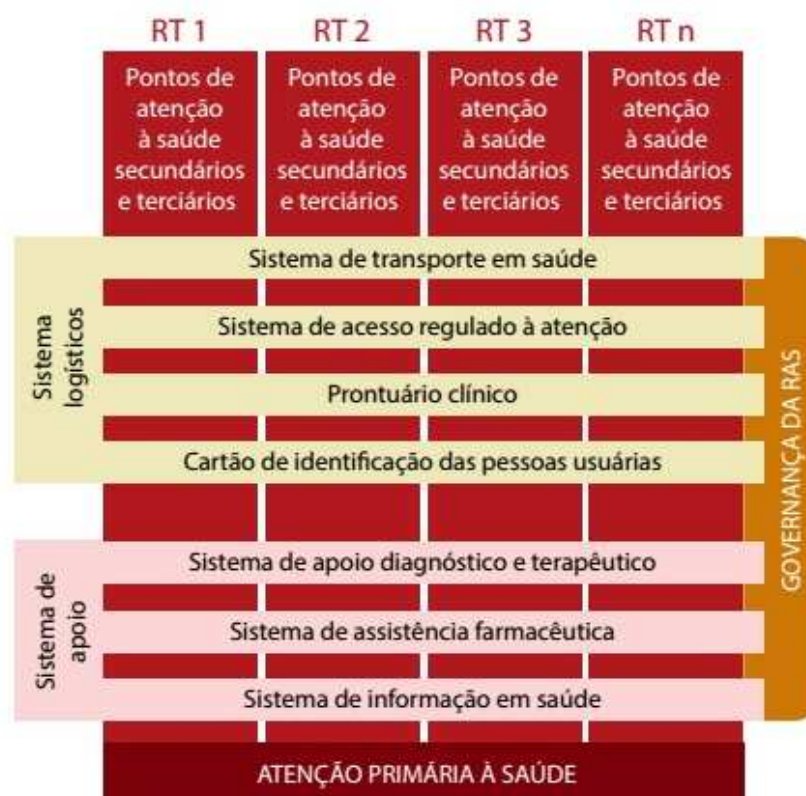
Figura 1. A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde



Fonte: MENDES (2011).

A operacionalização das RAS se dá pela interação de três elementos constitutivos: população/região de saúde definidas, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde. A estrutura das RAS compõe-se de cinco componentes: (1) o centro de comunicação, a APS; (2) os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; (3) os sistemas de apoio (sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de teleassistência e sistemas de informação em saúde); (4) os sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde) e (5) o sistema de governança da RAS (BRASIL, 2010). A síntese dessa estrutura operacional encontra-se na figura 2.

Figura 2. Síntese da estrutura operacional da RAS.



Fonte: Adaptado de MENDES (2011).

Relatório da Organização Mundial da Saúde (2003) alerta os países-membros para o desafio de uma situação de saúde de transição demográfica acelerada e de uma situação epidemiológica que acumula as doenças

infeciosas e parasitárias, os problemas de saúde materno-infantis, as causas externas e as condições crônicas, com a predominância relativa dessas últimas.

Tal situação reflete um desencontro entre as condições crônicas de saúde da população e as práticas assistenciais voltadas apenas às condições agudas e aos problemas decorrentes da agudização de condições crônicas. Para a OMS (2003) essa desorganização dos sistemas de saúde os caracteriza como sistemas fragmentados.

A Organização Mundial da Saúde (2010) aponta que a fragmentação dos sistemas de saúde manifesta-se de formas distintas. No desempenho geral do sistema, aparece como falta de coordenação entre os níveis e pontos de atenção, multiplicação de serviços e infraestrutura, capacidade ociosa e atenção à saúde em lugar não apropriado. Na experiência das pessoas que utilizam o sistema, a fragmentação se expressa como falta de acesso aos serviços, perda da continuidade da atenção e falta de coerência entre os serviços prestados e as necessidades de saúde da população.

O desafio de construir novos modelos de atenção à saúde que materializassem as transformações da situação de saúde da população levou muitos municípios brasileiros a questionar a forma de organização dos serviços de saúde, seus processos de trabalho e a tentativa de desenvolver inovações que superassem os problemas identificados. A perspectiva de maior resolução e articulação a partir da organização das ações e serviços tem levado à reflexão de novas estratégias de modelagem da Rede de Atenção à Saúde (MERHY, 2003).

O desenvolvimento da RAS tem se firmado como estratégia para a organização e a reestruturação do sistema de saúde, segundo Rodrigues et al (2014), resultando em qualidade e impacto na produção dos serviços prestados à população. Porém a integração dos serviços de saúde depende da qualidade dos processos de coordenação do cuidado e estes, por sua vez, dependem da eficácia da comunicação entre as pessoas no interior do sistema.

Um estudo de Motta, Aguiar e Caldas (2011) mostra que os municípios pesquisados enfrentam dificuldades de coordenação entre os níveis de atenção, nos quais os mecanismos de referência e contrarreferência funcionam precariamente e raramente as informações dos usuários encaminhados retornam para a Unidade de Saúde da Família.

Essa desarticulação da rede e a inexistência ou desconhecimento dos pontos de atenção da rede disponíveis, além de comprometer a resolutividade da atenção básica e o acesso da população aos serviços, ainda desgastam os profissionais que procuram contornar os problemas de um sistema de saúde fragmentado (PIRES et al, 2010; MOTTA, AGUIAR e CALDAS, 2011). Os diferentes pontos de atenção secundária e terciária nos sistemas fragmentados atuam de forma isolada, sem uma comunicação ordenada com os demais componentes da rede e sem a coordenação da atenção primária à saúde. As evidências demonstram que os especialistas da média complexidade, no modelo de RAS, fornecem o suporte para as ações da equipe de APS. Já os hospitais devem estar inseridos, sistemicamente e de forma integrada, como parte integrante dessas redes, articulado com outros pontos de atenção à saúde e com os sistemas de apoio (MENDES, 2011).

Para garantir a operacionalização da RAS, é necessário que um dos seus elementos constitutivos, as regiões de saúde sejam bem definidas. Essas regiões de saúde devem organizar as RAS a fim de assegurar o cumprimento dos princípios de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado. Levando em conta o contexto de regionalização do Estado, o Rio Grande do Sul é dividido em sete macrorregiões (Norte, Missioneira, Metropolitana, Serra, Vales, Centro-Oeste e Sul) e 30 Regiões de Saúde, distribuídas em 19 Unidades Administrativas da Secretaria Estadual da Saúde. Entende-se por Região de Saúde:

“espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde” (BRASIL, 2011, p.1).

Cada Região de Saúde contempla ações e serviços de atenção básica, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde. Também conta com uma Comissão Intergestores Regional – CIR, responsável pelo planejamento e pactuação regional (SES/RS, 2012).

A Região de Saúde 03 do RS (Fronteira Oeste) é composta por 11 municípios, abrangendo 465.038 habitantes (Censo 2010), sendo 10,8% da

população rural e 89,2% da população urbana (IBGE, 2010). A taxa de analfabetismo é de 5,4% e a proporção da população com renda menor de ½ salário mínimo é de 33,5% (IBGE, 2010). O PIB da região é de R\$ 8.717.502,60 (IBGE, 2012) com a principal fonte de renda a agropecuária. As três principais causas de internação são: doenças do aparelho respiratório (15,1%), gravidez, parto e puerpério (15%) e doenças do aparelho digestivo (12,9%) (SIH, 2014). Já as três principais causas de óbito são: doenças do aparelho circulatório (26,6%), neoplasias (21,5%) e doenças do aparelho respiratório (11,2%) (SIM, 2014).

Pires et al (2010) referem que deve se conhecer melhor a oferta e a demanda dos serviços de saúde locais, na perspectiva de subsidiar a formulação de políticas públicas. A estruturação de redes de referência especializada a partir da atenção básica, tendo como princípio a hierarquização do sistema de saúde, constitui um aspecto central para organização do SUS. A mudança nos sistemas de atenção à saúde, para Porter e Teisberg (2007), só será possível quando o cerne da discussão se deslocar dos prestadores de serviços para o valor gerado para as pessoas usuárias do sistema de atenção à saúde.

Desse modo, a implementação da RAS busca a superação da fragmentação dos sistemas de saúde, aponta a necessidade de maior eficiência na atenção à saúde, melhoria na gestão regional e a concretização de um sistema integrado em redes, a fim de contribuir para a efetivação do SUS.

2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde, fornece atenção continuada centrada na pessoa de forma a satisfazer suas necessidades de saúde, abordando os problemas mais comuns na população. A APS coordena ou integra, ainda, os cuidados à atenção fornecida em outros níveis do sistema, compartilhando características como: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; prevenção em saúde; tratamento; reabilitação e trabalho em equipe. Os atributos definidos para as práticas da atenção primária são: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação (STARFIELD, 2002).

O primeiro contato implica a acessibilidade e o uso do serviço para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura o

cuidado. A longitudinalidade requer a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo. A integralidade pressupõe um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. A coordenação implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde para os problemas que requerem seguimento (MENDES, 2009).

Documento publicado sobre a renovação da APS nas Américas, a Organização Pan-Americana da Saúde (2007) afirma que um sistema de saúde baseado na APS está conformado por um conjunto de elementos estruturais e funcionais essenciais que garantem a cobertura e o acesso universal aos serviços, os quais devem ser aceitáveis para a população e promover a equidade. Deve prestar atenção integral, integrada e apropriada ao longo do tempo, enfatizando a prevenção e a promoção e tendo as famílias e as comunidades como bases para o planejamento e a ação.

Um sistema de saúde baseado na APS requer um sólido marco legal, institucional e organizacional, além de recursos humanos, econômicos e tecnológicos adequados e sustentáveis. As práticas de organização e gestão em todos os níveis do sistema devem ser ótimas para obter qualidade, eficiência e efetividade (OPAS, 2007).

Operacionalmente, uma conceituação de APS implica o exercício de sete atributos e de três papéis, e só haverá uma APS de qualidade quando estes sete atributos estiverem sendo operacionalizados, em sua totalidade. Os primeiros quatro (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) são os atributos essenciais e os três últimos (focalização na família, orientação comunitária e competência cultural) os atributos derivados (BRASIL, 2015).

Para Saltman et al (2006) a APS vista como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde compreende-a como uma forma singular de apropriar, recombinar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, às demandas e às representações da população, o que implica a articulação da APS como parte e como coordenadora de uma RAS.

Nos sistemas de saúde estruturados em redes é a APS que ordena os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações, ao longo de todos os

pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio. Um dos elementos essenciais das redes de atenção à saúde é uma população a ela adscrita, colocada sob sua responsabilidade sanitária, que se organiza socialmente em famílias e que vive em territórios. A população se inclui nas redes de atenção à saúde a partir da APS (OPAS, 2011).

A função de responsabilização implica o conhecimento e o relacionamento íntimo, nos microterritórios sanitários, da população adscrita, o exercício da gestão de base populacional e a responsabilização econômica e sanitária em relação a essa população (MENDES, 2002).

Para Mendes (2011) há que se instituir um novo ciclo da APS no Brasil, o que implicará assumi-la, verdadeiramente como a estratégia de organização do SUS. Essa mudança significará uma APS mais qualificada, adensada tecnologicamente, com mais recursos, com equipe multiprofissional e que, para isso, deverá ser tomada como uma efetiva prioridade pelos gestores do SUS, nas três instâncias federativas, exigindo consideráveis investimentos adicionais.

2.3 ATENÇÃO À SAÚDE NAS FRONTEIRAS

A Fronteira é um espaço territorial, que para Ocampo (2006) constitui-se de forma sociológica e econômica, de relações de interdependência, de diversas manifestações da vida em sociedade e que é compartilhada e executada por grupos populacionais que se estabelecem de um e do outro lado do limite externo dos países e que passam a constituir um mesmo ambiente de uma cultura própria de vida, às vezes diferente de cada uma das suas nações de origem.

Os extensos limites fronteiriços do Brasil com os demais países da América Latina vêm sendo objeto de preocupações, sendo que o Estado do Rio Grande do Sul é o que possui maior número de municípios de fronteira do país (cidades gêmeas). Gadelha e Costa (2007) afirmam a necessidade de ampliar o debate sobre integração de ações e serviços de saúde nessas regiões. Ao repensar a oferta de serviços da Rede de Atenção nas fronteiras, busca-se a otimização da capacidade instalada e das referências regionais, procurando alcançar a melhoria da qualidade da atenção à saúde.

O planejamento das ações de saúde na fronteira necessariamente coloca a questão das relações com os territórios vizinhos, trazendo aos debates a falta

de ordenação das redes ou pela formulação de estratégias de caráter apenas pontual para essas populações (GADELHA e COSTA, 2007).

Visando a questão das ações de saúde nas fronteiras, o Ministério da Integração Nacional criou em 2005 o projeto Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS-Fronteiras), instituído pela Portaria GM/ MS Nº 1.120/2005. O objetivo original do SIS-Fronteiras era a ampliação da capacidade operacional dos 121 municípios brasileiros fronteiriços localizados até 10 km da linha da fronteira, que atraem fluxos regulares de pessoas oriundas dos países vizinhos, através de um sistema de aporte financeiro, uma vez que essa população itinerante não era contabilizada para o repasse financeiro do governo federal.

Entretanto, segundo Ferreira et al (2015) a carência de uma ampla divulgação nacional, regional e municipal do SIS-Fronteiras trouxe expectativas equivocadas e receio dos usuários estrangeiros, o que acabou repercutindo na execução das fases do projeto, trazendo muitas dificuldades operacionais para o mesmo, sem alcançar a organização e o fortalecimento das ações e serviços de saúde locais.

O estudo de Giovanella et al. (2007) confirma a situação dos municípios fronteiriços sobrecarregados pela demanda estrangeira, ao relatar que 74% dos secretários municipais de saúde declararam que “a demanda estrangeira sobrecarrega os serviços de saúde e os recursos não são suficientes para atender a todos”, uma vez que os repasses federais são alocados na modalidade per capita.

Uma área em que o protagonismo dos municípios para implementação do SUS é mais acentuado é a Atenção Primária em Saúde (APS), trazendo desafios para as gestões locais na perspectiva de redes regionalizadas de atenção à saúde. Esses desafios situam-se nos espaços de autonomia local, elencando a necessidade de analisar adequadamente o contexto e identificar fragilidades e oportunidades a serem exploradas, procurando tomar as decisões orientadas pelas melhores evidências (SILVA et al, 2014).

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Para este trabalho será realizado um estudo transversal, descritivo e com abordagem quantitativa. A pesquisa transversal é definida por Rouquayrol (1994) como o estudo epidemiológico no qual fator e efeito são observados num mesmo momento histórico e, atualmente, tem sido o mais empregado. Ainda conceituando pesquisa transversal, Bordalo (2006) afirma que a de incidência é dinâmica, pois investiga casos novos, no decorrer do tempo e em diferentes espaços, já a pesquisa transversal de prevalência é estática e essencialmente transversal, pois estuda os casos novos e antigos de uma nosologia num único local e tempo.

Os estudos descritivos têm por objetivo determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos, mas também gerar hipóteses etiológicas para investigações futuras (LIMA COSTA e BARRETO, 2003).

A unidade de análise será a Rede de Atenção à Saúde da Região de Saúde 03 do Estado do Rio Grande do Sul, composta por 11 municípios e 465.038 habitantes (Censo 2010).

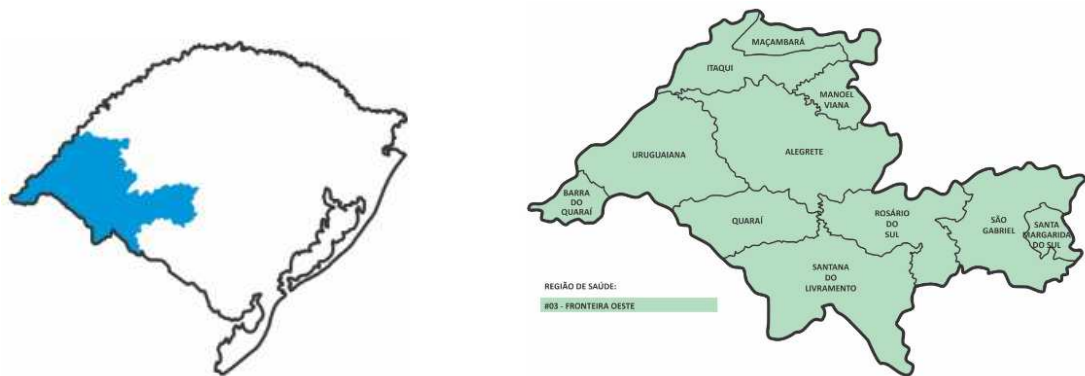
A análise da capacidade instalada, serviços e equipamentos de saúde e produção ambulatorial serão realizados com base nos dados públicos dos Sistemas de Informação em saúde vigentes e disponibilizados pelo Ministério da Saúde: Sistema do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e Sistema de Informação Ambulatorial (SIA). Os indicadores serão analisados tendo como base o Rol do Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015, disponível no site do DATASUS/MS. Os dados serão coletados de acordo com as informações da região de saúde existentes em 2015, cujos dados anuais já se encontram completos nos Sistemas de Informações.

Neste estudo será utilizada como parâmetro de qualidade para nortear a descrição e análise das ações em saúde a Portaria Nº 1.631/2015 do Gabinete do Ministro - Ministério da Saúde, que aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A Região de Saúde 03 do RS (Fronteira Oeste) é composta por 11 municípios, sendo eles: Alegrete, Barra do Quaraí, Itaqui, Maçambará, Manoel Viana, Quaraí, Rosário do Sul, Santa Margarida do Sul, Santana do Livramento, São Gabriel e Uruguaiana, abrangendo 465.038 habitantes (Censo 2010) com densidade demográfica de 12 hab/km² (FEE, 2014).

Figura 3. Mapa da Região de Saúde 03 - Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul.



3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados será realizada a partir dos dados secundários públicos provenientes do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/DATASUS) e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS), do ano de 2015. As informações populacionais serão do Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), coletadas através do site do DATASUS/MS.

O SIA/SUS é um dos principais sistemas de informação em saúde do país. Foi criado em 1992 e implantado a partir de julho de 1994, nas Secretarias Estaduais com o objetivo de financiar os atendimentos ambulatoriais de saúde. O aplicativo processa o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), a Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC) e o Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) realizando a consolidação, validação do pagamento com base nos parâmetros orçamentários e a posterior aprovação do

pagamento dos procedimentos realizados. Desta forma, as secretarias de saúde podem acompanhar os serviços produzidos nos municípios (DATASUS).

Já o CNES/DATASUS cujo sistema visa ser a base para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde, sendo estes imprescindíveis a um gerenciamento eficaz e eficiente do SUS, contém o cadastro dos diversos estabelecimentos de saúde existentes nos municípios brasileiros, fornecendo informações como: capacidade física instalada, os serviços disponíveis e profissionais vinculados aos estabelecimentos de saúde, equipes de saúde da família, entre outros, com vistas ao planejamento de ações em saúde.

Os dados coletados serão exportados e tabulados a partir do Programa Tab para Windows – Tabwin, para que sejam extraídos das bases ambulatoriais apenas os dados dos municípios de fronteira. Os dados serão armazenados em arquivos do Programa Excel e organizados por município e região de saúde. A produção ambulatorial e os indicadores também serão dispostos em tabela única e serão acrescentados nas colunas os parâmetros correspondentes aos tipos de atendimentos. Importante ressaltar que não há parâmetros avaliativos para toda a variedade dos diferentes atendimentos da Atenção Básica, sendo utilizados neste estudo somente os atendimentos que contenham parâmetros descritos na Portaria Nº 1.631/2015.

3.4 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados serão analisados a partir da literatura e mediante a Portaria GM/MS Nº 1.631/15, que é o documento legal existente para estabelecer parâmetros assistenciais para todos os níveis de atenção à saúde.

A capacidade instalada será descrita com base nos dados de estrutura disponíveis no CNES e o potencial dos serviços de Atenção Primária na região de saúde será descrito com base nos registros de atendimentos ambulatoriais produzidos pelos municípios e disponíveis no SIA. Os fluxos e referências regionais para Média e Alta Complexidade serão descritos com base nas informações do Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial (DAHA) da Secretaria Estadual da Saúde e nas Portarias de suas respectivas referências regionais.

3.7 ORÇAMENTO

ITEM	ESPECIFICAÇÃO DAS DESPESAS	VALOR (R\$)
MATERIAL DE CONSUMO	Folhas de ofício, cartucho de tinta para impressora, pen drive	R\$100,00
SERVIÇOS	Cópias de xerox, impressões, encadernações.	R\$50,00
LOCOMOÇÃO	Deslocamento	R\$100,00
RESERVA TÉCNICA	10% do total dos itens anteriores	R\$25,00
TOTAL		R\$275,00

*Os custos da pesquisa serão por recursos próprios da pesquisadora.

REFERÊNCIAS

BORDALO, A.A. Estudo transversal e/ou longitudinal. Rev. Para. Med., [S. l.] ,v.20, n.4, dez. 2006.

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

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

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015. 127 p.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Resolução Nº 555/12 – CIB/RS. Altera a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul, e institui as Comissões Intergestores Regionais – CIR.

FACCHINI, L. A.; GARCIA, L. P. Evolução e avanços da Saúde da Família e os 20 anos do Sistema Único de Saúde no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2008 : **20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. - Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 416 p

FERREIRA, C. M. P. G.; MARIANI, M. A. P.; NETO, A. F. de O. O Projeto Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras em Corumbá-MS, Brasil. **Revista GeoPantanal** • UFMS/AGB • Corumbá/MS • N. 18 • 71-92 • jan./jun. 2015

GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 23, supl. 2, p. S214-S226, 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001400011&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Sept. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001400011>.

GIOVANELLA, L. et al . Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 23, supl. 2, p. S251-S266, 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001400014&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Sept. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001400014>.

GÖTTEMS, L.B.D.; PIRES, M.R.G. Para Além da Atenção Básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. **Saúde Soc. São Paulo**, v.18, n.2, p.189-198, 2009.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2003; 12(4) : 189 - 201.

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

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

MENDES, E. V. Agora mais do que nunca - uma revisão bibliográfica sobre Atenção Primária à Saúde. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados*. Brasília: CONASS, 2009.

MERHY, E.E. Um dos grandes desafios do SUS: apostar em novos modelos de atenção. In: MERHY, E.E. (Org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

MINAYO, M. C. de S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 9, n. 3, p. 237-248, Sept. 1993. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000300002&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Sept. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300002>.

MOTTA, L. B. da; AGUIAR, A. C. de; CALDAS, C. P. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 4, p. 779-786, Apr. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000400017&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Oct. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000400017>.

OCAMPO, H. T. OPAS e a saúde nas fronteiras: uma proposta em prol do bem-estar da população e do desenvolvimento sustentável. In: COSTA, L. Integração de Fronteiras: possibilidades Brasil-Bolívia na Saúde. Ministério da Saúde, Ministério da Integração Nacional. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p.p.107-117.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório Mundial de Saúde 2008: atenção primária em saúde: agora mais que nunca [CD-ROM]. [S.I.]: OMS; 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: Relatório Mundial. Brasília:OMS; 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: Documento de posición de la Organización

Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington:OPS; 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. A atenção à saúde coordenada pela APS : construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 113 p.

PIRES, M. R. G. M. et al . Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, supl. 1, p. 1009-1019, June 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700007&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Oct. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700007>.

PORTER, M. E. & TEISBERG, E. O. – Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre, Bookman Companhia Editora, 2007.

RODRIGUES, L. B. B. et al . A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 2, p. 343-352, Feb. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200343&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Oct. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.18032012>.

ROUQUAYROL, M. Z; FILHO, N. A. Epidemiologia e saúde. 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

SALTMAN, R. S. et al. (Eds.). Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies/Nuffield Trust. Maidenhead: Open University Press/McGraw Hill, 2006.

SILVA, S. F. da; SOUZA, N. M.; BARRETO, J. O. M. Fronteiras da autonomia da gestão local de saúde: inovação, criatividade e tomada de decisão informada por evidências. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 11, p. 4427-4438, Nov. 2014 . Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104427&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Sept. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.16612013>.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia/** Bárbara Starfield. . Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

