

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017003390015>

INTERNAÇÕES POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS DO SISTEMA CIRCULATORIO, SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

José Marcel Mello¹, Pollyanna Kássia de Oliveira Borges², Erildo Vicente Muller³, Clóris Regina Blanski Grden⁴, Fabiane Karine Pinheiro⁵, Wesley Sousa Borges⁶

- ¹ Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Enfermeiro do Hospital Regional dos Campos Gerais. Ponta Grossa, Paraná, Brasil. E-mail: josemarcelmello@gmail.com
- ² Doutora em Saúde Coletiva. Professora do Departamento de Enfermagem e Saúde Pública da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). Ponta Grossa, Paraná, Brasil. E-mail: pollyannakassia@hotmail.com
- ³ Doutor em Saúde Coletiva. Professor do Departamento de Enfermagem e Saúde Pública da UEPG. Ponta Grossa, Paraná, Brasil. E-mail: erildomuller@hotmail.com
- ⁴ Doutora em Enfermagem. Docente da UEPG. Ponta Grossa, Paraná, Brasil. E-mail: reginablanski@hotmail.com
- ⁵ Especialista em Saúde Pública. Professora da UEPG. Ponta Grossa, Paraná, Brasil. E-mail: fabianekp@ig.com.br
- ⁶ Mestre em Análises Clínicas. Professor do Colégio Adventista do Portão. Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: professorwesleyborges@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: descrever as internações por doenças crônicas não transmissíveis, sensíveis à Atenção Primária à Saúde, no Estado do Paraná, no período de 2000 a 2011.

Método: estudo epidemiológico, do tipo ecológico. Após análise descritiva dos dados, foram elaborados indicadores de internações para descrever os achados da pesquisa.

Resultados: os esforços para implantação e ampliação da Atenção Primária à Saúde no Paraná, na última década, têm refletido na redução da proporção das internações por causas sensíveis à atenção primária e no número médio de internações por doenças crônicas não transmissíveis. Porém, a razão de internações sofreu um crescimento.

Conclusão: determinadas causas de internações como a hipertensão e diabetes mellitus devem ser olhadas especificamente na Atenção Primária à Saúde, a fim de minimizar ainda mais as internações por doenças cerebrovasculares e insuficiência cardíaca congestiva, que se mantiveram elevadas.

DESCRIPTORES: Hospitalização. Estatísticas hospitalares. Sistema de informação hospitalar. Atenção primária à saúde. Doença crônica.

HOSPITALIZATIONS FOR AMBULATORY CARE SENSITIVE NONCOMMUNICABLE DISEASES OF THE CIRCULATORY SYSTEM

ABSTRACT

Objective: describe hospitalizations for ambulatory care sensitive chronic conditions in the state of Paraná, Brazil from 2000 to 2011

Method: epidemiological ecological study was to. After descriptive analysis of the data, hospitalization indicators were developed to describe the results.

Results: this study's findings suggest that efforts to implement and expand Primary Health Care in Paraná in the last decade resulted in a decrease in the proportion of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions and the average number of hospitalizations for noncommunicable chronic diseases, though the ratio of hospitalizations to resident population has increased.

Conclusion: therefore, attention should be specifically paid to certain causes of hospitalization, such as hypertension and diabetes mellitus, to further minimize hospitalizations for Cerebrovascular Diseases and Congestive Heart Failure, which remained high.

DESCRIPTORS: Hospitalizations. Hospital statistics. Hospital information system. Primary health care. Chronic disease.

LAS HOSPITALIZACIONES POR ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES DEL SISTEMA CIRCULATORIO, SENSIBLES A LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD

RESUMEN

Objetivo: describir las hospitalizaciones por enfermedades crónicas no transmisibles, sensibles a la Atención Primaria en Salud en el Estado del Paraná, en el período de 2000 a 2011.

Método: Estudio epidemiológico, de tipo ecológico. Después de un análisis descriptivo de los resultados, se desarrollaron indicadores de las admisiones para describir los hallazgos de la investigación

Resultados: los esfuerzos para la implementación y expansión de la Atención Primaria de Salud en Paraná en la última década se han reflejado en la reducción de la proporción de hospitalizaciones por causas sensibles a la atención primaria y en el promedio de ingresos por enfermedades crónicas no transmisibles. Sin embargo, la proporción de hospitalizaciones sufrió un crecimiento.

Conclusión: determinadas causas de hospitalizaciones, como la hipertensión y la diabetes mellitus, deben ser consideradas específicamente en la Atención Primaria de la Salud, con el fin de minimizar aún más las hospitalizaciones por Enfermedades Cerebrovasculares y la Insuficiencia Cardíaca Congestiva que permanecieron en alta.

DESCRIPTORES: Hospitalización. Estadísticas hospitalares. Sistema de información hospitalar. Atención primaria a la salud. Enfermedad crónica.

INTRODUÇÃO

Condições sensíveis à atenção primária (CSAP) representam um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da Atenção Primária à Saúde diminuiria o risco de internações.¹⁻² Tais condições são listadas por grupos de causas de internações e diagnósticos, de acordo com a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). A lista é utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária ou da utilização da atenção hospitalar.³

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), atualmente, são consideradas sérios problemas de saúde pública e, segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS),⁴⁻⁵ são responsáveis por 58,5% das mortes e 45,9% da carga de doença no mundo. Nas últimas décadas no Brasil, as DCNTs passaram a determinar a maioria das causas de óbito e incapacidade prematura, ultrapassando as taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, representando uma grande parcela das despesas com assistência hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS) e no setor suplementar.⁶

A OMS⁵ define como DCNTs as cerebrovasculares, cardiovasculares e renovasculares, neoplasias, doenças respiratórias e diabetes *mellitus* (DM). Considera-se que todas requerem contínua atenção e esforços de um grande conjunto de equipamentos, de políticas públicas e de pessoas em geral.

Seguindo a tendência mundial, no Brasil, as DCNTs são causa de 72% das mortes e 75% dos gastos com atenção à saúde no SUS. Isso configura mudança na carga de doenças, sendo um novo desafio para os gestores de saúde, pelo seu forte impacto na qualidade

de vida dos indivíduos afetados, maior possibilidade de morte prematura e efeitos econômicos adversos para as famílias, comunidades e sociedade em geral.⁷

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo conhecer a frequência e a distribuição das internações por CSAP no Estado do Paraná, entre os anos de 2000 a 2011, relacionadas às doenças hipertensão arterial sistêmica (HAS), DM, doenças cerebrovasculares (DCbV) e insuficiência cardíaca congestiva (ICC), para verificar, indiretamente, os serviços prestados pela atenção primária aos usuários portadores das doenças crônicas supracitadas.

MÉTODO

Estudo epidemiológico descritivo, do tipo ecológico, de série temporal, em que foram estudadas as internações por CSAP ocorridas no Estado do Paraná, entre os anos de 2000 a 2011, segundo a causa investigada: HAS, DM, DCbV e ICC. Entende-se como estudo ecológico aquele em que a unidade de observação é um grupo de pessoas e não o indivíduo. Os grupos podem ser cidades, estados, países e outros.⁸ Nesta pesquisa, as unidades de observação foram as regionais de saúde do Paraná para a visualização dos diferentes aspectos relacionados ao acesso aos serviços de saúde no Estado.

O período estudado foi dividido em triênios: primeiro triênio (2000–2002), segundo triênio (2003–2005), terceiro triênio (2006–2008) e quarto triênio (2009–2011). Os dados, de domínio público, foram coletados *on-line* no Sistema de Informações Hospitalares, TABNET[®] do Departamento de Informática do SUS, no ano de 2013. Coletou-se o número absoluto

* O programa TABNET é um tabulador que permite a organização de dados epidemiológicos, estatísticas vitais e outros, de acordo com a abrangência geográfica, período de tempo e outras variáveis.

de internações, segundo Regionais de Saúde do Paraná, sexo, triênios selecionados e causas na lista de morbidades da CID-10. Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Ponta Grossa em 2010, sob o protocolo 14375/2010, parecer n. 144/2010.

Tomou-se como base, para selecionar as doenças, a Portaria Ministerial nº 221, de 17 de abril de 2008, que define as CSAPs. Foram escolhidas quatro DCNTs (DCbV, HAS, ICC e DM), ligadas ao aparelho circulatório, pela sua relevância epidemiológica hoje no país. As doenças foram reunidas da seguinte forma: HAS (hipertensão essencial + outras doenças hipertensivas); DM; ICC; DCbV (hemorragia intracraniana, infarto cerebral, acidente vascular cerebral não especificado, hemorrágico ou isquêmico); e outras doenças cerebrovasculares.

Os dados foram tabulados e analisados descritivamente (frequência absoluta, frequência percentual, média, desvio-padrão e valores máximos e mínimos) no programa Stata, versão 12.0. Também foram elaborados dois indicadores de internações para descrever os achados do estudo: 1) Proporção de internações por CSAP (Internações por CSAP / Total de Internações x 100); 2) Razão de Internações (Soma do Número de Internações pela CSAP no triênio / população média residente na região de saúde no triênio x 10.000).

RESULTADOS

No período de 2000 a 2011, ocorreram 5.219.427 internações no Estado do Paraná. As quatro principais DCNTs (HAS, DM, DCbV e ICC) somadas corresponderam, no mesmo período, a 691.253 internações, ou seja, 13% de todas as internações. Com relação à HAS, no período estudado, houve 103.321 internações. Sobre o DM, ICC e DCbV,

no mesmo período, aconteceram 91.582, 343.005 e 153.345 internações, respectivamente.

Quando se verificou a frequência de internações segundo o sexo, e na maioria das doenças estudadas, elas foram mais frequentes no sexo feminino, quando comparados ao sexo masculino (HAS: 60,88 vs 39,12%; DM: 61,88 vs 38,12%; ICC: 52,90 vs 47,10%).

Esse achado também se repetiu nas internações por todas as causas, em que 2.795.821 internações foram do sexo feminino e 2.423.606, do masculino (53,56 vs 46,43%). Exceção foi encontrada nas DCbVs, cuja maior frequência de internações ocorreu no sexo masculino (45,98 vs 54,02%).

Ao se calcular as médias de internações por doenças crônicas (Tabela 1) segundo o triênio e o sexo, notou-se decréscimo no número médio de internações nas causas HAS e ICC em ambos os sexos [(HAS - sexo feminino: 796.77(DP=855.06) entre 2000 e 2002 vs 567.81(DP=357.64) entre 2009 e 2011; sexo masculino: 463.36 (DP=447.67) em 2000-2002 e 373.54 (DP=237.68) no período de 2009-2011]; (ICC - sexo feminino: 2576.63 (DP=2119.48) entre 2000 e 2002 vs 1710.27 (DP=1350.09) em 2009-2011; sexo masculino: 2261.5(DP=1853.46) no triênio 2000-2002 vs 1533.68(DP=1164.01) entre 2009-2011)], tendo ocorrido maior incidência média no sexo feminino em todo o período estudado. Nas DCbVs, foi observada oscilação no número médio de internações entre os quatro triênios, com valores superiores no sexo masculino. Na causa por DM, observou-se crescimento na média de internações, tanto para os homens quanto para as mulheres, com maior média de internações no sexo feminino, nos quatro triênios estudados.

Tabela 1 - Média, valor mínimo e máximo de internações por doenças crônicas não transmissíveis, sensíveis à atenção primária, segundo triênio e sexo. Paraná, Brasil, 2000-2011

Condição sensível à atenção primária	Sexo	Triênio	Média (Desvio-padrão)	Mínimo de internações	Máximo de internações
Hipertensão arterial	Feminino	2000 - 2002	796.77(855.06)	246	4355
		2003 - 2005	779.00(534.57)	198	2437
		2006 - 2008	715.59(448.58)	225	2104
		2009 - 2011	567.81(357.64)	158	1752
	Masculino	2000 - 2002	463.36(447.67)	135	2193
		2003 - 2005	505.13(373.90)	97	1502
		2006 - 2008	495.18(349.37)	149	1620
		2009 - 2011	373.54(237.68)	138	1122

		2000 - 2002	624.09(726.26)	157	432
	Feminino	2003 - 2005	574.68(457.64)	174	2277
		2006 - 2008	634.68(399.15)	191	2002
Diabetes mellitus		2009 - 2011	742.09(473.79)	221	2429
	Masculino	2000 - 2002	348.95(422.43)	66	2108
		2003 - 2005	336.36(303.11)	82	1447
		2006 - 2008	401.81(314.50)	95	1534
		2009 - 2011	500.13(345.44)	178	1735
	Feminino	2000 - 2002	2576.63(2119.48)	613	10596
		2003 - 2005	2158.18(1809.75)	457	9032
		2006 - 2008	1802.22(1407.00)	410	410
Insuficiência cardíaca		2009 - 2011	1710.27(1350.09)	403	7029
	Masculino	2000 - 2002	2261.5(1853.46)	458	9272
		2003 - 2005	1936.13(1664.87)	368	8369
		2006 - 2008	1612.5(1291.49)	296	6660
		2009 - 2011	1533.68(1164.01)	326	6098
	Feminino	2000 - 2002	773.40(846.45)	164	4435
		2003 - 2005	903.59(816.40)	257	4255
		2006 - 2008	742.50(753.78)	237	3910
Doenças cerebrovasculares		2009 - 2011	785.18(777.16)	194	4004
	Masculino	2000 - 2002	908.90(987.56)	209	5139
		2003 - 2005	1082.40(953.98)	362	4999
		2006 - 2008	875.59(846.10)	313	4383
		2009 - 2011	898.63(886.09)	251	4558

Analisando a razão entre as internações sensíveis à atenção primária e a população residente de cada território das 22 regiões de saúde do Estado do Paraná, foi observado decréscimo da razão de internações por HAS em todas as Regionais de Saúde, exceto nas Regionais de Cianorte, Paranavaí, Cornélio Procópio, Toledo e Ivaiporã, que tiveram aumento nesta razão. A Regional Metropolitana foi a que apresentou maior decréscimo na razão de internação por HAS, quando comparada à população residente.

Ao verificar a razão de internações por DM (Tabela 2), observou-se que todas as Regionais de Saúde apresentaram aumento do número de internações, exceto Paranaguá e Foz do Iguaçu, que mantiveram a razão de internações, além da Metropolitana e Londrina, que apresentaram decréscimo. Considerando as internações por ICC, observa-se (Tabela 2) que as regiões de saúde obtiveram decréscimo na razão de internação, com exceção de Telêmaco Borba e Ivaiporã, que também para este grupo de doença tiveram aumento nas internações. A Regional de Umuarama teve o maior decréscimo.

Apesar da redução, a incidência de internação por ICC foi maior que todas as outras doenças.

Por fim, nas internações por DCbV, treze das Regionais apresentaram decréscimo e Foz do Iguaçu se destacou, com menor valor da razão de internação na população residente. Nove das Regionais apresentaram aumento das internações. Apucarana, União da Vitória e Telêmaco Borba tiveram o maior aumento das internações no último período.

Considerando a proporção de internações por HAS, comparada ao total de internações, por triênios e regionais, observou-se decréscimo entre 2000 e 2011 em todas as Regionais de Saúde, exceto Cianorte, Cornélio Procópio e Toledo. No triênio de 2003-2005, para 14 Regionais, foi o período de maior proporção de internações por HAS. Somente a Regional Metropolitana e a de Londrina apresentaram proporção de internações por HAS inferior a 1%, achado encontrado apenas no último triênio (2009-2011).

Tabela 2 - Número de internações sensíveis à atenção primária na população residente nas Regionais de Saúde (x 10.000 pessoas)*, por diabetes *mellitus* ou insuficiência cardíaca congestiva, e triênios. Paraná, Brasil, 2000-2011

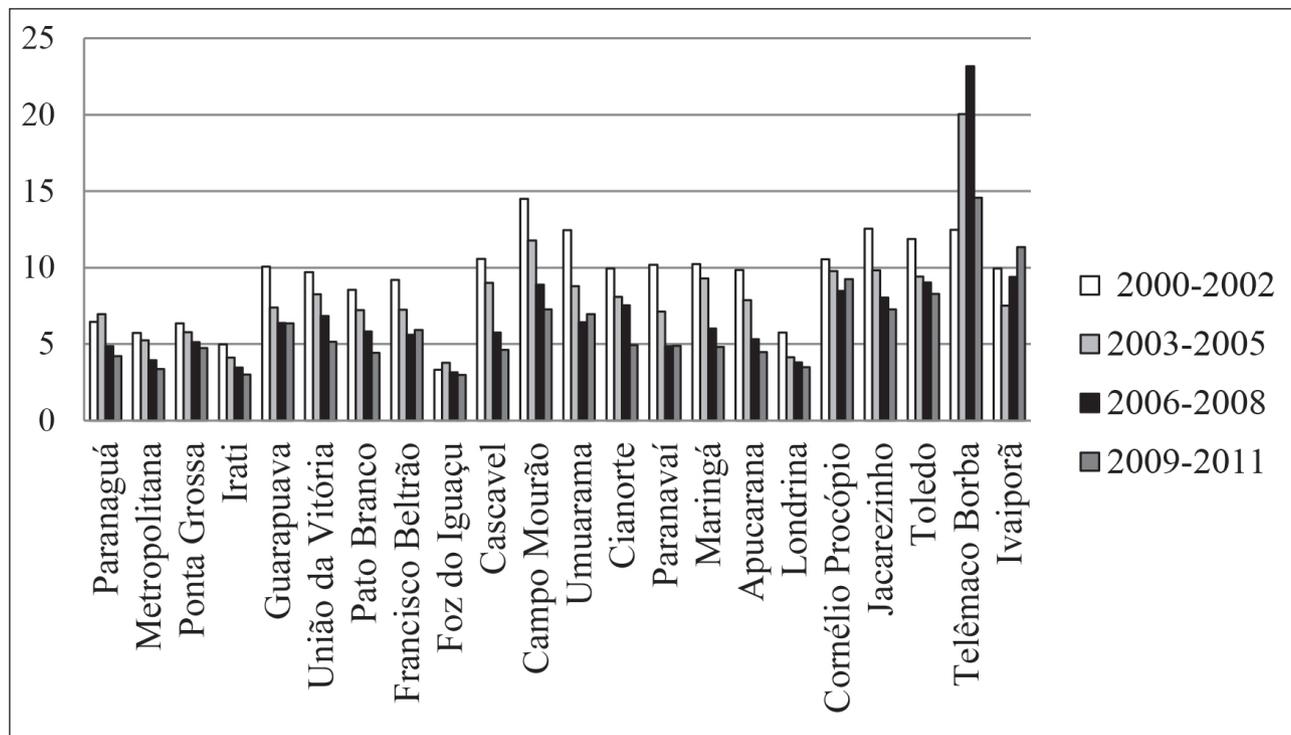
Causa	Regional de Saúde	1º triênio	2º triênio	3º triênio	4º triênio	Diferença entre 1º e 4º triênios
		2000/2002	2003/2005	2006/2008	2009/2011	
Diabetes <i>mellitus</i>	Paranaguá	26,68	20,53	25,28	26,58	0,1
	Metropolitana	19,96	11,96	10,60	12,70	7,26
	Ponta Grossa	27,55	22,93	22,52	30,60	-3,05
	Irati	22,55	16,69	23,88	36,20	-13,65
	Guarapuava	22,93	20,50	26,88	37,62	-14,69
	União da Vitória	17,13	20,54	17,03	27,31	-10,18
	Pato Branco	18,30	19,28	25,71	33,56	-15,26
	Francisco Beltrão	19,23	21,29	25,68	29,52	-10,29
	Foz do Iguaçu	11,63	11,35	12,16	10,81	0,82
	Cascavel	10,43	9,27	14,21	17,17	-6,74
	Campo Mourão	21,63	30,39	46,00	47,20	-25,57
	Umuarama	26,16	35,76	33,36	33,77	-7,61
	Cianorte	20,81	34,43	49,83	43,67	-22,86
	Paranavaí	23,65	29,60	31,67	48,67	-25,02
	Maringá	23,77	28,14	30,86	31,31	-7,54
	Apucarana	35,71	33,31	28,22	39,72	-4,01
	Londrina	20,22	19,17	14,77	15,51	4,71
	Cornélio Procópio	49,64	47,73	51,97	59,17	-9,53
	Jacarezinho	34,34	32,78	44,71	55,98	-21,64
	Toledo	22,46	21,90	34,59	33,53	-11,07
Telêmaco Borba	23,54	18,03	25,17	39,54	-16,00	
Ivaiporã	14,82	22,90	34,71	42,95	-28,13	
Insuficiência cardíaca congestiva	Paranaguá	71,34	64,36	44,55	40,82	30,52
	Metropolitana	68,81	55,89	40,81	40,03	28,78
	Ponta Grossa	75,16	61,90	56,28	60,19	14,97
	Irati	71,44	53,77	44,60	45,11	26,33
	Guarapuava	129,75	84,05	78,04	91,11	38,64
	União da Vitória	132,06	109,30	89,35	76,44	55,62
	Pato Branco	104,02	91,39	83,80	69,91	34,11
	Francisco Beltrão	141,36	114,13	88,86	95,07	46,29
	Foz do Iguaçu	36,28	40,22	27,82	32,37	3,91
	Cascavel	144,13	120,13	75,03	68,23	75,9
	Campo Mourão	212,72	179,43	145,17	115,43	97,29
	Umuarama	204,72	149,27	102,53	97,91	106,81
	Cianorte	140,73	112,50	105,48	74,40	66,33
	Paranavaí	146,34	100,49	65,54	73,18	73,16
	Maringá	143,44	127,17	82,02	67,70	75,74
	Apucarana	142,78	109,09	74,90	65,61	77,17
	Londrina	75,27	51,01	43,46	41,85	33,42
	Cornélio Procópio	153,59	143,15	131,19	147,15	6,44
	Jacarezinho	180,81	145,88	123,93	115,97	64,84
	Toledo	173,37	134,63	133,37	118,11	55,26
Telêmaco Borba	175,52	287,11	345,67	216,78	-41,26	
Ivaiporã	152,66	120,11	164,71	203,02	-50,36	

* Soma das internações do triênio (causa)/média da população residente no triênio da Regional de Saúde

A proporção de internações por DM, no total de internações, por triênios e regionais, foi elevada no primeiro triênio nas regionais de Paranaguá, Metropolitana e Ponta Grossa (>30%). No segundo triênio, houve decréscimo de internações por DM, mantendo-se abaixo de 5% nas três regionais mencionadas, que no primeiro triênio haviam apresentado elevada proporção. Notou-se oscilação de internação em todo o período de 2000-2011, exceto nas regionais de Foz do Iguaçu e Londrina, que apresentaram decréscimo na proporção de internação por DM no último

triênio. Nas demais regionais ocorreu o aumento na proporção de internação por DM.

Nas internações por ICC, houve decréscimo na proporção no período estudado, exceto nas regionais de Telêmaco Borba e Ivaiporã. Telêmaco Borba apresentou aumento proporcional acima de 22% no terceiro triênio, comparado à regional de Foz do Iguaçu, que, no mesmo período, teve a menor proporção de internação por ICC: menor que 4% (Figura 1).

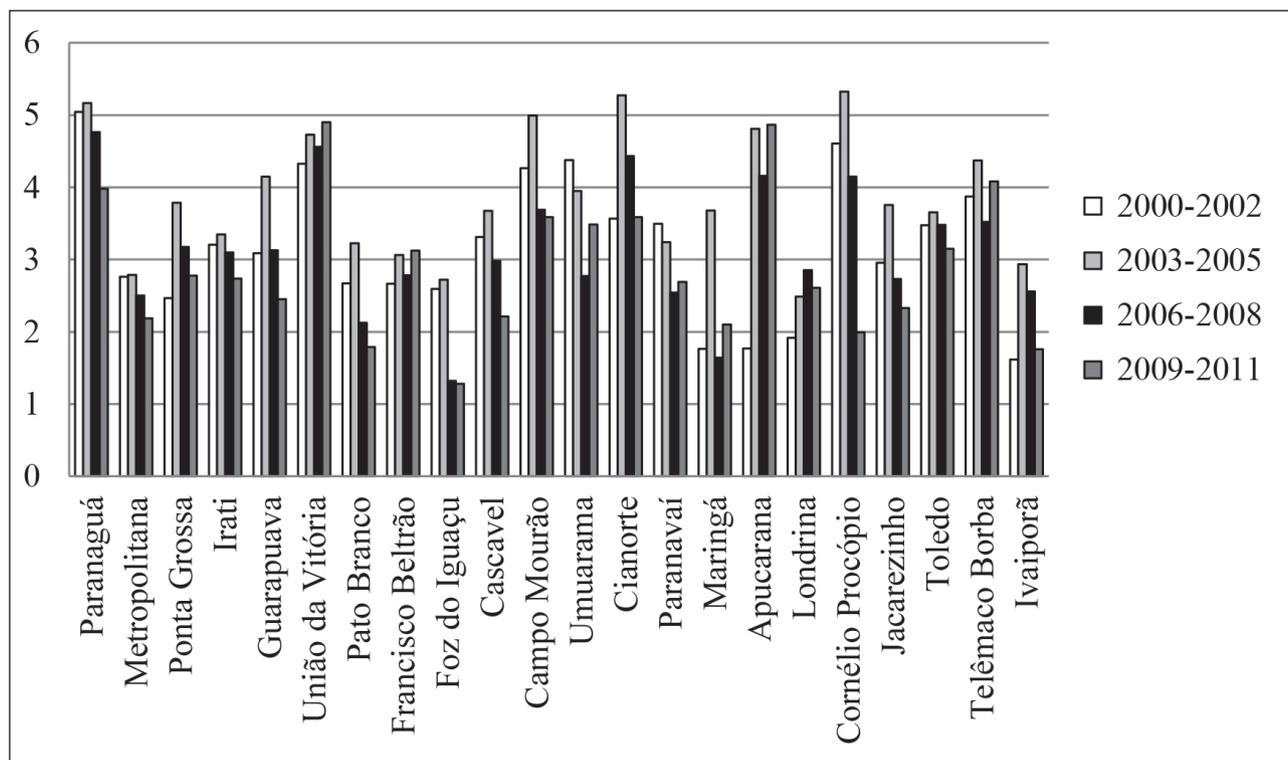


*Número de internações sensíveis à atenção primária, por insuficiência cardíaca congestiva/total de internações por todas as causas x100

Figura 1 - Proporção* de internações por insuficiência cardíaca congestiva, sensíveis à atenção primária, segundo Regionais de Saúde e triênios. Paraná, Brasil, 2000-2011

Finalizando a análise das proporções, as internações por DCbV tiveram um decréscimo em 12 das 22 regionais. A região de Foz do Iguaçu apresentou a menor proporção de internações por DCbV (<1,5%). Em oito regionais houve um crescimento no número de internações por esta causa, enquanto

que as regionais de União da Vitória, Apucarana e Telêmaco Borba apresentaram um crescimento elevado na proporção de internações em comparação às demais regionais de acordo com o período analisado (Figura 2).



*Número de internações sensíveis, por doença cerebrovascular/total de internações por todas as causas x100.

Figura 2 - Proporção* de internações por doenças cerebrovasculares, sensíveis à atenção primária, segundo Regionais e triênios. Paraná, Brasil, 2000-2011

DISCUSSÃO

As internações por CSAP refletem o estilo de vida adotado pela população e o acesso e qualidade dos serviços prestados na atenção primária. A epidemia de DCNT tem relevante impacto negativo sobre o desenvolvimento humano e social. Neste estudo, foi observado que as quatro DCNTs estudadas correspondem a 13% de todas as internações no período levantado, o que confirma os achados de uma pesquisa⁹ realizada numa região do Estado de São Paulo, em que ICC, angina, DCbV foram razões frequentes de internações entre pessoas acima de 40 anos, e responderam por 71% dos valores gastos com internações por CSAP. A prevenção deveria, por essa razão, ser incluída como prioridade nas iniciativas de desenvolvimento e investimento das políticas públicas de saúde estaduais, bem como na implantação das redes de atenção às doenças crônicas.^{2,10}

Da mesma forma que os achados de outros estudos,¹⁰⁻¹² neste estudo, verificou-se que a frequência de internações predominou no sexo feminino na maioria das doenças estudadas, com exceção das DCbVs, que foi maior no sexo masculino. Em estudo de base hospitalar,¹³ realizado em município

do Paraná sobre internações por CSAP em mulheres, foi observado que 49,42% das internações do grupo estudado ocorreram por CSAP. As principais causas foram as doenças do aparelho circulatório, com 17,02% das internações por CSAP. Notou-se que as mulheres internadas por CSAP eram mais velhas, com menor escolaridade, tinham histórico de internação prévia e menor vínculo à Estratégia Saúde da Família (ESF).

Os achados deste estudo apontam que a incidência de DCbV é maior no sexo masculino, considerando todas as faixas etárias. As DCbVs, em seus subtipos, são consideradas, atualmente, doenças de maior importância no contexto mundial. A maioria dos fatores de risco para DCbV, assim como para algumas doenças cardiovasculares, são modificáveis por meio de medidas específicas de prevenção. Os fatores de risco que aumentam a probabilidade da ocorrência destas doenças são: tabagismo, dislipidemia, hipertensão, diabetes mellitus, obesidade, dieta e sedentarismo.¹⁴

O reconhecimento de que os homens adentram o sistema de saúde por meio da atenção especializada tem como consequência o agravamento da morbidade

pelo retardamento na atenção e maior custo para o SUS. É necessário fortalecer e qualificar a atenção primária, garantindo, assim, a promoção da saúde e a prevenção aos agravos evitáveis. Comparando homens e mulheres, percebe-se que os sujeitos do sexo masculino são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres. Tal panorama foi verificado por autores,¹⁵ que mostraram que a magnitude de mortalidade por DCbV, no Estado do Paraná, foi maior na população masculina. Apesar da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam os serviços de atenção primária. Muitos agravos poderiam ser evitados por meio de medidas de prevenção primária.¹⁶ Ao contrário dos homens, as mulheres têm maior expectativa de vida, porém adoecem mais frequentemente.¹⁷ A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos.¹⁸ Autores¹³ sugerem que os estudos de internações por CSAP abordem as questões de gênero para que seja possível a observação dos problemas específicos que acometem os homens e as mulheres.

Outro achado importante, neste estudo, refere-se ao número médio de internações por ICC no Estado do Paraná, que apresentou decréscimo na última década. Apesar desta redução, esta causa teve maior valor médio de internações do que todas as outras doenças estudadas. A ICC é a via final comum da maioria das cardiopatias, representando importante problema de saúde pública, considerando-se a prevalência crescente e os indicadores de hospitalização, associados à alta morbimortalidade. O custo socioeconômico da síndrome é elevado e envolve dispêndio com medicamentos, internações repetidas, perda de produtividade, aposentadorias precoces, eventuais cirurgias e, ocasionalmente, transplante cardíaco.¹⁹

Portanto, ICC é condição clínica frequente, de alto custo, na maioria das vezes incapacitante e com elevada mortalidade. Num estudo similar, que avaliou as internações por DCNTs sensíveis à atenção primária em idosos do Rio Grande do Sul, as internações por ICC foram responsáveis por 12% do total de internações por todas as causas. Já no grupo das internações por CSAP, esta causa sozinha (ICC) correspondeu a 21,38% das internações. A frequência de internações por ICC ficou além apenas das doenças pulmonares, porém a ICC apresentou maior mortalidade hospitalar que as doenças pulmonares.²⁰ O diagnóstico precoce e

o tratamento efetivo reduzem a morbimortalidade e os custos associados, justificando a importância de cuidar apropriadamente dos portadores de ICC.¹⁹ Uma das intervenções citadas pela literatura como indutora da redução de internações por ICC, e que pode ser aplicada à atenção primária, são as consultas regulares de enfermagem, somadas ao tratamento médico e farmacológico ambulatorial.²¹

Diante do exposto, ressalta-se a importância do estímulo ao desenvolvimento de estudos de diagnóstico e de intervenção com usuários dos serviços de saúde portadores de DCNT, pois é indispensável o reconhecimento das peculiaridades de cada contexto regional, para que os programas de atenção à saúde destes sujeitos possam ser delineados, implantados e avaliados de maneira racional.

A Regional de Saúde de Foz de Iguaçu apresentou menores valores de internações por condições sensíveis, por todas as DCNTs estudadas, tanto em proporção quanto na razão e nas médias, quando comparada a outras regionais no período de 2000–2011. As regionais de Telêmaco Borba e Ivaiporã apresentaram maior aumento das internações por CSAP. Não há estudos locais para comparar tais achados ou conhecer as razões para as disparidades encontradas entre as regiões de saúde. Porém, têm sido discutidas a qualidade nos serviços de saúde e as ferramentas de avaliação da melhoria da qualidade no campo da atenção primária à saúde. Mas há que se pensar no Estado do Paraná, bem como no restante do país, que, para trabalhar o componente da qualidade em unidades básicas de saúde, **é necessário** ter condições mínimas estruturais e de formação de equipes.²²

Os achados deste estudo sinalizam que a atenção integral de qualidade que se espera das equipes de atenção primária e dos seus gerentes passa pela necessidade de rever a organização dos espaços, a governabilidade das equipes, a formação continuada e a educação permanente, bem como os vínculos empregatícios frágeis. A implantação das equipes de saúde da família há mais de duas décadas tinha como objetivo geral “contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população”.^{23:10} A atenção primária brasileira foi formulada com intuito de substituir o modelo tradicional, levar a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. Nesse sentido, o Ministério da Saúde

reconheceu a saúde da família como uma estratégia nacional, por sua abrangência, seu impacto e resoluibilidade, além de buscar a superação do modelo assistencial vigente à época.

O Estado do Paraná implantou a ESF em 1998, e em novembro de 2015, dos 399 municípios paranaenses, 396 deles tinham ESF e a estimativa de cobertura populacional era de 67,68%.²³ Num estudo sobre internações por CSAP no Brasil,¹¹ verificou que, em localidades com elevada participação de ESF, as taxas de hospitalização por doenças crônicas foram 13% menores do que em municípios com baixa participação. Isso sugere que o trabalho das equipes de saúde da família tem melhorado o desempenho do sistema de saúde no Brasil, reduzindo o número de hospitalizações potencialmente evitáveis.

As internações por CSAP podem ser usadas para comparar o desempenho de diferentes serviços de saúde, para avaliar os efeitos de políticas de saúde e como parte da avaliação da resolutividade, qualidade e acessibilidade da atenção primária à saúde.¹ Em pesquisa¹² ecológica realizada no Estado de Goiás com 221 municípios, observou-se decréscimo das taxas médias de internações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária, entre os anos de 2000 e 2008, em ambos os sexos, em municípios com menos de 50.000 habitantes, fora da região metropolitana. A redução das taxas de internações aconteceu independentemente da cobertura da ESF. Porém, nos municípios com baixa cobertura da ESF, a redução foi percebida entre o período inicial e final de análise, enquanto para as cidades com média e alta cobertura a diminuição se deu entre o primeiro e o terceiro triênio, bem como entre o segundo e o terceiro triênio comparados ($p < 0,04$).

Nesta pesquisa, quando se observou a razão de internações na população residente, verificou-se aumento no período estudado para muitas regiões de saúde. Isso sugere que a atenção primária, apesar de estar implantada, pode não apresentar cobertura suficiente, para a população, que minimize as internações por CSAP, tais como as DCbVs e a ICC. Como a ESF trabalha com a linha de cuidado dos hipertensos e diabéticos no programa HiperDia, esperava-se redução na média e nas proporções de internações por DCbV, ICC, HAS e DM, como as encontradas neste estudo ao longo dos últimos dez anos. Porém, comparando-se as internações por estas mesmas causas com a quantidade de pessoas residentes nas regionais, percebe-se que a cobertura e o acesso à ESF devem ser ampliados no Estado do Paraná, e a qualidade da atenção prestada há que ser repensada, por ter sido observado um crescimento

neste indicador na maioria das 22 regiões de saúde.

Este estudo, assim como outros que utilizaram o indicador das CSAP,^{9,24} apresenta limitações que se relacionam ao uso de dados secundários, não podendo ser garantida a qualidade da informação estudada. Além disso, a literatura disponível sobre o tema diverge na abordagem metodológica, dificultando a comparação dos achados desta pesquisa com outros estudos, mas os resultados aqui alcançados contribuem para a descrição das internações evitáveis no Estado do Paraná, permitem uma avaliação inicial das políticas públicas estaduais implantadas na atenção primária e sugerem que a qualidade e a acessibilidade ainda não são suficientes.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo apontam que os esforços para a implantação e a ampliação da atenção primária à saúde no Estado do Paraná, na última década, refletiram na redução proporcional das internações por CSAP e no número médio de internações por DCNT. Entretanto, outras pesquisas deverão ser realizadas para promover a reflexão sobre a qualidade e a acessibilidade da cobertura da atenção primária estadual, visto ter sido observado que as internações, comparados ao número de residentes, sofreram acréscimos.

Conclui-se que determinadas causas de internações como a hipertensão arterial e diabetes *mellitus* devem ser olhadas especificamente na atenção primária a fim de minimizar ainda mais as internações por doenças cerebrovasculares e insuficiência cardíaca congestiva, que se mantiveram elevadas, principalmente entre os homens. Sugere-se que a educação permanente das equipes de saúde bem como a utilização de ferramentas de gestão clínica, tais como o uso de protocolos assistenciais e apoio matricial, podem ser ferramentas úteis à rede de atenção às DCNTs no Paraná, no propósito de dar continuidade à redução da frequência observada nas internações por CSAP.

REFERÊNCIAS

1. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Macinko J, Mendonça CS, Oliveira VB, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil) Cad Saúde Pública. 2009; 25(6):1337-49.
2. Muller EV, Borges PKO, Correia ADMS, Ohata APAR, Luiz IC, Cordeiro TM. Redes de Atenção à Saúde. Ponta Grossa (PR): NUTEAD/UEPG; 2014.

3. Ministério da Saúde (MS). Portaria n. 221, 17 abril 2008: publica em forma do anexo a lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Diário Oficial da União [Internet] 2007 set 21 [cited 2013 Nov 01]; Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html
4. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet* [Internet]. 2011 [cited 2016 Set 28]; 377(9781):1949-61. Available from: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60135-9/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60135-9/fulltext)
5. World Health Organization. Joint WHO/FAO Expert Consultation on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases Technical Report Series, 916 [Internet]. Geneva (CH): WHO; 2003 [cited 2015 Jul 27]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_916.pdf
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília, 2008.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
8. Haneuse S, Bartell S. Designs for the combination of group- and individual-level data. *Epidemiology* [Internet]. 2011 [cited 2016 Mar 28]; 22(3):382-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3347777/>
9. Ferreira JBB, Borges MJG, Santos LL, Forster AC. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2014 [cited 2015 Dec 23]; 23(1):45-56. Available from: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000100005>
10. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020 [Internet]. Geneva (CH): WHO; 2013 [cited 2016 Set 28]. p.3-10; Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1
11. Macinko J, Dourado I, Aquino R, Bonolo PF, Lima-Costa MF, Medina MG, et al. Forte expansão da atenção básica à saúde no Brasil, associada a um declínio da hospitalização desnecessária. *Health Affairs*, 2010; 29(12):2149-60.
12. Batista SRR, Jardim PCBV, Sousa ALL, Salgado CM. Hospitalizações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária em municípios goianos. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2012 [cited 2015 Dec 28]; 46(1):34-42. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000100005&lng=pt
13. Pitolin ÉB, Gutubir D, Molena-Fernandes CA, Pelloso SM. Internações sensíveis à atenção primária específicas de mulheres. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 [cited 2015 Dec 28]; 20(2):441-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015202.04482014>
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
15. Muller EV, Aranha SRR, Roza WSS, Gimeno SGA. Distribuição espacial da mortalidade por doenças cardiovasculares no Estado do Paraná, Brasil: 1989-1991 e 2006-2008. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2012 [cited 2015 Jul 29]; 8(6):224-30. Available from: http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0102-311X2012000600006&pid=S0102311X2012000600006&pdf_path=cs/v28n6/06.pdf
16. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes. Brasília (DF): MS; 2008.
17. World Health Organization. Good health adds life to years: Global brief for World Health Day [Internet]. 2012 [cited 2015 Mar 09]; Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_DCO_WHD_2012.1_eng.pdf
18. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília (DF): MS; 2011.
19. Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Bacal F, Ferraz AS, Albuquerque D, Rodrigues D, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica - 2012. *Arq Bras Cardiol* 2012; 98(1 supl. 1): 1-33
20. Santos VCF, Kalsing A, Ruiz ENF, Roese A, Gerhardt TE. Perfil das internações por doenças crônicas não transmissíveis sensíveis à atenção primária em idosos da metade Sul do RS. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013; 34(3):124-31.
21. Bento VFR, Brofman PRS. Impacto da consulta de enfermagem na frequência de internações em pacientes com insuficiência cardíaca em Curitiba - Paraná. *Arq Bras Cardiol*. 2009 Jun; 92(6):490-6.

22. Neto FRGX, Sampaio JJC. Processo de ascensão ao cargo e as facilidades e dificuldades no gerenciamento do território na Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm.* 2008; 61(1):36-45.
23. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial [Internet]. Brasília (DF): MS; 1997 [cited 2016 Set 28]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf
24. Rehem TCMSB, Ciosak SI, Egry EY. Ambulatory care sensitive conditions: general hospital of micro-region of São Paulo municipality, Brazil. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2015 Jul 27]; 21(3):535-42. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300007&lng=en

Correspondência: Pollyanna Kássia de Oliveira Borges
Av. General Carlos Cavalcanti, 4748
84030-900 - Campus Uvaranas, Ponta Grossa, PR, Brasil
E-mail: pollyannakassia@hotmail.com

Recebido: 04 de agosto de 2015
Aprovado: 24 de maio de 2016