

Internaciones por enfermedades cardiovasculares y la cobertura de la estrategia salud de la familia¹

Maicon Henrique Lentsck²

Thais Aidar de Freitas Mathias³

Objetivo: verificar la correlación entre tasas de internación por enfermedades cardiovasculares sensibles a la atención primaria y la cobertura de la Estrategia Salud de la Familia de residentes en el estado de Paraná, por regionales de salud, en el período de 2000 a 2011. Método: estudio ecológico, desarrollado a partir de datos del Sistema de Informaciones Hospitalarias del Sistema Único de Salud y del Departamento de Atención Básica del Ministerio de la Salud. Se correlacionaron las tasas de internación por enfermedades cardiovasculares con las coberturas anuales de la Estrategia Salud de la Familia, utilizando los coeficientes de correlación de Pearson y Spearman. Resultado: hubo correlación negativa y fuerte en el estado de Paraná ($r=-0,91$; $p<0,001$) y en la mayoría de las regionales de salud, siendo mayor en la Metropolitana y Toledo ($r=-0,93$; $p<0,001$) y Paranaguá ($r=-0,92$; $p<0,001$). Conclusión: los resultados sugieren que el aumento de la cobertura de la Estrategia Salud de la Familia fue un factor importante para la disminución de las internaciones por condiciones cardiovasculares en residentes en el estado de Paraná y en la mayoría de las regionales de salud. Otros estudios deben ser realizados para analizar factores y causas en las regiones del estado en donde no hubo correlación con incremento de la Estrategia Salud de la Familia.

Descriptores: Enfermedades Cardiovasculares; Hospitalización; Atención Primaria de Salud; Estrategia de Salud Familiar; Enfermería en Salud Pública.

¹ Artículo parte de la disertación de maestría "Las admisiones por enfermedades cardiovasculares sensibles a la atención primaria en el estado de Paraná", presentada en la Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

² Estudiante de doctorado, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

³ PhD, Profesor Titular, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

Correspondencia:

Maicon Henrique Lentsck

Rua Conde D'eu, 531

Vila Carli

CEP: 85040-290, Guarapuava, PR, Brasil

E-mail: maiconlentsck@yahoo.com.br

Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC).

Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

Introducción

El acceso y la calidad de los cuidados prestados por la Atención Primaria a la Salud (APS) son elementos clave para los sistemas de salud, frente al desafío de la prevalencia creciente de las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) en la población. En 2008, estas enfermedades fueron responsables por dos tercios de las 36 millones de muertes en el mundo⁽¹⁾. Individuos con ECV son más propensos a la hospitalización, cuando se considera el mayor riesgo de comprometimiento funcional, los eventos adversos relacionados a la acción de los fármacos y reacciones del paciente, y la ocurrencia de enfermedades concomitantes⁽²⁾. El impacto de la hospitalización en la calidad de vida de estos individuos y sus familias puede ser alto y representar grandes costos. En Brasil, en 2012 ocurrieron 1.137.024 internaciones por ECV en el Sistema Único de Salud (SUS), con un costo global de R\$ 2.381.639.909,14⁽³⁾.

La efectividad de las acciones realizadas por la APS ha sido investigada a través de indicadores de actividad hospitalaria, con base en la suposición de que las altas tasas de internación por condiciones de salud sensibles a la APS pueden resultar de la falta de acceso a los servicios de salud primarios⁽⁴⁻⁵⁾. En este escenario, la internación es un elemento indicador de los problemas del sector de la salud⁽⁵⁾, capaz de traducir la real situación de la población⁽⁶⁾ y suministrar informaciones para el perfeccionamiento y monitorización de la APS.

En Brasil, la APS tiene una larga historia en el sistema público de atención a la salud, importante para concretización de los principios del SUS e institucionalización de la principal política pública de salud vigente — la Estrategia Salud de la Familia (ESF)⁽⁷⁾ — que, además de mejorar el acceso y la calidad de los cuidados primarios, objetiva reorganizar la práctica asistencial⁽⁸⁾. De esa manera, en el SUS, la APS es la puerta de entrada para las necesidades de salud individuales y colectivas, organizada mediante un ciclo completo de atención: tiempo de duración de la condición de salud, forma de enfrentamiento y estructura del sistema de atención a la salud⁽⁹⁾.

Las Condiciones Sensibles a la Atención Primaria (CSAP) son problemas de salud que pueden ser atendidos oportunamente y efectivamente por la APS, sin necesidad de hospitalización⁽⁵⁾. Las características de la APS, asociadas al riesgo de internación por CSAP, fueron revisadas y apuntaron consistencia creciente de correlación negativa entre el acceso a los servicios de ambulatorio y las internaciones hospitalarias por CSAP. También fue identificado que, la continuidad del trabajo, los equipos multidisciplinares y el tamaño de la población adscrita se mostraron asociados a una menor probabilidad de internaciones⁽⁵⁾.

Algunas ECV, como Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), angina, Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC) y enfermedades cerebrales vasculares, son ejemplos de problemas de salud contenidos en la Lista Brasileña de Condiciones Sensibles, pudiendo ser usadas como marcadores en la evaluación de los servicios básicos de salud, por ser consideradas potencialmente evitables⁽¹⁰⁾.

El infarto agudo del miocardio, el accidente vascular encefálico y la insuficiencia cardíaca son complicaciones que pueden ser prevenidas por acciones de la ESF desarrolladas en la APS. Entre estas acciones se destacan la detección precoz, el tratamiento para alto riesgo y, principalmente, la evaluación cardiovascular, acompañamiento y asesoramiento⁽¹⁾. Las ECV presentan un modelo de intervención en la APS que responde positivamente a las acciones aplicadas de manera adecuada y de forma eficiente, limitando el proceso de hospitalización y suministrando informaciones sobre los diferentes estados de salud, auxiliando los procesos de intervención. La evaluación de las Condiciones Cardiovasculares Sensibles a la Atención Primaria (CCSAP) también puede ser utilizada para monitorizar desigualdades en la distribución del acceso a los cuidados primarios de calidad, contribuyendo para el debate sobre las intervenciones que incluyan: sistema de financiamiento justo, tecnologías básicas, medicamentos esenciales, equipo de salud entrenado, información médica, y sistema y redes de referencia⁽¹¹⁾.

En Brasil, los estudios de correlación entre internaciones por CSAP y la cobertura de la ESF, apuntaron relaciones negativas⁽¹²⁻¹³⁾, con relación inversa de valores entre los indicadores. Esta correlación no fue identificada entre las tasas de mortalidad por ECV y la cobertura de la ESF en Brasil y estados⁽¹⁴⁾. Hasta el momento no fueron encontrados estudios que constatasen esta correlación para el estado de Paraná y sus regionales de salud. Así, en el presente estudio se verificó la correlación entre tasas de internación por condiciones cardiovasculares sensibles a la atención primaria y la cobertura de la ESF de residentes en el estado de Paraná, por regionales de salud, en el período de 2000 la 2011.

Método

Se trata de un estudio exploratorio, ecológico, dirigido a las internaciones por condiciones cardiovasculares sensibles a la atención primaria a la salud y a la cobertura poblacional de la ESF, estimada para el estado de Paraná, según regionales de salud, en el período de 2000 la 2011.

Los diagnósticos del grupo de las condiciones cardiovasculares fueron clasificados a partir de la Lista Brasileña de Condiciones Sensibles a la Atención Primaria⁽¹⁰⁾, la cual codifica las condiciones sensibles

conforme la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CID-10): HAS (CID-10: I10 y I11), angina (CID-10: I20), ICC (CID-10: I50 y J81) y enfermedades cerebrales vasculares (CID-10: I63 la I7; I69; G45 y G46).

Los datos de las internaciones fueron obtenidos en el Sistema de Informaciones Hospitalarias del SUS (SIH-SUS), encontrados disponibles mensualmente en la página electrónica del Departamento de Informática del SUS (DATASUS). El SIH-SUS tiene como base los datos de las Autorizaciones de Internación Hospitalaria (AIH), siendo un documento llenado por el médico en cada internación financiada por el sector público, el que objetiva la identificación del paciente, los diagnósticos de internación, los gastos hospitalarios; siendo utilizado para que el hospital reciba el reembolso por los servicios prestados. Para este estudio fueron adoptadas las AIH del tipo 1, que se refieren a las internaciones iniciales y acoge todas las internaciones de residentes en los 399 municipios de Paraná, agrupándolas, posteriormente, en las 22 regionales de salud. Las informaciones poblacionales de residentes en el estado y regionales, para el cálculo de las tasas de internación están también disponibles en el DATASUS, que tiene como referencia los datos del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE).

Las tasas de internación fueron calculadas considerando el total de internaciones motivadas por condiciones cardiovasculares sensibles a la atención primaria, de residentes del estado y regionales de salud, en el intervalo etario de 35 a 74 años, dividido por la población en el mismo intervalo etario, local y período y multiplicado por 10.000. Se optó por la población de 35 a 74 años, ya que a partir de los 35 años se aumenta la posibilidad de enfermarse e de internación por ECV, siendo 74 años considerado el límite de edad por las políticas públicas orientadas a la promoción y prevención de la morbilidad por ECV⁽¹⁵⁾.

El cálculo de cobertura de la ESF fue hecho por la razón entre la población cubierta por la ESF del último mes de cada año del estado y regionales de salud, por habitante, multiplicado por 100. Las estimativas poblacionales de cobertura de los equipos de la ESF, en el territorio definido, fueron consultadas en la página electrónica del Departamento de Atención Básica del Ministerio de la Salud, que publica, mensualmente, informaciones sobre los municipios y estados.

El análisis de correlación fue realizado entre las tasas de internación por CCSAP y la proporción de la cobertura de la ESF en el estado y regionales de salud, en el período de 2000 a 2011, utilizando el coeficiente de correlación de Pearson y el coeficiente de correlación de Spearman cuando los datos no presentaron distribución normal, con nivel de significación de 5% ($p < 0,05$).

Para interpretación de la magnitud de los coeficientes de correlación se adoptó la clasificación propuesta por Hulley et al⁽¹⁶⁾: coeficientes de correlación $< 0,4$ = correlación de débil magnitud, $\geq 0,4$ la $< 0,5$ = correlación de moderada magnitud, y $\geq 0,5$ = correlación de fuerte magnitud. Con la finalidad de facilitar la comparación a lo largo del tiempo investigado, las tasas de internación fueron agrupadas en trienios y la diferencia relativa fue calculada entre los trienios extremos. La tabulación del banco de datos, los cálculos de las tasas de internación y la cobertura poblacional de la ESF fueron realizados con el *software* Microsoft Office Excel (versión 2007); para el análisis de correlación se utilizó el programa SPSS (versión 18.0). El estudio fue apreciado por el Comité de Ética y exento de análisis (Dictamen nº 037/2012 Copep), por considerar la naturaleza de la investigación y diseño metodológico exclusivo, con datos secundarios, de acceso público por la internet.

Resultados

En el período de cobertura de este estudio se constató que hubo un aumento relativo de 81,9% en la cobertura poblacional de la ESF y una disminución de 35,3% en las tasas de internación por CCSAP, en todo el estado de Paraná. Para la cobertura de ESF fue observado un aumento relativo en todas las regionales de salud, destacándose las regionales de Paranaguá (454,8%), Foz del Iguazú (277,1%) y Telemaco Borba (212,4%), que presentaron mayor variación positiva, y Londrina (19,7%), Apucarana (18,7%) y Cascavel (10,6%), que presentaron la menor variación (Tabla 1). Se observó disminución en las tasas de internación por ECV y diferencia entre las regionales de salud, ocurriendo disminución relativa más acentuada en Maringá (-49,9%), Paranaguá (-48,3%) y Umuarama (-45,3%), y menos acentuada en las regionales de Cornélio Procópio (-4,3%) y Telemaco Borba (-4,1%). La excepción fue el aumento relativo de 3,8% en las tasas de internación por CCSAP para residentes en la regional de salud de Ponta Grossa (Tabla 1).

En la Figura 1 se distribuyó espacialmente la magnitud de los coeficientes de correlación en el estado de Paraná, por sus regionales de salud. La correlación entre las tasas de internación por CCSAP y la cobertura de ESF fue negativa y fuerte para el estado de Paraná ($r = -0,91$; $p < 0,001$), y mayor para las regionales Metropolitana y Toledo ($r = -0,93$; $p < 0,001$) y Paranaguá ($r = -0,92$; $p < 0,001$). No se observó correlación significativa en las regionales de Ponta Grossa, Cascavel, Londrina, Cornélio Procópio, Telemaco Borba e Ivaipora, revelando estabilidad o pequeña caída en las tasas de internación, o moderado aumento de la cobertura de la ESF (Tabla 1 y Figura 1).

Tabla 1 - Cobertura de la ESF, tasa de internación por CCSAP y respectivas diferencias relativas, por trienio, y resultados del análisis de la correlación, según regionales de salud. Paraná, Brasil, 2000 la 2011

Regional	2000/2002		2003/2005		2006/2008		2009/2011		Dif. Relativa*		Coef de correlación(r)	p	Correlación
	ESF†	Tasa	ESF†	Tasa	ESF†	Tasa	ESF†	Tasa	ESF†	Tasa			
Maringá	42,9	163,8	47,9	131,5	50,5	91,3	55,5	82,1	29,4	-49,9	-0,60*	0,036	Fuerte
Paranaguá	8,4	126,4	13,2	116,2	31,1	83,6	46,6	65,4	454,8	-48,3	-0,92	<0,001	Fuerte
Umuarama	42,5	217,8	55,8	195,4	67,0	140,1	75,4	119,2	77,4	-45,3	-0,90	<0,001	Fuerte
Cascavel	34,1	166,0	35,8	142,8	34,4	99,9	37,7	91,3	10,6	-45,0	-0,25	0,418	Sin correlación
Campo Mourao	31,6	231,8	52,2	222,6	72,8	169,1	81,1	128,4	156,6	-44,6	-0,90*	<0,001	Fuerte
Metropolitana	17,8	105,5	23,9	100,9	32,0	72,1	37,4	60,8	110,1	-42,4	-0,93	<0,001	Fuerte
Francisco Beltrao	32,8	141,8	58,4	126,8	67,9	97,7	73,3	82,5	123,5	-41,8	-0,84	<0,001	Fuerte
Cianorte	53,0	181,2	67,2	164,3	70,2	134,6	70,2	113,1	32,5	-37,6	-0,65*	0,022	Fuerte
Toledo	14,9	172,3	26,1	143,8	29,5	129,4	33,7	112,6	126,2	-34,6	-0,93	<0,001	Fuerte
Guarapuava	21,5	189,0	49,2	144,3	54,2	124,5	65,5	125,3	204,7	-33,7	-0,81*	0,001	Fuerte
Uniao da Vitoria	16,7	173,6	29,1	152,4	40,3	122,2	41,4	116,2	147,9	-33,1	-0,70*	0,010	Fuerte
Pato Branco	21,8	137,4	24,3	125,2	38,7	109,5	61,5	94,7	182,1	-31,1	-0,89	<0,001	Fuerte
Londrina	55,7	103,7	64,2	107,1	69,7	77,0	66,8	69,5	19,9	-33,0	0,07*	0,829	Sin correlación
Jacarezinho	34,8	197,1	62,2	182,4	66,1	147,0	78,9	132,2	126,7	-32,9	-0,80	0,002	Fuerte
Foz del Iguazú	13,1	79,4	26,0	85,9	41,6	56,3	49,4	57,4	277,1	-27,7	-0,77	0,003	Fuerte
Paranavaí	55,1	163,0	76,1	153,7	85,2	121,1	84,2	120,3	52,8	-26,2	-0,58*	0,045	Fuerte
Apucarana	81,5	173,6	90,6	166,2	94,1	143,7	96,7	130,5	18,7	-24,8	-0,70*	0,010	Fuerte
Itaiti	21,9	155,7	43,8	119,2	60,2	110,4	64,1	124,7	192,7	-19,9	-0,73	0,006	Fuerte
Ivaipora	54,3	172,2	68,8	177,5	72,3	177,6	76,2	151,0	40,3	-12,3	-0,08	0,801	Sin correlación
Cornélio Procopio	42,6	175,2	69,2	185,8	77,9	180,6	78,9	167,7	85,2	-4,3	-0,35*	0,265	Sin correlación
Telemaco Borba	21,4	221,4	42,4	291,0	60,2	313,5	67,9	212,4	217,3	-4,1	-0,09*	0,779	Sin correlación
Ponta Grossa	13,9	131,3	28,8	123,2	38,9	123,6	43,5	136,3	212,9	3,8	-0,08	0,788	Sin correlación
Paraná	29,9	143,2	41,9	131,7	48,6	103,7	54,4	92,7	81,9	-35,3	-0,91	<0,001	Fuerte

*Diferencia relativa entre los trienios extremos; †Estrategia Salud de la Familia; ‡Correlación de Spearman

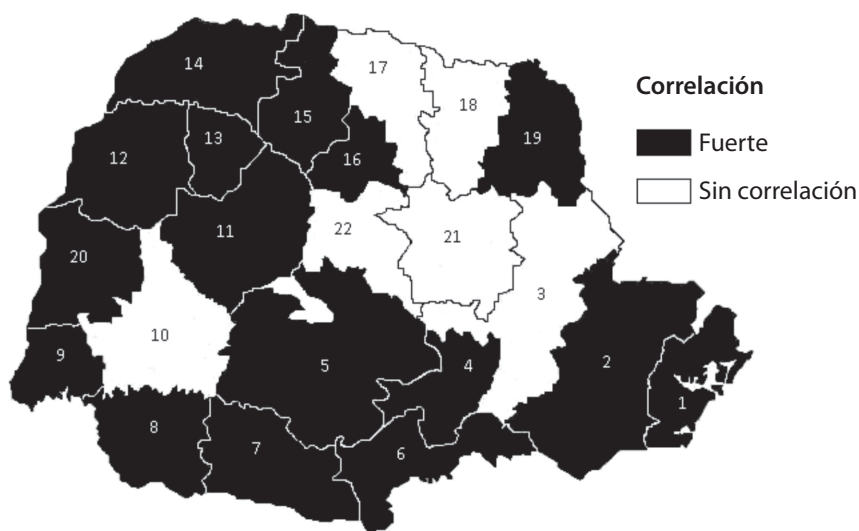


Figura 1 - Mapa de distribución de la correlación entre las tasas de internación por CCSAP y la cobertura de la ESF, según regionales de salud. Paraná, Brasil, 2000 a 2011

Discusión

La expansión de la cobertura del ESF en el estado de Paraná se reveló importante en el período estudiado, alcanzando, en 2011, 96,2% de los municipios y 55,7% de la población paranaense. Un comportamiento semejante fue observado en el país, en general, con mayor adhesión inicial de los municipios de pequeño porte y, secundariamente, por los municipios de medio y gran porte, estimulados por el Programa de Expansión y Consolidación de la Salud de la Familia (PROESF), que apoya por medio de financiamiento específico la expansión, calificación y consolidación de la ESF, en municipios con más de 100 mil habitantes⁽¹⁷⁾. Inclusive cuando está presente en la mayoría de los municipios de Paraná, la ESF todavía presenta dificultades en el establecimiento de estándares más acelerados de expansión, sea por razones socioeconómicas de ciertas regiones del estado o por obstáculos al acceso y a prácticas asistenciales no comprometidas con el cambio. A pesar de que los resultados son del estado de Paraná es posible suponer un contexto análogo en otros estados del Sur de Brasil, ya que el aumento de la cobertura de la ESF ha sido correlacionado con la disminución de la mortalidad por enfermedades circulatorias en esta región⁽¹⁴⁾.

La expansión de la ESF en Brasil hace que el SUS represente un de los mayores sistemas públicos y de acceso universal a la salud, basado en los cuidados primarios. Por su extensión territorial, se

torna imprescindible observar las diferencias locales regionales, para garantizar una expansión ecuánime y de calidad. Los datos de este estudio demuestran que, en Paraná, la expansión y la cobertura de la ESF no fueron homogéneas entre las regionales de salud, indicando la existencia de diferentes características de implementación y organización de los servicios de la APS.

La cobertura de la ESF en las regionales de salud presenta heterogeneidad, determinada por: coberturas altas, mayores que las del estado y con evolución constante; porcentajes próximos de la cobertura del estado; y coberturas siempre más bajas y con cierto estándar de estabilidad. Por tanto, el análisis por regionales de salud debe ser considerado cuando se compara la ESF con tasas de internación por condiciones sensibles, como indicador de la APS⁽¹²⁾.

Al adherir a la ESF, los municipios mejoraron su estructura de atención a la salud, con aumento en el número de equipos de salud habilitados y de aporte de recursos, sin significar, necesariamente, un cambio en el modelo asistencial. Los incentivos financieros son fundamentales para la ampliación de la cobertura de la ESF, sin embargo, pueden comprometerla, por estar cada vez más escasos. Por otro lado, propuestas como el Programa Nacional de Mejoría del Acceso y de la Calidad de la Atención Básica (PMAQ) y los Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF) son respuestas positivas, que pueden auxiliar la resolutivez de la ESF⁽⁷⁾.

El impacto positivo de la ESF frente a las internaciones por condiciones sensibles es demostrado

en la literatura para enfermedades crónicas, como las ECV. Los municipios con mayor cobertura poblacional de la ESF presentan tasas de internaciones, por condiciones crónicas sensibles, 13% menores que los municipios con menor cobertura, sugiriendo que la ESF generó mejorías en la salud de la población y desempeño del SUS⁽⁴⁾.

En el presente estudio, la disminución de las tasas de internación por CCSAP en el estado no fue identificada solamente en la regional de salud de Ponta Grossa. La disminución en las demás regionales presentó comportamiento heterogéneo en relación al estado, y, al final de la serie de internaciones, 15 regionales de salud presentaron tasas superiores en relación al estado. Las especificidades regionales pueden imposibilitar la implantación de normas generales de administración. Sin embargo, las Directrices Operacionales del Pacto por la Salud de 2006 establecen compromisos de administración dirigidos a las necesidades de cada local. En este escenario, la evaluación y el monitorización de la situación de salud de la población suministran informaciones importantes para que los administradores lidien con situaciones dinámicas y heterogéneas⁽¹²⁾, y, en el caso de la morbilidad hospitalaria por ECV, se vuelven esenciales para la evaluación del comportamiento de la enfermedad e, indirectamente, de las medidas de prevención utilizadas para su control. No obstante, el indicador de internación por condiciones sensibles a la APS todavía es poco difundido.

La correlación negativa y fuerte entre los indicadores para el estado y la mayoría de las regionales de salud sugiere que el crecimiento de la ESF fue significativo y proporcional a la disminución de las tasas de internaciones por CCSAP, entretanto, el cuadro es mucho más complejo. Determinar que solamente la ESF sea representativa en las disminuciones de las internaciones puede no ser coherente, ya que la internación hospitalaria también puede ser explicada por: morbilidad, factores socioeconómicos y geográficos, práctica médica y sistema de salud⁽¹⁸⁾. En el caso específico de las ECV, se considera, también, que el ajuste de factores comportamentales puede determinar su control o avance, ya que las elecciones individuales pueden ser limitadas por el ambiente, como la oferta de alimentos saludables, el precio y la disponibilidad de cigarrillos y alcohol⁽¹⁹⁾. No se puede dejar de considerar los cambios socioeconómicos de los últimos años, entre los cuales la mejoría de la renta, el poder de consumo de la sociedad brasileña, el mayor acceso a la educación y a la información, además de la característica de una enfermedad con larga duración que necesita de la participación activa del afectado.

Inclusive no siendo ese el objetivo, los factores arriba citados pueden interferir en los coeficientes, entretanto, en este estudio, la hipótesis siguió evidencias de que el contacto regular con el servicio de salud primario estaba asociado a una mejor adhesión a planes preventivos de cambio de comportamiento, factor necesario para obtener un impacto positivo en las ECV⁽²⁰⁾.

Para comprender la correlación negativa y fuerte entre las regionales de salud se deben considerar algunas especificidades en la relación entre los indicadores. Las tasas de internación por CCSAP en todas las regionales presentaron una disminución, variando entre -19,9% y -49,9%. En cuanto al indicador de cobertura de la ESF, la diferencia relativa presentó crecimiento, variando entre 18,7% y 45,8%. Esta diferencia de crecimiento se debe a las altas coberturas de la ESF en el inicio de la serie, en algunas regionales, como en Apucarana, que presentó un crecimiento de 18,7%, siendo que en 2000 su cobertura poblacional era de 81,5%. Estas diferencias pueden indicar estándares de asistencia de la ESF y distinto comportamiento de la población. Otra suposición a ser destacada se relaciona al factor demográfico, ya que la mayor concentración urbana poblacional en algunas regionales de salud puede influenciar de manera relevante los resultados.

Inclusive con una correlación linear no significativa es necesario el análisis de los indicadores de algunas regionales, en el objetivo de identificar, en los resultados, comportamientos heterogéneos que puedan explicarlos. De las seis regionales en que no hubo correlación, cinco presentaron disminución en las tasas de internación, con excepción de Ponta Grossa. Las regionales Cascavel y Londrina, consideradas polos macrorregionales en el estado, son populosas y desarrolladas, y la ausencia de correlación fue determinada por la estabilidad en la cobertura de la ESF en el período del estudio. En la regional de Cascavel, la estabilidad fue resultado de la baja cobertura sin incremento de su expansión; y en la regional de Londrina, la estabilidad fue determinada por una cobertura altamente representativa, luego en el inicio, la que se mantuvo a lo largo del período.

La cobertura del sector privado, con la expansión de los planos de salud y nuevos hospitales, podría intervenir en las tasas de internaciones, reduciendo las internaciones por el SUS; lo que puede haber sucedido en las regionales de Londrina y Cascavel. Sin embargo, el SUS tiene mejores condiciones que el sector de la salud suplementario, ofreciendo sistemas de atención a la salud, organizados por la ESF, ya que los cuidados

primarios no son una prioridad en los programas del sector privado⁽⁷⁾.

Otro estándar identificado en ese grupo fue la situación de las regionales de Cornélio Procópio, Telemaco Borba e Ivaipora que poseen una mayor concentración de municipios pequeños. Las mayores tasas de internación en regionales con mayor concentración de municipios pequeños podrían provenir de la demanda, ya que inclusive pudiendo resolver los problemas con la APS, las regionales, por poseer camas ociosas, tienden a la internación.

También, se constata que, inclusive con la disponibilidad de datos del SIH-SUS, ese sistema de información no es capaz de dimensionar los repetidos episodios de internaciones. Un estudio realizado en la regional de Cornélio Procópio reveló individuos internados por HAS y enfermedades cerebrales vasculares en un hospital de referencia, encontrando prevalencia de 60,4% de reinternaciones⁽²¹⁾. Este dato sobre reinternaciones puede corroborar las altas tasas de internación encontradas en las regionales de Telemaco Borba, Cornélio Procópio e Ivaipora, las que agregan pequeños municipios con red hospitalaria de baja complejidad, características que pueden estar alimentando artificialmente las tasas de internaciones con reinternaciones, por la necesidad de supervivencia hospitalaria. Se considera esta situación un ejemplo de ineficiencia de la distribución de los gastos públicos, que podrían ser evitados a la APS⁽⁷⁾.

Esas ponderaciones pueden ser semejantes al analizar el comportamiento identificado en la regional de Ponta Grossa que, inclusive con crecimiento de su cobertura poblacional por la ESF, no se observó impacto en sus tasas. El problema es desafiador, pero la administración de la salud en cada municipio puede tener importantes aliados en los NASF — mediadores — para los equipos de salud, en la resolución de las acciones delante de las CCSAP.

Se constata que, los datos sobre la cobertura de la ESF son actualizados mensualmente, no obstante, la calidad de la información está condicionada a la eficacia de los procesos de recolección, procesamiento, análisis y transmisión correcta del Sistema de Información de la Atención Básica (SIAB). La no alimentación del sistema de información y la administración de los equipos de salud de la familia que presenta una alta rotación de los profesionales, compromete la calidad de las informaciones e inviabiliza la atención integral. Además de la calidad de las informaciones, el delineamiento adoptado puede inferir en la falacia ecológica, ya que

no siempre la persona internada estaba adscrita en el área de cobertura de la ESF, y viceversa, incluyéndose las reinternaciones. Algunos estudios indican que, 75% de las reinternaciones hospitalarias son evitables, la mayoría de ellas mediante el manejo adecuado de la APS, constituyéndose la base del concepto de internaciones por condiciones sensibles a la APS⁽²²⁾.

La disponibilidad de camas hospitalarias y AIH pagadas por el SUS presentaron reducción en todos los tipos de hospitales, principalmente en los contratados, acompañando la disminución en el número global de hospitalizaciones⁽²³⁾. Además de eso, la ampliación de la asistencia de ambulatorio, el crecimiento de la alta complejidad en ambulatorio, la distribución de los camas y de internaciones en las especialidades de manera no racional a las necesidades de la población⁽²⁴⁾, pueden, también, estar vinculadas a la magnitud de las tasas de internación, sobre todo por CSAP.

Frente a las ponderaciones y limitaciones del estudio, la utilización de las informaciones hospitalarias y la cobertura de la ESF para fines epidemiológicos requieren cautela. El cuestionamiento sobre la calidad de los registros y la confiabilidad de los datos, además de contribuir para la organización de las informaciones sobre salud, colabora para la planificación de las acciones del equipo de la salud⁽²⁵⁾.

Conclusiones

La implantación, en 2011, del Plano de Acciones Estratégicas para el Enfrentamiento de las DCNT objetivó promover el desarrollo de las políticas de salud instituidas, al dar énfasis en sus servicios, a las acciones de alto impacto en los determinantes de salud de las personas y reafirmando el papel y el potencial de la ESF en el seguimiento, tratamiento y prevención de las enfermedades cardiovasculares pasibles de intervención por la APS. En el ámbito internacional, la APS es considerada el nivel de administración primordial para el enfrentamiento de estas enfermedades.

Así, los resultados de este estudio demostraron que la correlación entre cobertura poblacional de la ESF y las tasas de internación por CCSAP, en el estado de Paraná y en la mayoría de las regionales de salud, fue negativa y fuerte. Se considera que el aumento de la cobertura de la ESF se muestra como importante factor para la disminución de las tasas de internación. Otros estudios deben ser realizados en las regionales en donde no hubo disminución de las tasas, con la finalidad de explorar mejor las internaciones, además

de los probables factores y causas que influyen en ese perfil, ya que el impacto de la APS sobre las ECV no se limita a la cobertura de la ESF, a sus barreras de acceso y a la mejoría de la calidad de la asistencia ofrecida en estas regionales. Las influencias de otros factores pueden ser más dinámicas que las propias acciones de la ESF. En este sentido, son necesarios análisis futuros, que exploren datos socioeconómicos para profundizar el análisis y contextualización de los resultados.

El estudio aporta conocimiento acerca de las condiciones cardiovasculares sensibles a las acciones de la APS; los resultados por regionales de salud se revelan como importante instrumento de análisis de las variaciones geográficas y necesidades de cuidado. También, se evidenciaron nudos críticos de la APS en todo el estado y se suministró información para la monitorización de las ECV, así como para la evaluación del acceso y calidad de los servicios de salud para esas condiciones sensibles.

Referencias

- World Health Organization. Global status report on non communicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011.
- Freund T, Peters-Klimm F, Rochon J, Mahler C, Gensichen J, Erler A, et al. Primary care practice-based care management for chronically ill patients (PraCMan): study protocol for a cluster randomized controlled trial [ISRCTN56104508]. *Trials*. 2011; 12(163). DOI: 10.1186/1745-6215-12-163.
- Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Mortalidade hospitalar do SUS por local de internação – Brasil. [Internet]. [acesso 22 fev 2014]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>.
- Macinko J, Dourado I, Aquino R, Bonolo PF, Lima-Costa MF, Medina MG, et al. Major Expansion Of Primary Care In Brazil Linked To Decline In Unnecessary Hospitalization. *Health Aff*. 2010;29(12):2149-60. DOI: 10.1377/hlthaff.2010.0251.
- Nedel FB, Facchini LA, Martín M, Navarro A. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. *Epidemiol Serv Saúde*. 2010;19(1):65-75.
- Mathias TAF, Mello Jorge MHP. Hospitalização e mortalidade em idosos: um exercício de análise comparativa. *Ciênc Cuid Saúde*. jan-abr 2005;4(1):25-36.
- Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
- Fernandes VBL, Caldeira AP, Faria AA, Neto JFR. Hospitalizations sensitive to primary care as an evaluation indicator for the Family Health Strategy. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(6):928-36.
- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
- Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Publica a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. *Diário Oficial da União, Brasília*, p. 70-71. 18 abr. Seção 1.
- Mendis S, Al Baschir I, Dissanayake L, Varghese C, Fadhil I, Marhe E, et al. Gaps in Capacity in Primary Care in Low-Resource Settings for Implementation of Essential Noncommunicable Disease Interventions. *Int J Hypertens*. 2012:584041. DOI: 10.1155/2012/584041.
- Campos AZ, Theme-Filha MM. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(5): 845-55.
- Barreto JOM, Nery IS, Costa MSC. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28(3): 515-526.
- Ceccon RF, Borges DO, Paes LG, Klafke JZ, Viecilli PR. Mortalidade por doenças circulatórias e evolução da saúde da família no Brasil: um estudo ecológico. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(5):1411-6.
- Aquino EML, Barreto SM, Benseñor IM, Carvalho MS, Chor D, Duncan BB, et al. Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil): objectives and design. *Am J Epidemiol*. 2012;175(4):315-24. DOI: 10.1093/AJE/KWR294.
- Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Hearst N, Newman TB. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. 3.ed. Porto Alegre: Editora Artmed; 2008.
- Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família e centros urbanos no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(Supl 1):S7-S27.
- Deraas TS, Berntsen GR, Hasvold T, Forde OH. Does long-term care use within primary health care reduce hospital use among older people in Norway? A national five-year population-based observational study. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:28. DOI: 10.1186/1472-6963-11-287.
- Macinko J, Dourado I, Guanais FC. Doenças Crônicas, Atenção Primária e Desempenho dos Sistemas

- de Saúde: Diagnósticos, instrumentos e intervenções. Banco Interamericano de Desenvolvimento; nov 2011. 36 p.
20. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence On The Chronic Care Model In The New Millennium. *Health Aff.* 2009;28(1):75-85.
21. Carvalho EB. Caracterização das pessoas internadas por hipertensão arterial e doenças cerebrovasculares em um hospital de referência regional: perfil de risco e utilização de serviços ambulatoriais [Dissertação de Mestrado]. Londrina (PR): Universidade Estadual de Londrina; 2010.
22. Caminal J, Starfield B, Sánchez E, Casanova C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *European J Public Health.* 2004;14:246-51.
23. Ribeiro JM. O desenvolvimento do SUS e racionamento de serviços hospitalares. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009;14(3):771-82.
24. Mendes ACG, Sá DA, Miranda AMD, Lyra TM, Tavares RAW. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. *Cad Saúde Pública.* 2012;28(5):955-64.
25. Arruda GO, Molena-Fernandes CA, Mathias TAF, Marcon SS. Hospital morbidity in a médium-sized city: differentials between men and women. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2014;22(1):19-27.