

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
SETOR DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

RAQUEL HAIDE SANTOS ALDRIGUE

**INTERAÇÕES POR CONDIÇÕES CARDIOVASCULARES SENSÍVEIS À
ATENÇÃO PRIMÁRIA E A RELAÇÃO COM A ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA EM MUNICÍPIOS DE MÉDIO PORTE DO PARANÁ, BRASIL,
2008 a 2017**

PONTA GROSSA

2020

RAQUEL HAIDE SANTOS ALDRIGUE

**INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES CARDIOVASCULARES SENSÍVEIS À
ATENÇÃO PRIMÁRIA E A RELAÇÃO COM A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
EM MUNICÍPIOS DE MÉDIO PORTE DO PARANÁ, BRASIL, 2008 a 2017**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Ponta Grossa para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde, Área de Concentração Assistência Interdisciplinar em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Claudia Garabeli Cavalli Kluthcovsky.

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Pollyanna Kássia de Oliveira Borges.

PONTA GROSSA

2020

A365 Aldrigue, Raquel Haide Santos
Internações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária e a relação com a Estratégia Saúde da Família em municípios de médio porte do Paraná, Brasil, 2008 a 2017 / Raquel Haide Santos Aldrigue. Ponta Grossa, 2020. 82 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde - Área de Concentração: Atenção Interdisciplinar em Saúde), Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cláudia Garabeli Cavalli Kluthcovsky.
Coorientadora: Profa. Dra. Pollyanna Kássia de Oliveira Borges.

1. Saúde - atenção primária. 2. Saúde - qualidade. 3. Hospitalização. 4. Saúde - interdisciplinaridade. 5. Saúde - Rede de atenção. I. Kluthcovsky, Ana Cláudia Garabeli Cavalli. II. Borges, Pollyanna Kássia de Oliveira. III. Universidade Estadual de Ponta Grossa. Atenção Interdisciplinar em Saúde. IV.T.

CDD: 614

RAQUEL HAIDE SANTOS ALDRIGUE GRACZYK

**INTERAÇÕES POR CONDIÇÕES CARDIOVASCULARES SENSÍVEIS À
ATENÇÃO PRIMÁRIA E A RELAÇÃO COM A ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA EM MUNICÍPIOS DE MÉDIO PORTE DO PARANÁ, BRASIL, 2008
A 2017**

Dissertação apresentada para obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde na
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Área de Atenção Interdisciplinar em Saúde.

Ponta Grossa, 24 de julho de 2020.

Ana Cláudia Garabeli Cavalli Kluthcovsky

Profa. Dra. Ana Cláudia Garabeli Cavalli Kluthcovsky – Orientadora
Doutora em Medicina Interna
Universidade Estadual de Ponta Grossa

Maicon Henrique Lentsck

Prof. Dr. Maicon Henrique Lentsck
Doutor em Enfermagem
Universidade Estadual do Centro-Oeste do Paraná

Erildo Vicente Muller

Prof. Dr. Erildo Vicente Muller
Doutor em Saúde Coletiva
Universidade Estadual de Ponta Grossa

Dedico este trabalho à minha filha Eduarda, minha fonte de inspiração.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade da vida e de estar aqui, de ter chegado até aqui. Gratidão Senhor!

Aos meus pais, Dulce e Mário, pela vida que me foi dada.

À minha filha Eduarda, por me permitir o prazer de ser mãe, e por permitir que em meio ao que ocorreu durante este período de estudos, eu conclua o mestrado com as palavras “Eu quero ser doutora como a mamãe”. Isso é fonte de motivação!

Gratidão a todos os meus familiares, em especial: minha mãe Dulce, minha irmã Thaís, Camila, Rafael, Gabriel, Luana, Amanda, às tias Dulcinéia e Denise, que permitiram, acreditaram, e principalmente colaboraram nos cuidados com a Eduarda nos momentos que se fizeram necessários para que eu estivesse presente nas aulas do mestrado ou nos momentos de estudo e construção da dissertação.

Gratidão ao meu ex-marido e pai da Eduarda, Floriano, pelo companheirismo e apoio durante o mestrado, e agora, com o cuidado com a nossa filha para que eu possa executar as atividades do curso.

Agradeço à minha orientadora, prof^a. Dra^a. Ana Cláudia, que sempre esteve disposta a colaborar comigo, compreendendo, além de tudo, dificuldades pessoais durante o período e agiu sempre com doçura ao demonstrar sua capacidade técnica. Quanto prazer poder aprender com a senhora!

À minha coorientadora, prof^a. Dra^a. Pollyanna, pois também sempre esteve disposta a me auxiliar, em todos os aspectos, e através do seu amor pela saúde pública e epidemiologia é capaz de contagiar a qualquer aluno.

Agradeço a todos os professores do PPGCS pela disposição em nos ministrar as aulas. Foi sensacional a experiência obtida através do programa. Poder compartilhar o saber de forma interdisciplinar é maravilhoso! Gratidão!

Agradeço a todos os meus colegas de turma, pois as discussões fomentadas foram sempre incríveis do ponto de vista acadêmico e social. Em especial, meu agradecimento ao enfermeiro MSC Diego, e ao dentista MSC Renan, obrigada pelos risos soltos e divertidos cafés. Obrigada a todos, com certeza estarão para sempre em minha memória!

Agradeço à gestão de saúde da SMS de Palmeira da qual fiz parte, em especial às colegas e amigas Fabiani, Rosilene e Francielle, sobretudo pela oportunidade em realizar o mestrado, mas com a certeza de que as discussões interdisciplinares eram acaloradas e muito inteligentes no ambiente do trabalho. Gratidão!

À Universidade Estadual de Ponta Grossa pela oportunidade do estudo e por acolher-me mais uma vez.

Os únicos derrotados no movimento criativo da vida são aqueles que atravessam a existência perguntando o porque das ocorrências e das coisas, sem se darem ao trabalho de conhecer-lhes a origem; aqueles que descreram de Deus e de si mesmos, apagando-se no vazio do “nada mais a fazer”; aqueles que choram inutilmente as provações necessárias; aqueles que fogem dos problemas da vida, temendo-lhes as complicações; aqueles que se acreditam incapazes de errar e aqueles outros que, em se observando caídos, nessa ou naquela falta, não sentem a precisa coragem do “começar de novo”.

Francisco C. Xavier, Emmanuel

RESUMO

ALDRIGUE, Raquel Haide Santos. **Internações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária e a relação com a estratégia saúde da família em municípios de médio porte do Paraná, Brasil, 2008 a 2017**. 2021. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2020.

As Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde (CSAPS) são um conjunto de agravos à saúde cujo risco de internações poderia ser reduzido por uma efetiva ação no nível primário. As doenças cardiovasculares estão entre as principais causas dessas internações. **Objetivos:** Analisar as Internações por Condições Cardiovasculares Sensíveis à Atenção Primária à Saúde (ICCSAP), nos municípios de médio porte do estado do Paraná e a relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), entre 2008 e 2017. **Método:** Estudo ecológico, de séries temporais. As causas das internações analisadas foram a hipertensão arterial sistêmica, angina, insuficiência cardíaca congestiva e doenças cerebrovasculares, segundo a lista brasileira de condições sensíveis à atenção primária. Foram analisadas todas as internações ocorridas no Sistema Único de Saúde, de residentes com 40 a 74 anos, nos municípios de médio porte do estado do Paraná, disponibilizadas pelo DATASUS, por meio do programa *Tabwin*. Os dados referentes à população residente foram também obtidos mediante consulta ao DATASUS. As taxas anuais de internação foram calculadas segundo as variáveis causa, sexo, idade e município de residência, por 10.000 habitantes. O percentual da população coberta pela ESF dos municípios foi obtido na Sala de Apoio à Gestão Estratégica, disponível no sítio eletrônico do Ministério da Saúde. A análise de dados incluiu a regressão polinomial para as tendências das taxas de internação, a variação percentual para a cobertura pela ESF, e os coeficientes de correlação linear de Pearson e Spearman para a correlação entre a cobertura pela ESF e as taxas de ICCSAP. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$. **Resultados:** Considerando todos os municípios em conjunto, houve tendência decrescente das taxas para o total das ICCSAP, para os sexos masculino e feminino e para as faixas etárias de 40 a 59 anos e 60 a 74 anos (todos $p < 0,001$). Observaram-se maiores taxas para a faixa etária de 60 a 74 anos e para o sexo masculino, em todos os anos. Considerando cada doença cardiovascular, houve tendência decrescente das taxas para HAS ($p < 0,001$), insuficiência cardíaca congestiva ($p < 0,001$), e doenças cerebrovasculares ($p < 0,01$), inclusive quando estratificado por sexo e faixa etária. As taxas para angina apresentaram tendência crescente ($p < 0,001$), inclusive quando estratificado por sexo e faixa etária. Observou-se tendência decrescente das taxas de ICCSAP em nove dos 16 municípios estudados (56,2%), os demais com tendência crescente. Os municípios em conjunto e cinco deles apresentaram correlação inversa entre a cobertura da ESF e as taxas de ICCSAP. **Conclusão:** Os resultados sugerem uma redução nas taxas de ICCSAP, exceto para angina. A correlação entre a cobertura da ESF e as taxas de ICCSAP deve ser analisada considerando as especificidades locais. Ressalta-se a importância das ICCSAP como um indicador no monitoramento das doenças cardiovasculares.

Palavras chaves: Atenção Primária à Saúde. Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde. Hospitalização. Assistência à Saúde. Doença Crônica.

ABSTRACT

ALDRIGUE, Raquel Haide Santos. **Hospitalizations for cardiovascular conditions sensitive to primary care and the relationship with the family health strategy in middle municipalities in Paraná, Brazil, 2008 to 2017.** 2021. Dissertation (Master in Health Sciences) – Ponta Grossa State University, Ponta Grossa, 2020.

Conditions Sensitive to Primary Health Care (CSAPS) are a set of health problems whose risk of hospitalizations could be reduced by an effective action at the primary level. Cardiovascular diseases are among the main causes of these hospitalizations. **Objectives:** To analyze Hospitalizations for Cardiovascular Conditions Sensitive to Primary Health Care (ICCSAP) in medium-sized municipalities in the state of Paraná and the relationship with the coverage of the Family Health Strategy (ESF), between 2008 and 2017. **Method:** Ecological study, of temporal trend. The causes of the hospitalizations analyzed were systemic arterial hypertension, angina, congestive heart failure and cerebrovascular diseases, according to the Brazilian list of conditions sensitive to primary care. All hospitalizations that occurred in the Unified Health System, of residents aged 40 to 74 years, in medium-sized municipalities in the state of Paraná, made available by DATASUS, in the *Tabwin* program, were analyzed. The data referring to the resident population were also obtained by consulting DATASUS. Annual hospitalization rates were calculated according to the variables cause, sex, age and municipality of residence, per 10,000 inhabitants. The percentage of the population covered by the ESF of the municipalities was obtained from the Support Room for Strategic Management, available on the Ministry of Health website. The data analysis included the polynomial regression for hospitalization rate trends, the percentage variation for coverage by the ESF, and Pearson and Spearman's linear correlation coefficients for the correlation between coverage by the ESF and the ICCSAP rates. The level of significance was set at $p < 0.05$. **Results:** Considering all the municipalities together, there was a decreasing trend for the total of ICCSAP rates, for men and women and for the age groups of 40 to 59 years and 60 to 74 years (all $p < 0.001$). Higher rates were observed for the 60 to 74 age group and for the male gender, in all years. Considering each cardiovascular disease, there was a decreasing trend in rates for SAH ($p < 0.001$), congestive heart failure ($p < 0.001$), and cerebrovascular diseases ($p < 0.01$), even when stratified by sex and age group. The rates for angina showed an increasing trend ($p < 0.001$), even when stratified by sex and age group. There was a decreasing trend in the rates of ICCSAP in nine of the 16 municipalities studied (56.2%), the others with an increasing trend. The municipalities together and five of them showed an inverse correlation between the ESF coverage and the ICCSAP rates. **Conclusion:** The results suggest a reduction in HACSC rates, except for angina. The correlation between ESF coverage and ICCSAP rates must be analyzed considering local specificities. The importance of ICCSAP is highlighted as an indicator in the monitoring of cardiovascular diseases.

Key words: Primary Health Care. Health Care Quality Indicators. Hospitalization. Delivery Health Care. Chronic Disease.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	- A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde.....	18
Quadro 1	- Lista de condições sensíveis à Atenção Primária.....	25
Figura 2	- Modelo de atenção às condições crônicas.....	32
Figura 3	- Taxas anuais para o total das ICCSAP/10.000 habitantes por sexo e faixa etária de 40 a 74 anos, para o total de municípios de médio porte do Paraná, 2008 a 2017.....	46
Figura 4	- Taxas anuais de internamentos por hipertensão arterial sistêmica (HAS)/10.000 habitantes, segundo sexo e faixa etária de 40 a 74 anos, para o total de municípios de médio porte do Paraná, 2008 a 2017.....	47
Figura 5	- Taxas anuais de internamentos por angina/10.000 habitantes, segundo sexo e faixa etária de 40 a 74 anos, para o total de municípios de médio porte do Paraná, 2008 a 2017.....	48
Figura 6	- Taxas anuais de internamentos por ICC/10.000 habitantes, segundo sexo e faixa etária de 40 a 74 anos, para o total de municípios de médio porte do Paraná, 2008 a 2017.....	49
Figura 7	- Taxas anuais de internamentos por doenças cerebrovasculares/10.000 habitantes, segundo sexo e faixa etária de 40 a 74 anos, para o total de municípios de médio porte do Paraná, 2008 a 2017.....	50
Figura 8	- Distribuição espacial dos municípios de médio porte do estado do Paraná que apresentaram tendência crescente ou decrescente de taxas de Internações por Condições Cardiovasculares Sensíveis à Atenção Primária, por 10.000 habitantes, em adultos de 40 a 74 anos, 2008 a 2017.....	52

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 - Frequência do total das internações, das ICSAP*, ICCSAP**, hipertensão arterial, angina, insuficiência cardíaca congestiva e cerebrovasculares, com respectivos percentuais, em adultos de 40 a 74 anos, para o total de municípios de médio porte do Paraná, 2008 a 2017..... 44
- Tabela 2- Tendência das taxas de Internações por Condições Cardiovasculares Sensíveis à Atenção Primária, por 10.000 habitantes, segundo sexo e faixa etária, em adultos de 40 a 74 anos, para o total de municípios de médio porte do Paraná, 2008 a 2017..... 45
- Tabela 3- Tendência das taxas de Internações por Condições Cardiovasculares Sensíveis à Atenção Primária, por 10.000 habitantes, em adultos de 40 a 74 anos, para o total de municípios de médio porte do Paraná e para cada município em separado, 2008 a 2017..... 51
- Tabela 4- Percentual da população coberta pela Estratégia Saúde da Família, em adultos de 40 a 74 anos, e variação percentual, para o total de municípios de médio porte do Paraná e para cada município em separado, 2008 a 2017..... 53
- Tabela 5- Correlação entre o percentual da população coberta pela Estratégia Saúde da Família e as taxas de Internações por Condições Cardiovasculares Sensíveis à Atenção Primária, por 10.000 habitantes, em adultos de 40 a 74 anos, para o total de municípios de médio porte do Paraná e para cada município em separado, 2008 a 2017..... 54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
ACE	Agente de Combate a Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APS	Atenção Primária à Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CSAP	Condição Sensível à Atenção Primária
CCSAP	Condição Cardiovascular Sensível à Atenção Primária
DAPES	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DC	Doenças Crônicas
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doença Cardiovascular
DESF	Departamento de Saúde da Família
DPS	Departamento de Promoção da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
ICCSAP	Internação por Condição Cardiovascular Sensível à Atenção Primária
ICSAP	Internação por Condição Sensível à Atenção Primária
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
SAGE	Sala de Apoio à Gestão Estratégica
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SIH-SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	16
2.1 REDES DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE	16
2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	19
2.3 CONDIÇÕES SENSÍVEIS À APS	23
2.4 CONDIÇÕES CARDIOVASCULARES SENSÍVEIS À APS	29
2.5 REDE DE ATENÇÃO E CUIDADOS EM DOENÇAS CRÔNICAS.....	31
3 OBJETIVOS.....	35
3.1 GERAL	35
3.2 ESPECÍFICOS	35
4 MATERIAL E MÉTODO.....	36
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	36
4.2 VARIÁVEIS DE ESTUDO, FONTE E COLETA DOS DADOS	37
4.3 ANÁLISE DOS DADOS	40
4.3.1 Número e proporções de internações para todos os municípios em conjunto .	40
4.3.2 Taxas das ICCSAP para todos os municípios em conjunto	40
4.3.3 Taxas das ICCSAP para cada município	41
4.3.4 Percentual e variação percentual da população coberta pela ESF para cada município.....	41
4.3.5 Processamento dos dados e análise estatística.....	42
5 RESULTADOS.....	44
6 DISCUSSÃO.....	55
7 CONCLUSÃO.....	67
REFERÊNCIAS.....	68

1 INTRODUÇÃO

A importância dos cuidados primários para a saúde das populações já é reconhecida há muitas décadas. Trata-se de uma estratégia de organização dos serviços de saúde voltada para responder a maior parte das necessidades de saúde de forma contínua, regionalizada e hierarquizada, tanto por ações preventivas como curativas.

A APS é a principal porta de entrada do usuário na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2017a). Deve ser resolutiva em 80% dos casos (STARFIELD, 2002), e precisa conciliar assistência com prevenção e promoção de saúde. Além disso, é quem coordena a rede de cuidados (BRASIL, 2017a), havendo a necessidade de o planejamento em saúde ser ascendente, ou seja, ocorrer a partir das demandas que a APS apresenta (STARFIELD, 2002)

A Atenção Primária à Saúde (APS) é composta pelos locais de saúde onde ocorrem principalmente os atendimentos básicos em saúde, que estão mais próximos da população. Além disso, é necessário que a APS solucione diferentes situações de doenças e agravos (FREITAS et al., 2020).

No processo de decisão, alguns critérios epidemiológicos identificam as prioridades em saúde, o que constitui importantes indicadores de avaliação da qualidade do cuidado ofertado pela APS. Para avaliar a resolubilidade da atenção primária pode-se utilizar o indicador Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), sendo este um indicador indireto usado para a análise da qualidade da APS (AVELINO et al., 2015). A utilização desse indicador parte do pressuposto de que a oferta de serviços e ações resolutivos na APS reduziria as internações hospitalares por grupos de causas específicas. Esse indicador permite avaliar, indiretamente, o acesso e a qualidade dos serviços e ações na APS, bem como identificar áreas prioritárias na atenção à saúde da população (BENTO, 2015; AVELINO et al., 2015), efeito de políticas públicas e desempenho de diferentes serviços de saúde (AVELINO et al., 2015).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), reformulada em 2017, tem a Estratégia Saúde da Família (ESF) como estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Primária. O modelo de ESF, considerado prioritário na estruturação da atenção primária, encontra-se em expansão territorial (CAMPOS;

THEME-FILHA, 2012; HONE et al., 2017). Existiu, nos últimos anos, um aumento na cobertura pelas ESF, tanto no meio urbano quanto rural (MALTA et al., 2016).

Nesse contexto, a consolidação da ESF é associada à melhoria da qualidade de vida da população, como demonstrado em estudo sobre o efeito da expansão da cobertura da ESF sobre as ICSAP em crianças menores de um ano, realizado em 417 municípios da Bahia, entre 2000 a 2012 (PINTO JR et al., 2018). Os autores relataram diminuição das taxas de internações por condições evitáveis ou sensíveis à atenção primária (PINTO JR et al., 2018), demonstrando os efeitos das ações na APS na melhoria das condições de saúde da população estudada.

Uma APS não resolutiva pode resultar em maior demanda nos serviços secundários e terciários de saúde. Em diversas situações em que o nível primário de atenção à saúde não é resolutivo, ocorrem internações por motivos que poderiam ser resolvidos antes da necessidade de internação caso houvesse uma atenção primária resolutiva, efetiva e oportuna. Por outro lado, sabe-se que garantir o acesso a serviços assistenciais não provoca a efetivação do cuidado em saúde.

Em um estudo de tendência temporal das taxas de ICSAP em Pelotas, Rio Grande do Sul, foi observada a redução desta taxa entre os anos de 1998 e 2012 (COSTA et al., 2017). Outro estudo correlacionou a cobertura de ESF e a taxa de ICSAP em Campo Grande (Mato Grosso do Sul), e os autores sugerem que o aumento da cobertura das ESF contribui na redução das taxas de ICSAP (CAMPOS; THEME-FILHA, 2012). Um trabalho que trata da relação entre as ICSAP e a cobertura das ESF no Brasil evidenciou a existência de relação entre a ampliação da cobertura das ESF e a redução do indicador em questão (CECCON; MENEGHEL; VIECILI, 2014).

De fato, a análise de indicadores de saúde é uma estratégia de gestão fundamental para tomada de decisões. Além de efetuar esta análise, o gestor deve buscar qualificar os profissionais e melhorar o atendimento à saúde oferecido, buscando atingir as metas das pactuações, e, se possível, superá-las. Dentre os indicadores, destacam-se as ICSAP, cuja análise da tendência auxilia para uma melhor compreensão da resolutividade da APS, com potencial para direcionar ações específicas para a melhora da qualidade na prestação dos serviços de saúde, preferencialmente se consideradas as novas concepções de saúde e não apenas a resolução do sintoma ou ausência de doença. Ademais, a ESF está consolidada

como modelo assistencial da atenção primária e apresentou grande expansão nos municípios brasileiros nos últimos anos.

As doenças cardiovasculares (DCV) estão entre as cinco principais causas de ICSAP (MELO, 2014; TORRES, 2014), sendo elas: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Angina, Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) e Doenças Cerebrovasculares. Diante dessa realidade, este estudo objetiva verificar a tendência das internações por Condições Cardiovasculares Sensíveis à Atenção Primária (ICCSAP), de indivíduos entre 40 e 74 anos de idade, nos municípios de médio porte do Estado do Paraná e a relação com a cobertura da ESF entre 2008 e 2017.

Apesar da importância do tema, poucos estudos foram realizados no Estado do Paraná sobre as ICSAP e sua relação com a ESF. Além disso, não foi encontrado na literatura, até o momento, trabalho sobre as ICCSAP que apresente dados relacionados aos municípios de médio porte do estado do Paraná, com avaliação de possíveis associações, o que reforça a relevância deste estudo, em função das considerações até aqui apontadas.

Com o objetivo de compreender o contexto da temática a ser estudada, serão apresentadas uma breve revisão da literatura, os aspectos relevantes sobre Redes de Atenção à Saúde, de modo a observar a reestruturação do modelo de serviço ofertado, sobre atenção primária em saúde e a sua principal estratégia, a Saúde da Família. Em seguida sucederão as abordagens literárias sobre as Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), bem como as Condições Cardiovasculares Sensíveis à Atenção Primária (CCSAP) e sobre a rede de atenção e cuidados em doenças crônicas. Nos tópicos seguintes serão abordados os aspectos metodológicos, seguidos dos resultados encontrados, com posterior discussão dos resultados e considerações finais da dissertação.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 REDES DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

O Brasil passa por uma transição demográfica na qual apresenta envelhecimento na composição da população e isso vem ocorrendo devido à redução dos níveis de fecundidade e mortalidade, do crescimento da população potencialmente ativa (15 a 64 anos de idade) e também pelo o aumento dos indivíduos acima de 65 anos de idade. A distribuição da faixa-etária que em 1960 apresentava formato de pirâmide, atualmente passa pelo estreitamento da base e alargamento do topo da pirâmide (IBGE, 2010).

Essas transições demográficas e as socioeconômicas podem estar associadas com a transição epidemiológica (DUARTE; BARRETO, 2012). De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, as doenças crônicas não transmissíveis são os maiores problemas em saúde e responsáveis por mais de 70% das causas de morte no país, gerando impacto na vida da população e limitando a execução das atividades diárias e laborais (IBGE, 2014).

As transições demográficas e epidemiológicas constituem um incremento relativo das condições crônicas (MENDES, 2010). O Brasil apresenta uma situação de saúde de tripla carga de doenças, manifestada através da convivência de doenças infecciosas, parasitárias e problemas de saúde reprodutiva, causas externas e doenças crônicas. Há incoerência por parte dos sistemas de saúde atuais, tendo em vista um predomínio de condições crônicas, com sistemas de saúde voltados para condições agudas, tanto no setor público quanto privado (MENDES, 2010).

A solução se dá através da integração dos sistemas de saúde, através das redes de atenção à saúde, tendo em vista seu potencial em melhora da qualidade dos serviços, resultados sanitários e redução dos custos dos sistemas de saúde (MENDES, 2010). Para responder esta demanda, se fez necessário mudanças na estrutura no SUS para oferecer atendimento efetivo que requer cuidado integral e de acompanhamento em longo prazo.

Em 30 de dezembro de 2010 foi publicada a Portaria nº 4.279 que estabelece as diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no SUS e em 28 de junho de 2011 no Decreto nº 7.508, foi regulamentada a Lei nº

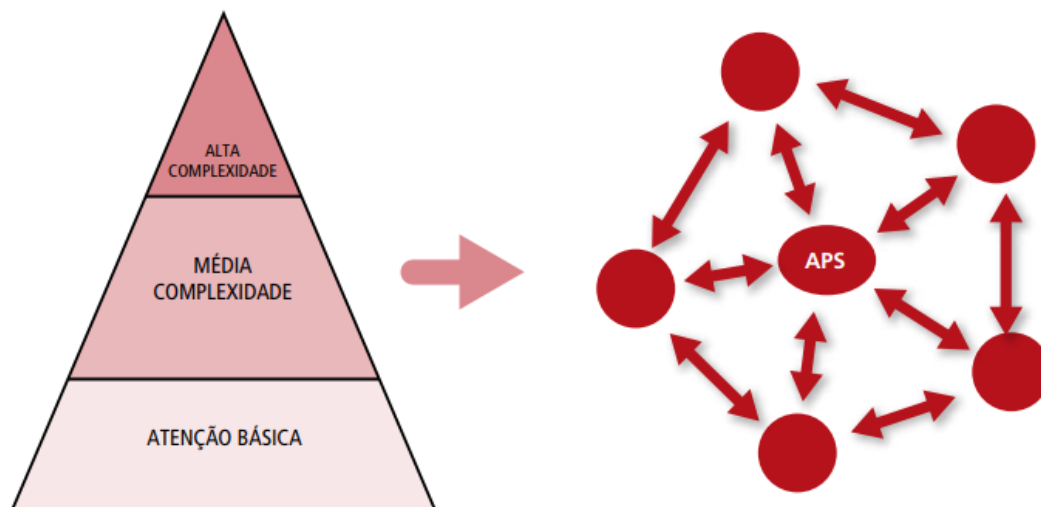
8.080 (BRASIL, 2011a). No primeiro documento consta o conceito da RAS como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010). Portanto, trata-se de um modelo em que suas diferentes instâncias almejam alcançar um objetivo em comum por meio de ações e serviços.

As redes se organizam mediante planejamento, gestão e financiamento entre as três esferas governamentais buscando desenvolver soluções integradas de políticas de saúde (BANDEIRA; CAMPOS; GONÇALVES, 2019), estando todos os serviços de saúde no mesmo nível hierárquico, e reconhecendo estes diversos serviços como possíveis portas de entrada do paciente na rede.

A RAS foi implementada como estratégia para ultrapassar a atenção e gestão em saúde fragmentada (BRASIL, 2010), que por sua vez tinha como característica a estrutura vertical dos setores de atendimento, organizados através de pontos isolados e incomunicados de atenção à saúde, com descontinuidade da atenção e descompromisso com o paciente, e sem gestão baseada na população (MENDES, 2010). O profissional médico era tido como agente central do cuidado (modelo médico centrado) e, por conseguinte, era mais efetivo para atender as condições agudas e isoladas.

Desta forma, passou-se do modelo de pirâmide, hierárquica, em que a atenção primária se comunicava com a secundária que, por sua vez, se comunicava com a atenção terciária, onde a base da pirâmide era larga para que, teoricamente, poucos pacientes chegassem à atenção hospitalar, para o modelo em formato de Rede, poliárquica, com a intenção de reverter o modelo pautado na cura para a perspectiva de promoção e prevenção em saúde (PINTO et al., 2017). A partir do momento que a rede piramidal e hierárquica se transforma em redes poliárquicas de atenção à saúde, respeitam-se as diferenças nas densidades tecnológicas entre a atenção primária e a especializada, rompendo-se as relações verticais para que existam redes horizontais. Pode-se observar a nova conformação na figura 1 (MENDES, 2011).

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



Fonte: MENDES (2011).

A RAS disponibiliza o cuidado à saúde por intermédio de profissionais de diferentes segmentos, ela realiza a atenção de maneira contínua e integral, além de apresentar relação horizontal entre os setores da atenção, que tem como porta de entrada e centro de comunicação a APS (BRASIL, 2010), devendo ser, portanto, a ordenadora do cuidado em saúde. A criação dos serviços de APS foi fundamental para a expansão da rede pública, objetivando proximidade com a população e custos mais baixos (ROCHA; SOARES, 2010).

Diversas mudanças foram implementadas desde que o SUS foi criado, incluindo as modalidades de gestão, financiamento, modelo de Atenção Primária, avaliações de programas e ações (COSTA et al., 2017). Assim, o SUS não é um modelo estático e a RAS é tanto dinâmica quanto existem as alterações demográficas, epidemiológicas e culturais. Ademais, existe o processo recente de descentralização e regionalização que exige um sistema de saúde que demanda estratégias diferenciadas de cuidado conforme as regiões, mudando estruturalmente a rede local/regional (BANDEIRA; CAMPOS; GONÇALVES, 2019; BOUSQUAT et al., 2019).

2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A oferta de cuidado na APS pode ser determinante para a melhora da saúde da população geral (COSTA et al., 2017), sendo um modelo descentralizado e norteado pelos princípios do SUS (AGUIAR, 2015). A APS oferece a porta de entrada (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2010; LENTSCK, 2013; BRASIL, 2017a) para as necessidades do indivíduo e da comunidade, oferecidas através de equipes municipais, coordenadas por regiões geográficas que buscam garantir a gestão do sistema de saúde (LENTSCK, 2013).

Desde 1920 existiram diversas formas de organizar a Atenção Primária, sendo o marco mais importante da APS a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), que se deu em 1994. Este programa é o precursor da ESF, devido às suas potencialidades (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

A partir de 1994, portanto, existe um custeio permanente da ESF, sendo que desde 1994 até 2019 o Ministério da Saúde (MS) consolidou várias portarias e estruturou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006, revisada em 2011 e 2017. A PNAB redefiniu as ações individuais e coletivas em saúde, e abrange: promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção (REIS et al., 2019).

Diante da nova organização da rede, torna-se visível o desenvolvimento de novas práticas para adesão de uma equipe multiprofissional, melhora do acolhimento do usuário a ser atendido, educação em saúde e fortalecimento do vínculo entre a equipe de saúde com as famílias e as comunidades, visando sistematizar ações e cuidados que promovam a integralidade da saúde. A principal base de mudança da nova organização envolve a reorganização do modelo da ESF que traz a família e o domicílio como dois elementos chaves de atuação, com vínculo familiar, integralidade e coordenação da atenção à saúde, articulação à rede, participação social e atuação intersetorial (BRASIL, 2017a).

A estratégia prioritária da PNAB é a ESF (BRASIL, 2017a), cuja composição deve ser multiprofissional e envolvida com promoção em saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde do usuário do SUS, bem como sua família e a comunidade adscrita à equipe.

A ESF é coordenadora do cuidado e ordenadora da rede regionalizada de atenção à saúde (BOUSQUAT et al., 2019) e das práticas da APS no Brasil. Busca

garantir que os problemas de saúde dos usuários do SUS sejam resolvidos em 80% dos casos (STARFIELD, 2002), evita as hospitalizações desnecessárias (PINTO JR et al., 2018) e os altos custos na manutenção do paciente. É caracterizada, portanto, como um dos condicionantes da dinâmica regional da saúde (BOUSQUAT et al., 2019).

A ESF é, portanto, a estratégia de expansão, qualificação e consolidação da APS, e, por meio dela, pode-se aprofundar o impacto da APS na saúde da população (BRASIL, 2017a) e sua consolidação é relacionada à melhoria da qualidade de vida da população (PINTO JR et al., 2018). A partir dessa reestruturação do modelo assistencial de saúde da família, surgem as visitas domiciliares, uma atividade de assistência à saúde que envolve a família e o ambiente onde vive o indivíduo com objetivo de contribuir para a efetivação das premissas de promoção à saúde definidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Para que exista uma ESF é imprescindível dispensar de uma equipe multiprofissional, composta, no mínimo, por: médico generalista, enfermeiro, auxiliar ou técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS); pode ser acrescido de agentes de combate a endemias (ACE) e profissionais de saúde bucal (cirurgião dentista, auxiliar e técnico em saúde bucal), apresentando-se como uma proposta mais abrangente de APS. O recomendado é 100% de cobertura, com um máximo de 750 pessoas por ACS, devendo ser considerada a epidemiologia e condições sociais e de vulnerabilidade de cada comunidade (BRASIL, 2017a), sendo aferido como ideal 3.000 pessoas por equipe, respeitando a equidade, para que exista uma boa assistência à saúde.

Como já afirmado anteriormente, a APS possui papel significativo por ser a base do ordenamento e da integralidade do cuidado. Em decorrência da variedade e complexidade dos casos atendidos, é necessário que as pessoas envolvidas na equipe multiprofissional apresentem habilidade interpessoal e de articulação intersetorial para conseguir oferecer um atendimento de qualidade e com resolutividade “para a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, proteção e recuperação da saúde, e redução de danos” (BRASIL, 2017a). Em razão disso, é necessário que este trabalho seja executado com o manejo interdisciplinar no sentido de prestar o cuidado de maneira integral, o que condiciona o profissional a enxergar todos os aspectos do paciente.

Devido a sua complexidade, não existe consenso na literatura sobre o conceito de interdisciplinaridade, contudo ela é entendida como uma ação que almeja a articulação entre os diferentes saberes com trabalho cooperativo e reflexivo(FONTOURA, 2007). Para Japiassu (1976, p.74) a interdisciplinaridade é caracterizada pela "intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas no interior de um mesmo projeto de pesquisa", ao dizer isso o autor indica que a interdisciplinaridade se desenvolve pela troca recíproca de diferentes conhecimentos, com o intuito de resolver um problema em comum.

Quando é conseguido alcançar a complementaridade e interdependência entre os trabalhos, os profissionais enxergam a importância do trabalho do outro para conseguir dar prosseguimento no atendimento, e com isso ocorre a democratização e valorização das diferentes profissões envolvidas na equipe (SANTOS et al., 2016).

Contudo, são encontradas dificuldades para se efetivar o trabalho em equipes de saúde na APS. Os autores supracitados apontam como aspectos dificultadores o problema de infraestrutura (insumos, equipamentos e transporte para locomoção nas visitas domiciliares), a carência de planejamento coletivo para o desenvolvimento do trabalho, a falta de interação entre os profissionais, a desvinculação e o desconhecimento de resultado final da intervenção do profissional no processo terapêutico do paciente(SANTOS et al., 2016).

A dificuldade para o relacionamento com os profissionais de outras formações está enraizada no processo de formação, ao não preparar tais profissionais para desempenhar estas habilidades (BORGES; DOHN, 2006; FONTOURA, 2007), e muitas vezes o saber técnico impede de enxergar as outras profissões no cuidado integral em saúde (FONTOURA, 2007).

A interdisciplinaridade é um processo complexo, que necessita de ação concreta,e atuar na ESF acentua a dificuldade neste trabalho, pois nestes locais os profissionais vivenciam as reais dificuldades de compartilhar saberes e transitar entre interdisciplinar e multidisciplinar (SCHERER; PIRES; JEAN, 2013).

A Saúde Coletiva expressa um dos campos mais férteis quando se trata de saber interdisciplinar, que vem da sua complexidade em termos discursivos (produção do conhecimento), em práticas tecnológicas e em estilos de expressão dos saberes e técnicas, através de intervenções das diferentes disciplinas incluídas

neste campo (LUZ, 2009). Reduzir a sua complexidade à multidisciplinaridade ou a uma configuração monolítica de expressão da produção é negar sua complexidade, o que decretaria o empobrecimento e posterior falência da Saúde Coletiva (LUZ, 2009).

A interdisciplinaridade, portanto, demanda uso integrado de saberes na prática multiprofissional, incursão das fronteiras disciplinares, desenvolvimento de competências e atitude individual para enfrentar e superar os desafios diários da atuação profissional (SCHERER; PIRES; JEAN, 2013).

O saber interdisciplinar dá condições ao profissional de saúde para perceber o homem como um todo, tendo como um dos aspectos centrais conhecer o trabalho do outro com base na convivência, relacionamento e troca de informações. Este saber deve ser instigado no ambiente de trabalho, e o trabalho nas ESF é um excelente escopo de atuação interdisciplinar.

Após ter consciência de tais desafios, em 20 de maio de 2019 foi publicado pelo MS o Decreto 9.795 de 17 de maio de 2019 que alterou o organograma do MS, criando a Secretaria responsável pela APS e pela ESF (REIS et al., 2019; MS, 2019). A estrutura da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) abriga três departamentos: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES), Departamento de Saúde da Família (DESF) e Departamento de Promoção da Saúde (DPS) (BRASIL, 2019a).

Através deste decreto a APS adquire maior poder de decisão frente ao MS, bem como presença nas discussões orçamentárias, com um acúmulo de potencial indutor de reprodutibilidade da estrutura nos estados e municípios (REIS et al., 2019).

As questões que foram discutidas pelos gestores federais referem-se, principalmente, a: ampliação do acesso dos usuários à ESF; alteração do modelo de financiamento, com base em resultados e eficiência; definição de um modelo novo de provimento e formação de médicos em áreas remotas do Brasil; fortalecimento da clínica ampliada e do trabalho em equipe na ESF e ampliação da informatização nas unidades da ESF para uso do prontuário eletrônico, utilizando amplamente estes dados para aprimorar a gestão em saúde (REIS et al., 2019).

Os principais desafios para a APS são a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde ofertados, bem como melhorias no financiamento (REIS et al., 2019). A persistência das barreiras organizacionais para acesso, com fluxos

desordenados, integração rudimentar da APS à rede e dificuldades de coordenação entre APS e atenção especializada também são itens que devem ser pensados e discutidos em conjunto (FAUSTO et al., 2014). Para tanto, há a necessidade de estabelecer indicadores e monitorá-los no intuito de avaliar a APS e sua efetividade.

O aumento na cobertura da ESF no meio urbano e rural (MALTA et al., 2016) é trazido por alguns autores como relacionado à redução de hospitalizações por CSAP (COSTA et al. 2017; CAMPOS; THEME-FILHA, 2012; CECCON; MENEGHEL; VIECILI, 2014; HONE et al., 2017; PINTO JR et al., 2018; PINTO; GIOVANELLA, 2018) e redução de mortes por doenças cardiovasculares (HONE et al., 2017; PINTO JR et al., 2018). Desta forma, é importante o desenvolvimento de estudos que avaliem indicadores de saúde, de modo a corroborar com ações de planejamento em saúde pública.

2.3 CONDIÇÕES SENSÍVEIS À APS

A Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) traz que indicadores são medidas síntese com informações de relevância sobre dimensões do estado de saúde e desempenho do sistema de saúde. Em conjunto refletem a situação sanitária de uma dada população e orientam a vigilância das condições de saúde, sendo possível variar desde a contagem direta até o cálculo de proporções, razões, taxas, índices sofisticados, como, por exemplo, esperança de vida ao nascer (RIPSA). Portanto, são variáveis que quantificam as variações no comportamento dos critérios estabelecidos, proporcionando as informações necessárias e mensuráveis para descrever as modificações no serviço de saúde, medindo quantitativamente os resultados da assistência à saúde (DONABEDIAN, 1988).

Os indicadores são relações numéricas que estabelecem medidas de determinação de ocorrências ou de uma dada situação; são os parâmetros representativos de um processo, sendo permitido quantificá-lo para facilitar a sua comparabilidade (DUARTE; NISHIKUNI, 2002).

Na prática, os indicadores de saúde avaliam a estrutura, processo e resultados de serviços de saúde, sendo a bússola que orienta a trajetória dos serviços (SOÁREZ; PADOVAN; CICONELLI, 2005) e apoiam a gestão em saúde na tomada de decisões. No entanto, precisa-se saber qual objetivo se quer atingir, para definir onde se quer chegar. Assim, é necessário definir sobre quais indicadores

serão analisados, pois o uso de todos eles são uma prática inviável, e seu uso isoladamente pode ser insuficiente, a menos que seja comparado com um padrão de referência (SOÁREZ; PADOVAN; CICONELLI,2005).

A Política Nacional de Atenção Básica e as Diretrizes Nacionais do Pacto pela Saúde foram aprovadas em 2006 com o objetivo de incentivar avaliações e monitoramento em saúde. A partir de então, os modelos visam focar na avaliação do impacto de condições sanitárias por meio da análise de indicadores de saúde, mediante pactuações nas esferas de governo (CAMPOS; THEME-FILHA, 2012; BRASIL, 2006; BRASIL, 2017a).

Neste sentido, o indicador ICSAP é utilizado para avaliar o nível de atenção à saúde no nível primário, pois compreende o conjunto de interações que poderiam ter o risco de acometimento diminuído, ou controlado, na população por meio de ações resolutivas na APS, através de prevenção e continuidade do cuidado (CAMPOS; THEME-FILHA, 2012; CECCON; MENEGHEL; VIECILI, 2014; BOTELHO; PORTELA, 2017; COSTA et al., 2017; PINTO JR et al., 2018). Tal indicador aponta possibilidade de existirem barreiras de acesso ao serviço de saúde, como: organizacionais, financeiras, culturais ou, ainda, geográficas (BOTELHO; PORTELA, 2017).

A utilização inicial das ICSAP foi nos Estados Unidos, no fim da década de 80, com a finalidade de ponderar o acesso de indigentes aos serviços de saúde. A observação de que a eliminação das barreiras de acesso aos serviços de saúde, ou determinantes sociais, era capaz de reduzir as interações evitáveis, bem como o impacto financeiro do sistema. Posteriormente, já na década de 1990, foi utilizado para analisar a qualidade da APS em países como Espanha, Canadá Inglaterra e Austrália, que possuem sistemas de saúde com enfoque em cuidados básicos de saúde (CAMPOS; THEME-FILHA, 2012; PINTO JR et al., 2018).

Então, ao seguir a iniciativa destes países, no Brasil foi elaborada a Lista de Condições Sensíveis à Atenção Primária, um instrumento a ser usado na avaliação da APS, com condições de contribuir com a gestão em saúde em todas as esferas de governo (BOTELHO; PORTELA, 2017; PINTO JR et al., 2018).

O MS, através da Portaria 221 de abril de 2008, publicou a Lista Brasileira de ICSAP, cuja construção foi consensual entre gestores e pesquisadores (CAMPOS; THEME-FILHA, 2012; PINTO JR et al., 2018). Tal publicação proporcionou acesso a um indicador que avalia e monitora o sistema de saúde

baseado em dados secundários, com a oportunidade, da utilização deste único instrumento na elaboração de estudos (CAMPOS; THEME-FILHA, 2012; COSTA et al., 2017). Esta é, portanto, uma ferramenta de fácil acesso, abrangente e segura, acessada por meio de dados disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) e baseada em dados secundários (Quadro 1).

Entretanto vale ressaltar que o sistema registra apenas internações do SUS, o que corresponde a aproximadamente 70% das internações no Brasil.

Quadro 1: Lista de condições sensíveis à Atenção Primária.

(continua)

Grupo	Diagnósticos	CID 10
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	
1,1	Coqueluche	A37
1,2	Difteria	A36
1,3	Tétano	A33 a A35
1,4	Parotidite	B26
1,5	Rubéola	B06
1,6	Sarampo	B05
1,7	Febre Amarela	A95
1,8	Hepatite B	B16
1,9	Meningite por Haemophilus	G00.0
001	Meningite Tuberculosa	A17.0
1,11	Tuberculose miliar	A19
1,12	Tuberculose Pulmonar	A15.0 a A15.3, A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9
1,16	Outras Tuberculoses	A18
1,17	Febre reumática	I00 a I02
1,18	Sífilis	A51 a A53
1,19	Malária	B50 a B54
001	Ascariíase	B77
2	Gastroenterites infecciosas e complicações	
2,1	Desidratação	E86
2,2	Gastroenterites	A00 a A09
3	Anemia	
3,1	Anemia por deficiência de ferro	D50
4	Deficiências Nutricionais	
4,1	Kwashiorkor e outras formas de desnutrição protéico calórica	E40 a E46
4,2	Outras deficiências nutricionais	E50 a E64
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	
Grupo	Diagnósticos	CID 10
5,1	Otite média supurativa	H66
5,2	Nasofaringite aguda [resfriado comum]	J00
5,3	Sinusite aguda	J01
5,4	Faringite aguda	J02
5,5	Amigdalite aguda	J03

Quadro 1: Lista de condições sensíveis à Atenção Primária.

(continuação)

5,6	Infecção Aguda VAS	J06
5,7	Rinite, nasofaringite e faringite crônicas	J31
6	Pneumonias bacterianas	
6,1	Pneumonia Pneumocócica	J13
6,2	Pneumonia por Haemophilus influenzae	J14
6,3	Pneumonia por Streptococcus	J15.3, J15.4
6,4	Pneumonia bacteriana NE	J15.8, J15.9
6,5	Pneumonia lobar NE	J18.1
7	Asma	
7,1	Asma	J45, J46
8	Doenças pulmonares	
8,1	Bronquite aguda	J20, J21
8,2	Bronquite não especificada como aguda ou crônica	J40
8,3	Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	J41
8,4	Bronquite crônica não especificada	J42
8,5	Enfisema	J43
8,6	Bronquectasia	J47
8,7	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J44
9	Hipertensão	
9,1	Hipertensão essencial	I10
9,2	Doença cardíaca hipertensiva	I11
10	Angina	
10,1	Angina pectoris	I20
11	Insuficiência Cardíaca	
11,1	Insuficiência Cardíaca	I50
11,3	Edema agudo de pulmão	J81
12	Doenças Cerebrovasculares	
12,1	Doenças Cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13	Diabetes melitus	
13,1	Com coma ou cetoacidose	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1
13,2	Com complicações (renais, oftálmicas, neurol., circulat., periféricas, múltiplas, outras e NE)	E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8
13,3	Sem complicações específicas	E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14	Epilepsias	
14,1	Epilepsias	G40, G41
15	Infecção no Rim e Trato Urinário	
15,1	Nefrite túbulo-intersticial aguda	N10
15,2	Nefrite túbulo-intersticial crônica	N11
15,3	Nefrite túbulo-intersticial NE aguda crônica	N12
15,4	Cistite	N30
15,5	Uretrite	N34
15,6	Infecção do trato urinário de localização NE	N39.0
Grupo	Diagnósticos	CID 10
16	Infecção da pele e tecido subcutâneo	
16,1	Erisipela	A46
16,2	Impetigo	L01
16,3	Abscesso cutâneo furúnculo e carbúnculo	L02
16,4	Celulite	L03

Quadro 1: Lista de condições sensíveis à Atenção Primária.

(conclusão)

16,5	Linfadenite aguda	L04
16,6	Outras infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo	L08
17	Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	
17,1	Salpingite e ooforite	N70
17,2	Doença inflamatória do útero exceto o colo	N71
17,3	Doença inflamatória do colo do útero	N72
17,4	Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas	N73
17,5	Doenças da glândula de Bartholin	N75
17,6	Outras afecções inflamatórias da vagina. e da vulva	N76
18	Úlcera gastrointestinal	
18	Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19	Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	
19,1	Infecção no Trato Urinário na gravidez	O23
19,2	Sífilis congênita	A50
19,3	Síndrome da Rubéola Congênita	P35.0

Fonte: BRASIL (2008).

Estudos evidenciam que altas taxas de ICSAP identificam populações vulneráveis e com sistemas de saúde desorganizados, com falhas na prevenção e diagnóstico precoce. Embora os estudos relacionados ao monitoramento das ICSAP no Brasil ainda estejam em estágio inicial (CAMPOS; THEME-FILHA, 2012), o uso desse indicador aumenta na medida em que estes estudos comprovam uma relação inversa entre os internamentos e o acesso aos serviços básicos de saúde (CAMPOS; THEME-FILHA, 2012; LENTSCK, 2013; BOTELHO; PORTELA, 2017).

Pesquisas internacionais evidenciam que há menor probabilidade de ocorrência de ICSAP em municípios com serviços organizados e com princípios próximos à APS se comparados com ambulatório tradicional (CAMPOS; THEME-FILHA, 2012).

Portanto, trata-se de um marcador de efetividade da APS (CECCON; MENEGHEL; VIECILI, 2014), pois a pessoa foi hospitalizada por não ter recebido atenção à saúde oportuna quando seu problema de saúde poderia ter sido resolvido no nível primário, com agravamento da condição clínica.

Estudo realizado no Brasil sobre análise das ICSAP demonstrou queda das ICSAP, que pode estar relacionada à reorganização das Redes de Atenção à Saúde no país (CAMPOS; THEME-FILHA, 2012). Diversos trabalhos publicados no Brasil têm demonstrado tendência de redução no total dos internamentos e redução das taxas de ICASP (CECCON; MENEGHEL; VIECILI, 2014; BOTELHO; PORTELA,

2017; COSTA et al., 2017), inclusive em diversos grupos etários (PINTO JÚNIOR et al., 2018).

Uma revisão sistemática aponta consistência crescente de correlação inversa entre o acesso aos serviços ambulatoriais e hospitalizações por CSAP, e cita estudos que identificam que continuidade no cuidado, equipes multiprofissionais de atuação e número de população adscrita, estão associados à menor possibilidade de internar (NEDEL et al., 2010). Sabe-se que à medida que os serviços de atenção primária se tornam mais efetivos, diminuem as taxas das ICSAP (COSTA et al., 2017). Estes estudos corroboram com os resultados de uma revisão sistemática, onde há menor número de ICSAP em áreas com maior cobertura da APS (ROSANO et al., 2013). Além disso, o crescimento da ESF é proporcional à diminuição das taxas de ICSAP nas Regionais de Saúde do estado do Paraná (LENTSCK, 2013).

Vale acrescentar que existe uma grande dificuldade em utilizar indicadores indiretos de internamento. Primeiramente expõe-se a questão de que, hospitais públicos, filantrópicos e privados têm necessidades diversificadas com relação ao uso de indicadores (VIGNOCHI; GONÇALO; LEZENA, 2014).

Hospitais públicos visam a gestão estratégica da demanda, já os hospitais privados visam melhor qualidade de assistência e gestão de custos, principalmente (VIGNOCHI; GONÇALO; LEZENA, 2014).

Portanto, há dificuldades de avaliação de objetivos que sejam comuns à gestão dos serviços de saúde públicos e privados. No entanto, a proporção de ICSAP permite uma avaliação de forma indireta da APS, do acesso a saúde, da efetividade e da eficiência ao usar os recursos (ABLUQUERQUE; MARTINS, 2017). Os municípios com mais alta taxa de internação possuem a tendência de ser mais pobre e, em pequenos municípios, existe a possibilidade de internações desnecessárias para suprir a oferta de leitos de baixa complexidade que estão à disposição (ABLUQUERQUE; MARTINS, 2017), e ambos os fatores podem ser investigados indiretamente pelo indicador de ICSAP. Municípios com uma APS estruturada, recursos humanos e insumos em suficiência e qualitativamente produtivos, tendem a gerar menos ICSAP.

Então, analisar a produção de serviços hospitalares deve, não só comparar períodos, mas focar em monitorar a equidade entre os municípios, regionais e estados (ABLUQUERQUE; MARTINS, 2017).

Como existem fatores determinantes da internação que fogem do controle da APS, sendo considerado limitado na avaliação da APS (REHEM; EGRY, 2011).

Mais limitações para o uso deste indicador foram discutidas por Macinko no III seminário Internacional de APS (BRASIL, 2008a), como: pode demorar muito tempo para a observação de erros em locais pequenos, mudanças pontuais e estabelecimento de tendências; as ICSAP dependerem das informações hospitalares, e as mortes e outras complicações que não ocorram no ambiente hospitalar não são refletidas; o acesso a APS pode mudar a prevalência de ICSAP, no entanto depende do fato de que algumas condições são mais controláveis que as outras; entre determinantes das internações há situações exógenas à APS, ao paciente e ao problema de saúde.

As ferramentas de monitoramento devem priorizar menos os indicadores indiretos e intermediários, na tentativa de oferecer melhores informações do cuidado prestado, com posterior atuação efetiva sobre o problema identificado, sendo uma necessidade ampliar a parceria entre academia e gestão para a obtenção do êxito (ALBUQUERQUE; MARTINS, 2017).

2.4 CONDIÇÕES CARDIOVASCULARES SENSÍVEIS À APS

O envelhecimento populacional está relacionado a um aumento das doenças crônicas não transmissíveis, entre elas as cardiovasculares (KERNKAMP et al., 2016).

Uma APS de qualidade é um elemento-chave no enfrentamento da crescente prevalência de doenças cardiovasculares (LENTSCK, 2013), tendo-se em vista que as doenças cardiovasculares estão entre as principais causas de internamento por CSAP (CECCON; MENEGHEL; VIECILI, 2014; KERNKAMP et al., 2016), e são as principais causas de morbidade e mortalidade no mundo todo (LENTSCK; SAITO; MATHIAS, 2017; NASCIMENTO et al., 2018; SILVA et al., 2019). Através do controle das doenças infecciosas e materno infantis, elevação da expectativa de vida e urbanização, principalmente nos países em desenvolvimento a importância das DCV tende a crescer (NASCIMENTO et al., 2018)

No Brasil, as DCV são responsáveis por 27,7% dos óbitos (BRASIL, 2016), sendo consideradas as principais causas de morte. No ano de 2016 foram

registradas mais de um milhão de hospitalizações por DCV no Brasil (PACHECO, 2018), sendo, portanto, relevantes do ponto de vista epidemiológico.

Usuários com DCVs estão mais susceptíveis a hospitalizações quando se considera o grande comprometimento funcional, eventos adversos dos medicamentos utilizados no tratamento e comorbidades (FREUND et al., 2011).

Além de impactar na qualidade de vida do usuário e de sua família, uma hospitalização representa altos custos para o sistema de saúde (LENTSCK, 2013; KERNKAMP et al., 2016; LENTSCK; SAITO; MATHIAS, 2017; MASSA; DUARTE; CHIAVEGATTO FILHO, 2019). Em 2004 o impacto das doenças cardiovasculares graves em pacientes com mais de 35 anos consumiu 1.767 bilhão de reais nos gastos totais com saúde (AZAMBUJA et al., 2008). Já em 2011 o custo global foi de 2.280 bilhões de reais (BRASIL, 2012). Em 2016 os gastos para o sistema com internações por ICCSAP foram de 2.734 bilhões de reais (SILVA ET AL., 2019).

As ICCSAP incluem a HAS, angina, ICC e doenças cerebrovasculares, são de prevalência importante na população brasileira e possuem um modelo de intervenção na atenção primária que responde de maneira positiva às ações executadas, tornando limitado o processo de internamento, além de fornecerem informações sobre saúde, subsidiando as intervenções (LENTSCK, 2013).

Em uma metanálise publicada em 2012, que considerou estudos das três décadas anteriores à publicação, a prevalência de hipertensão encontrada foi de 30,7% para o Brasil (PICON et al., 2012). Esta prevalência de HAS reduziu 3,7% nas últimas décadas (MENDES, 2014), apresentando comportamento inverso ao das doenças cardiovasculares em geral, com aumento do número de internações e óbitos (PACHECO, 2018).

A ICC, angina e doença cerebrovasculares são motivos de frequentes internações em indivíduos com mais de 40 anos de idade (FERREIRA et al., 2014; MELLO et al., 2017), correspondendo a 71% dos custos com hospitalizações por CSAP (MELLO et al., 2017).

A HAS deve ser olhada sob um ponto de vista específico na APS, a fim de minimizar as doenças cardiovasculares e ICC, que se mantiveram elevadas (MELLO et al., 2017).

As taxas de internação por HAS, ICC e doenças cerebrovasculares decresceram no Paraná, de 2000 a 2011, enquanto as taxas de angina mantiveram-se estáveis (LENTSCK; LATORRE; MATHIAS, 2015).

No entanto, existem poucos estudos sobre as taxas de ICCSAP (SILVA et al., 2019), sendo necessários estudos sobre as CSAP, especialmente as doenças cardiovasculares, voltados às regiões e municípios brasileiros, de modo a acrescentar informações mais detalhadas e contribuir com os gestores na avaliação da efetividade da atenção voltada às doenças cardiovasculares (LENTSCK; SAITO; MATHIAS, 2017).

2.5 REDE DE ATENÇÃO E CUIDADOS EM DOENÇAS CRÔNICAS

Devido aos hábitos de vida, envelhecimento populacional e epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) aqui já citados e referenciados, fez-se necessário que a atenção a doentes crônicos fosse reorganizada na lógica das RAS (CONASS, 2012), de modo a desfragmentar o cuidado em saúde também relacionado a estas patologias.

Em 2011, o Brasil elaborou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT para desenvolver e implementar políticas públicas efetivas e integradas na prevenção, controle e cuidado das DCNT e fatores de risco, tendo como terceiro eixo o cuidado integral (BRASIL, 2013).

Em 2012, a Secretaria de Atenção à Saúde propõe a construção da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, correspondente ao terceiro eixo do plano, dando diretrizes de ações e serviços cotidianos das equipes e gestões para que seja possível reconhecer e estabelecer uma rede de cuidados a doentes crônicos (BRASIL, 2013).

A finalidade da RAS das pessoas com Doenças Crônicas (DC) é atender integralmente estes usuários em todos os pontos de atenção, por meio de ações de promoção, proteção de saúde, prevenção dos agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução dos danos e manutenção de saúde, sendo consideradas doenças crônicas as de início gradual com duração longa ou indefinida, que geralmente possuem múltiplas causas e cujo tratamento envolve mudança de estilo de vida e processo de cuidado contínuo que não levam a cura, mas à estabilização do quadro, geralmente (CONASS, 2012).

Os objetivos gerais da organização da RAS a pessoas com DC são, portanto: fortalecer o cuidado aos doentes crônicos, de maneira integral, impactado positivamente nos indicadores relacionados às DC, e contribuir para a promoção da

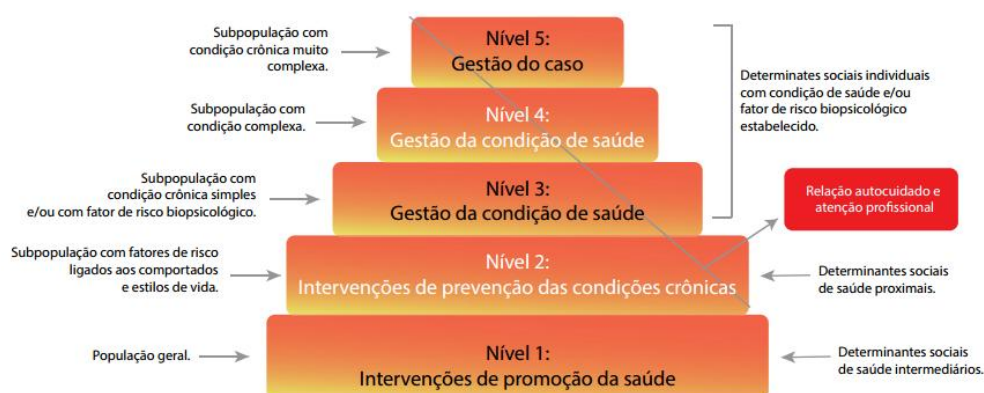
saúde da população, prevenindo o desenvolvimento das DCs e suas complicações (BRASIL, 2013).

Dentro da RAS, necessita-se, nas relações horizontais, uma esfera centralizada às secretarias de saúde dos estados e municípios, de modo que haja uma pactuação regional através do colegiado de intergestores regional e de intergestores bipartite, planejando programas e a contratação de serviços quando o município não é auto suficiente (CORREA JR; SANTANA; SONOBE, 2020). As secretarias de estado de saúde são quem regulam o fluxo na RAS através do mecanismo de referências e contra referências.

A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas deve estar de acordo com as diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores, que pactuarão as responsabilidades dos entes federativos na rede e nas linhas de cuidado; tais linhas que devem ser organizadas e operacionalizadas (CONASS, 2012). As linhas de cuidados foram desenvolvidas e acordo com o quadro epidemiológico das doenças ou fatores de risco mais prevalentes, sendo: doenças renocardiovasculares, diabetes, obesidade, doenças respiratórias crônicas e câncer (mama e colo de útero) (BRASIL, 2013).

A partir do *Chronic Care Model*, de experiências internacionais e dos modelos de determinação social da saúde-doença e de pirâmide de riscos, é proposto o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) (MENDES, 2011) que é o modelo em execução até os dias de hoje no Brasil.

Figura 2. Modelo de atenção às condições crônicas



Fonte: MENDES (2011).

No primeiro nível do MACC, o foco é nos determinantes sociais como: condição de vida e trabalho, acesso a serviços e redes comunitárias. São propostas intervenções de promoção a saúde para a população geral através de ações intersetoriais. No segundo nível do modelo, o trabalho ocorre por populações estratificadas por fatores de risco, e o enfoque é nos fatores proximais ligados a comportamento e estilo de vida, através de intervenções preventivas voltadas para o indivíduo e estas subpopulações, se dando a prevenção por meio da modificação de fatores comportamentais, como: alimentação, sedentarismo, tabagismo, uso de álcool. No segundo nível lançamos mão de programas aprovados em tripartite para incentivar ações concretas na prevenção das DC, como o Programa Saúde na Escola, que constitui parte da Rede de Cuidado às Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2013).

A partir do terceiro nível do MACC a atuação é com as pessoas que apresentam DC estabelecida, neste as DC são de baixo ou médio risco ou são fatores biopsicológicos, sendo a atenção à saúde apoiada em autocuidado apoiado e atenção clínica realizada na APS. No nível 4 os pacientes são de risco alto ou muito alto, incluindo além do autocuidado apoiado a necessidade de cuidados especializados em saúde. O quinto nível do MACC trabalha com subpopulações com condições de saúde muito complexas, em que as intervenções são através de plano de cuidados singulares e gestão de caso; estes pacientes geralmente oneram muito o sistema de saúde (BRASIL, 2013).

A APS age como ordenadora do cuidado, seguindo os preceitos ditados no capítulo referente a APS, devendo ser os pontos de atenção ambulatorial especializada (AAE) complementares e integrados a APS, podendo ser lançado mão, inclusive, do plano de cuidados compartilhado entre APS, AAE e paciente neste intuito de compartilhamento do cuidado (BRASIL, 2013).

No entanto, para que seja realmente resolutiva no cuidado com os portadores de DC, é necessário que a APS lance mão de apoio diagnóstico e terapêutico (BRASIL, 2013). Vale ressaltar a importância da articulação intersetorial entre APS e demais equipamentos sociais (BRASIL, 2013).

Quando se trata da integralidade do cuidado no SUS, os desafios concernentes ao SUS são fragmentação, a precarização dos contratos de gestão, terceirizações e privatizações de alguns serviços, corroborando com o pensamento de APS que oferta serviços ínfimos aos mais pobres (MARTINS; HORA, 2017).

Todos estes pontos são otimizados por meio de protocolos e diretrizes clínicas, estruturados nas linhas de cuidados, pensando em todas as dimensões e em todos os pontos de cuidados para organizar o processo de trabalho (BRASIL, 2013).

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

- Analisar as internações hospitalares por condições cardiovasculares sensíveis à APS, nos municípios de médio porte do estado do Paraná e a relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família, entre 2008 e 2017.

3.2 ESPECÍFICOS

- Analisar o número do total das internações, o número e proporções das ICSAP, das ICCSAP, HAS, angina, ICC e doenças cerebrovasculares, para todos os municípios em conjunto.
- Identificar a tendência das taxas brutas para as ICCSAP, HAS, Angina, ICC e doenças cerebrovasculares, segundo sexo e idade, para todos os municípios em conjunto.
- Identificar a tendência das taxas brutas para as ICCSAP, para cada município.
- Descrever a relação entre as taxas brutas das ICCSAP e o percentual de cobertura da ESF, para o total e para cada município.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo ecológico, de séries temporais, relacionado às ICCSAP ocorridas no Sistema Único de Saúde (SUS) nos municípios de médio porte do Estado do Paraná, entre 2008 e 2017. No estudo ecológico a unidade de observação é um grupo de pessoas, pertencentes a uma área geográfica definida (MEDRONHO, 2009).

Séries temporais servem para organizar informações quantitativas no tempo, e sua análise resulta no conhecimento sobre a movimentação de medidas de interesse em saúde, sendo capaz de prevê resultados e reconhecer os fatores que interferem sobre tais resultados. Os elementos de análise das séries temporais são: tendência, sazonalidade e variação cíclica, associação e variação aleatória (ANTUNES; CARDOSO, 2015).

É apoiada na disposição gráfica (ANTUNES; CARDOSO, 2015), pois através deste primeiro passo, pode-se observar e compreender os processos das sequências ocorridas ao longo do tempo, sendo a reflexão sobre o gráfico de tendência temporal importantíssima. Assim, analisar a série temporal de ICCSAP traz a compreensão do que houve nos anos estudados, de como, quantitativamente falando, ocorreram temporalmente tais internações, para uma tentativa de agir sobre possíveis fatores que levaram a estes resultados, buscando resultados mais favoráveis para o futuro.

A área de estudo compreendeu os 16 municípios de médio porte do Estado do Paraná, com população entre 100.000 e 500.000 habitantes (STAMM et al., 2013). Segundo o Censo de 2010, os municípios considerados de médio porte no Paraná pelo censo de 2010 eram: Umuarama (100.676), Almirante Tamandaré (103.204 habitantes), Araongas (104.150 habitantes), Campo Largo (112.377 habitantes), Pinhais (117.008 habitantes), Araucária (119.123 habitantes), Toledo (119.313 habitantes), Apucarana (120.919 habitantes), Paranaguá (140.469 habitantes), Guarapuava (167.328 habitantes), Colombo (212.967 habitantes), Cascavel (286.205 habitantes), Foz do Iguaçu (256.088 habitantes), São José dos Pinhais (264.210 habitantes), Ponta Grossa (311.611 habitantes) e Maringá (357.007 habitantes).

Optou-se por pesquisar os municípios de médio porte porque compreendem uma faixa específica de número de habitantes; apresentam indicadores da atenção primária de acesso e efetividade muito semelhantes, sendo a grande maioria deles (14 dos 16 municípios) classificados no Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) nos Grupos de Municípios Homogêneos 2 e 3. Essa classificação considera a existência de grupo de municípios com características similares, de acordo com o Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (PIB *per capita* e percentual de famílias com Bolsa Família), o Índice de Condições de Saúde (taxa de mortalidade infantil) e o Índice de Estrutura do Sistema de Saúde do Município (proporções: de médicos da atenção básica e profissionais da vigilância sanitária; de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e alta complexidade, para residentes e não residentes; de procedimentos hospitalares de média e alta complexidade, para residentes e não residentes) (BRASIL, 2019b).

4.2 VARIÁVEIS DE ESTUDO, FONTE E COLETA DOS DADOS

Foram analisadas as internações hospitalares pelo SUS, de residentes nos municípios de médio porte do Paraná, relativas ao período de 2008 a 2017 disponibilizadas pelo DATASUS, no programa *Tabwin*. Esse programa permite a construção e aplicação de índices e indicadores de produção de serviços, de características epidemiológicas (incidência de doenças, agravos e mortalidade) e dos aspectos demográficos de interesse, por estado e município; o planejamento e programação de serviços; a avaliação e tomada de decisões relativas à alocação e distribuição de recursos; e a avaliação do impacto de intervenções nas condições de saúde (BRASIL, 2019c).

A opção de iniciar a pesquisa no ano de 2008 ocorreu por ser o ano da publicação da Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária (BRASIL, 2008b), que foi instituída como uma ferramenta para avaliar o desempenho do sistema de saúde, até o ano de 2017, perfazendo 10 anos para a análise.

A distribuição das ICSAP foi baseada no “diagnóstico principal”, com a causa/diagnóstico primário de internação fundamentada na décima revisão do Código da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Assim, foram incluídas as internações de residentes dos municípios de médio porte do Estado do Paraná, com idade entre 40 e 74 anos, por CSAP e CCSAP, ocorridas entre 01 de janeiro de

2008 e 31 de dezembro de 2017 e disponíveis pelo DATASUS no *Tabwin*. Os mesmos dados foram coletados para as ICCSAP estratificados por idade (40 a 59 anos e 60 a 74 anos) e por sexo, para o mesmo período (GONÇALVES, 2014).

A Autorização de Internação Hospitalar (AIH) é o documento que identifica o paciente e os serviços que foram prestados na internação, de modo a oferecer informações para o gerenciamento do SIH. Existem dois tipos de AIH, a tipo 1 que é a inicial, e a tipo 5, denominada AIH de continuidade, para internamentos de longa permanência.

O Laudo para Solicitação de AIH, eletrônico ou impresso, deve ser preenchido após a consulta, sendo a responsabilidade restrita a médicos, cirurgiões dentistas ou enfermeiros obstetras, e encaminhado após o internamento, no caso de internação de urgência, ou com antecedência em casos de internamento eletivo. O prazo decorrido entre a internação, solicitação da AIH e a autorização é definido pelo gestor local, sendo advertida, mas não rejeitada, após 72 horas; a AIH somente será rejeitada após quatro meses de alta (BRASIL, 2017b).

É neste documento que são colocados o motivo da internação e os códigos de procedimentos de acordo com a tabela do SUS e CID. Deve ser inserido um diagnóstico inicial, com o CID principal do motivo da internação, e deve também ser colocado o CID secundário, podendo ser acrescentado o CID das causas associadas. Posteriormente este laudo é incluído no Módulo Autorizador, um aplicativo disponível no DATASUS, podendo cada secretaria estadual de saúde utilizar um sistema próprio para este fim, ou ainda utilizar o Sistema Nacional de Regulação (BRASIL, 2017b). Após a inclusão no sistema, é gerada a AIH, e o número da AIH deve ser preenchido no laudo.

Neste estudo utilizou-se como fonte de dados o CID do diagnóstico principal da AIH tipo 1, normal.

Os CIDs incluídos na Lista Brasileira de Condições Sensíveis a Atenção Primária estão apresentados no Quadro 1. Os CIDs que incluídos neste estudo como CCSAP foram: I10, I11, I20, I50, J81, I63, I64, I65, I66, I67, I69, G45 e G46.

Para a coleta de dados, foi realizado o *download* do *Tabwin* na última versão disponível no DATASUS (Versão 4.15 do *Tab* para *Windows*) seguindo todos os passos das instruções de instalação fornecidas no DATASUS. O programa também oferece as instruções para operacionalização, que são importantes para a execução dos procedimentos.

O caminho proposto é o que segue:

- Abrir o *Tabwin* e clicar sobre o botão Executar Tabulação

- Nos arquivos de definição selecionar: RD2008.DEF (Movimentos de AIH – Arquivos reduzidos – Brasil – 2008). Selecionar nos diretórios: TAB_SIH. Clicar sobre o botão: Abre DEF.

- Na janela que abrir pode ser executada qualquer tabulação que se julgue necessária.

- Uma das tabulações executadas foi a que segue: linhas: selecionar/clicar sobre a faixa etária, colunas: selecionar ano de internação; incremento: frequência; seleções disponíveis: município de residência (em categorias selecionadas: escolher e selecionar/clicar sobre o município 'Almirante Tamandaré'), faixa etária (18) (selecionar '40-44a|45-49a|50-54a|55-59a|60-64a|65-69a|70-74a'), tipo de AIH (selecionar 'normal'), Sensíveis At. Bas. 3 (selecionar '9. Hipertensão|10. Angina|11. Insuficiência cardíaca|12. Doenças cerebrovasculares'). Em arquivos, clica-se na pasta para abrir, e o diretório selecionado é a pasta Dados (C:\TabWin\SIHSUS\Dados). Selecionar todos os arquivos no formato dbc (última seleção, à direita na tela) e clicar em executar.

Após a execução da tabulação, é fornecido pelo programa um *log*, que é interessante ser copiado por se tratar do caminho executado na tabulação, e a tabela em si. Todas as tabelas foram copiadas para o Excel.

Foram utilizadas várias seleções, como: faixa etária (18) (em categorias selecionadas: selecionar as faixas de 40 a 74 anos) sensíveis At. Bás. 3 (em categorias selecionadas: selecionar Hipertensão, Angina, Insuficiência cardíaca e Doenças cerebrovasculares), sexo, etc.

Foi realizada a coleta de dados das internações por CSAPS e por CCSAP (por ano e por faixa etária) de cada um dos 16 municípios estudados.

As internações referentes aos partos foram excluídas, pois representam um desfecho natural à gestação, conforme adotado por outros autores (JUNQUIERA, 2008; NUNES, 2015).

Os dados referentes à população residente foram obtidos mediante consulta às Informações de Saúde (TABNET), disponível no DATASUS (BRASIL, 2018a).

As informações sobre o percentual da população coberta pela ESF para os 16 municípios pesquisados, de 2008 a 2017, foram obtidas na Sala de Apoio à Gestão

Estratégica (SAGE), disponível no DATASUS (BRASIL, 2019d), que obedecem a uma estimativa da proporção de cobertura populacional de equipes da ESF em território definido (CAMPOS; THEME-FILHA, 2012; CECCON; MENEGHEL, VIECILI, 2014).

Foram analisados, entre 2008 e 2017, o número e proporções de internações (total das internações, total das ICSAP, total das ICCSAP, e HAS, angina, ICC e doenças cerebrovasculares, para todos os municípios em conjunto); as taxas das ICCSAP para todos os municípios em conjunto, para o total e por sexo e faixa etária (ICCSAP, HAS, angina, ICC e doenças cerebrovasculares); a tendência temporal das taxas de ICCSAP para o total e cada município; o percentual da população coberta pela ESF para o total e para cada município e correlação entre o percentual da população coberta pela Estratégia Saúde da Família e as taxas de ICCSAP para o total e para cada município

4.3 ANÁLISE DOS DADOS

4.3.1 Número e proporções de internações para todos os municípios em conjunto

Foram analisados o número total das internações; o número total das ICSAP e proporções em relação ao total das internações e em relação ao total das ICSAP; e o número das internações por HAS, angina, ICC e doenças cerebrovasculares e as respectivas proporções em relação ao total das ICCSAP, para os municípios em conjunto, de residentes na faixa etária de 40 a 74 anos, para cada ano pesquisado.

4.3.2 Taxas das ICCSAP para todos os municípios em conjunto

Para o cálculo das taxas brutas anuais das ICCSAP foram selecionados os números de ICCSAP, em pacientes residentes em todos os 16 municípios, de 40 a 74 anos de idade, dividido pelo número de população residente de 40 a 74 anos, nos 16 municípios, multiplicado por 10 mil habitantes (fórmula abaixo). Também foram realizados os cálculos estratificados por sexo masculino e feminino e por faixa etária de (40 a 59 anos e de 60 a 74 anos). Todos esses cálculos foram realizados para cada ano, entre 2008 e 2017. Os mesmos procedimentos foram realizados para as internações por HAS, angina, ICC e doenças cerebrovasculares.

Taxa bruta ICCSAP=	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de internações de residentes nos 16 municípios, na faixa etária, por condições cardiovasculares sensíveis}}{\text{N}^\circ \text{ população residentes nos 16 municípios, na faixa etária}} \times 10.000$
--------------------	---

4.3.3 Taxas das ICCSAP para cada município

Para o cálculo das taxas brutas para o total das ICCSAP, para cada município, foram selecionados os números de ICCSAP em pacientes residentes no município, de 40 a 74 anos de idade, dividido pelo número de população residente no município de 40 a 74 anos, multiplicado por 10 mil habitantes (fórmula abaixo). Esses cálculos foram realizados para cada ano, entre 2008 e 2017.

Taxa bruta ICCSAP=	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de internações de residentes no município, de 40 a 74 anos por condições cardiovasculares sensíveis}}{\text{N}^\circ \text{ população residente no município, de 40 a 74 anos de idade}} \times 10.000$
--------------------	--

4.3.4 Percentual e variação percentual da população coberta pela ESF para cada município

Os dados referentes ao percentual da população coberta pela ESF para o total e para cada município, de 2008 a 2017, foram obtidos diretamente na Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE), disponível no DATASUS (BRASIL, 2019d). Para a apresentação na tabela, os percentuais da cobertura pela ESF foram agrupados em biênios.

A variação percentual da cobertura populacional pela ESF foi calculada entre os biênios extremos do período estudado, para o total e para cada um dos municípios. Essa variação percentual foi calculada utilizando-se a fórmula abaixo.

Variação percentual =	$\frac{\text{Cobertura populacional pela ESF no biênio 2016/2017}}{\text{Cobertura populacional pela ESF no biênio 2008/2009}} - 1 \times 100$
-----------------------	--

4.3.5 Processamento dos dados e análise estatística

O número de internações das ICSAP, ICCSAP, HAS, Angina, ICC e doenças cerebrovasculares, foi analisado utilizando-se de frequências absoluta e relativa.

As taxas para o total das ICCSAP, para HAS, angina, ICC e doenças cerebrovasculares, para o total da população e estratificados por sexo e idade (de 40 a 59 anos e de 60 a 74 anos), foram analisadas pela tendência temporal no período.

A tendência das taxas para o total das ICCSAP, para HAS, angina, ICC e doenças cerebrovasculares, para o total da população, e estratificada por sexo e faixa etária, foi realizada utilizando-se o modelo de regressão polinomial, considerando as taxas como variável dependente (Y) e os anos pesquisados a variável independente (X).

Assim, estimaram-se modelos de regressão polinomial. Inicialmente, testou-se o modelo de regressão linear simples ($Y = \beta_0 + \beta_1 X$) e, posteriormente, os demais modelos de ordem maior, de segundo grau ($Y = \beta_0 + \beta_1 X + \beta_2 X^2$) e de terceiro grau ($Y = \beta_0 + \beta_1 X + \beta_2 X^2 + \beta_3 X^3$), onde β_0 representa a taxa média do período analisado e o β_1 representa a velocidade da tendência. O melhor modelo foi aquele com maior significância estatística (valor de $p < 0,05$), resíduos sem vícios e o valor do coeficiente de determinação (r^2) (LATORRE; CARDOSO, 2001).

As variações das séries foram suavizadas por meio de média móvel centrada em três médias sucessivas, exceto para o primeiro e último ano. Dessa maneira, as taxas anuais correspondem à média aritmética das taxas no ano anterior, do próprio ano e do ano posterior. Para o primeiro ano a suavização foi realizada pela média com o segundo ano e do último ano pela média com o penúltimo ano. Os mesmos procedimentos foram realizados para o cálculo da tendência das taxas para cada município em separado. Para a apresentação nas tabelas e figuras, as taxas foram agrupadas em biênios.

Os mesmos procedimentos acima foram utilizados para os cálculos das tendências das taxas do total das ICCSAP para cada município

A distribuição espacial foi realizada pela confecção de um mapa temático, referente às tendências das taxas para o total das ICCSAP. As unidades de análise espacial utilizadas foram os 16 municípios de médio porte do estado do Paraná. A confecção do mapa foi realizada através do programa de código aberto TAB para

Windows - TabWin, desenvolvido pelo DATASUS. Os municípios foram distribuídos segundo as tendências crescentes ou decrescentes das taxas, e graduados em escalas de cor cinza, onde o tom mais claro representou os municípios com tendência crescente e o tom mais escuro representou os municípios com tendência decrescente das taxas de ICCSAP.

A correlação entre o percentual da população coberta pela ESF e as taxas para o total das ICCSAP foi estimada pelo coeficiente de Correlação de Pearson ou Coeficiente de Spearman, após análise da normalidade das variáveis pelo teste de Shapiro-Wilk.

Os municípios que tiveram os dados seguindo uma distribuição normal foram: Toledo, Almirante Tamandaré, Umuarama, Arapongas, Araucária, Pinhais, São José dos Pinhais, Paranaguá, Colombo e Apucarana, bem como todos os municípios em conjunto. Os municípios cujos dados não apresentaram distribuição normal foram: Foz do Iguaçu, Cascavel, Maringá, Guarapuava, Ponta Grossa e Campo Largo.

Para interpretação da magnitude dos coeficientes de correlação adotou-se a seguinte classificação: coeficientes de correlação $< 0,4$ = correlação de fraca magnitude, $\geq 0,4$ a $< 0,5$ = correlação de moderada magnitude, e $\geq 0,5$ = correlação de forte magnitude (HULLEY et al., 2008).

Os dados foram processados em planilhas eletrônicas do programa Microsoft Office Excel® 2010 para Windows®.

A análise estatística foi obtida com o auxílio do Programa *Statistical Package for Social Sciences* (IBM SPSS *Statistics*), versão 15.0. A significância estatística foi estabelecida com valor de $p < 0,05$.

A pesquisa foi submetida à apreciação pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa, tendo sido aprovada sob o parecer 3.067.231 e CAAE 03805818.6.0000.0105.

5 RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta a frequência do total das internações, das ICSAP, ICCSAP e cada uma das ICCSAP (HA, angina, ICC e doenças cerebrovasculares), em adultos de 40 a 74 anos, para todos os municípios em conjunto, e para os anos de 2008 a 2017.

Tabela 1: Frequência do total das internações, das ICSAP*, ICCSAP**, hipertensão arterial, angina, insuficiência cardíaca congestiva e cerebrovasculares, com respectivos percentuais, em adultos de 40 a 74 anos, para o total de municípios de médio porte do Paraná, 2008 a 2017.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Total das internações	66336	71109	74797	75906	75894	75489	75126	75988	80682	81865
Total das ICSAP* e % em relação ao total de internações	15203 (22,9)	15833 (22,3)	16217 (21,7)	16339 (21,5)	15146 (19,9)	15168 (20,1)	15253 (20,3)	15008 (19,7)	15655 (19,4)	15499 (18,9)
Total das ICCSAP** e % em relação às ICSAP*	8270 (54,4)	8967 (56,4)	9151 (56,4)	9619 (58,9)	9074 (59,9)	9406 (60,0)	9948 (65,2)	9682 (64,5)	10367 (66,2)	10280 (66,3)
Hipertensão arterial e % em relação às ICCSAP**	768 (9,3)	907 (10,1)	750 (8,2)	676 (7,0)	525 (5,8)	394 (4,2)	346 (3,5)	235 (2,4)	212 (2,0)	236 (2,3)
Angina e % em relação às ICCSAP**	2812 (34,0)	3077 (34,3)	3263 (35,6)	4027 (41,9)	3751 (41,3)	4383 (46,6)	5054 (50,8)	4477 (46,2)	4489 (43,3)	4519 (43,9)
Insuficiência cardíaca congestiva e % em relação às ICCSAP**	2836 (34,3)	3031 (33,8)	3067 (33,5)	2951 (30,7)	2813 (31,0)	2691 (28,6)	2522 (25,3)	2861 (29,5)	3167 (30,5)	2979 (29,0)
Cerebrovasculares e % em relação às ICCSAP**	1854 (22,4)	1952 (21,8)	2071 (22,6)	1965 (20,4)	1985 (21,9)	1938 (20,6)	2026 (20,4)	2109 (21,8)	2499 (24,1)	2546 (24,8)

Fonte: os autores (2020).

*Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde.

** Internações por Condições Cardiovasculares Sensíveis à Atenção Primária.

O total de internações teve um aumento importante até o ano de 2011, seguindo com valores semelhantes até 2015 e posterior elevação até 2017. Um aumento também é observado para o total de ICSAP até 2011, com variações entre 2012 a 2017. O percentual observado para as ICSAP relacionado ao total de internações diminuiu de 22,9% em 2008 para 18,9% em 2017.

Quando se trata do percentual de ICCSAP em relação às ICSAP, este estudo mostrou que o percentual aumentou mais de 10% desde 2008 até 2017, de 54,4% em 2008 chegando a 66,3% das ICSAP em 2017(Tabela 1).

Na análise das causas cardiovasculares, observa-se um decréscimo importante na porcentagem de HAS, de 9,3% do total das ICCSAP em 2008 para 2,3% em 2017. Decréscimos foram observados também com relação à ICC.

Angina, por sua vez, foi a ICCSAP que apresentou um aumento considerável no decorrer dos anos, uma vez que representava 34,0% do total das ICCSAP em 2008, e em 2017 representou 43,9% do total delas.

As doenças cerebrovasculares apresentaram um pequeno aumento percentual em relação às ICCSAP, considerando os anos de 2008 e 2017 (Tabela 1).

Houve tendência decrescente das taxas de ICCSAP, em ambos os sexos e para as faixas etárias observadas, com taxas de ICCSAP maiores para homens e idosos. Considerando cada doença cardiovascular, houve tendência decrescente das taxas para HAS, com taxas maiores para mulheres e idosos.

Houve tendência decrescente das taxas para ICC e doenças cerebrovasculares, com taxas maiores para homens e idosos. Apenas a angina apresentou tendência crescente das taxas, e maiores taxas para homens e idosos (Tabela 2).

Tabela 2: Tendência das taxas de Internações por Condições Cardiovasculares Sensíveis à Atenção Primária, por 10.000 habitantes, segundo sexo e faixa etária, em adultos de 40 a 74 anos, para o total de municípios de médio porte do Paraná, 2008 a 2017.

	2008/ 2009	2010/ 2011	2012/ 2013	2014/ 2015	2016/ 2017	Modelo	R ²	p	Tendência
(continua)									
ICCSAP*									
Total	109,4	111,7	103,6	104,1	89,8	$y=108,1+1,8x-0,4x^2$	0,98	<0,001	decrescente
Masculino	123,1	125,2	119,5	118,2	108,5	$y=121,8+1,6x-0,3x^2$	0,98	<0,001	decrescente
Feminino	96,9	99,4	89,3	91,4	83,6	$y=98,6-0,3x-0,1x^2$	0,94	<0,001	decrescente
40-59 anos	62,9	65,0	60,1	59,9	53,1	$y=62,5+1,0x-0,2x^2$	0,98	<0,001	decrescente
60-74 anos	206,8	204,8	186,3	185,2	133,2	$y=211,1-4,3x+0,9x^2-0,1x^3$	0,98	<0,001	decrescente
HAS**									
Total	10,6	8,5	5,2	3,1	1,9	$y=10,7+0,3x-0,4x^2+0,02x^3$	0,99	<0,001	decrescente
Masculino	9,3	6,9	4,5	3,0	1,8	$y=11,1-1,4x+0,04x^2$	0,99	<0,001	decrescente
Feminino	11,8	9,9	5,8	3,2	2,3	$y=11,3+1,0x-0,6x^2+0,04x^3$	0,99	<0,001	decrescente
40-59 anos	7,1	5,8	3,5	2,0	1,4	$y=7,0+0,4x-0,3x^2+0,02x^3$	0,99	<0,001	decrescente
60-74 anos	22,8	17,4	10,4	6,4	3,1	$y=23,9-0,3x-0,6x^2+0,04x^3$	0,99	<0,001	decrescente

Tabela 2: Tendência das taxas de Internações por Condições Cardiovasculares Sensíveis à Atenção Primária, por 10.000 habitantes, segundo sexo e faixa etária, em adultos de 40 a 74 anos, para o total de municípios de médio porte do Paraná, 2008 a 2017.

	2008/ 2009	2010/ 2011	2012/ 2013	2014/ 2015	2016/ 2017	Modelo	R ²	p	(conclusão) Tendência
Angina									
Total	37,4	43,3	45,6	50,6	39,2	$y=36,5-0,2x+0,8x^2-0,1x^3$	0,94	<0,001	crescente
Masculino	46,3	50,6	55,7	60,1	50,2	$y=46,3-1,6x+1,2x^2-0,1x^3$	0,93	0,001	crescente
Feminino	29,3	36,7	36,4	42,0	33,9	$y=26,9+1,9x+0,3x^2-0,04x^3$	0,96	<0,001	crescente
40-59 anos	24,6	28,8	29,1	32,0	24,8	$y=23,3+0,8x+0,3x^2-0,4x^3$	0,93	0,001	crescente
60-74 anos	80,9	91,2	97,5	106,4	73,2	$y=81,4-3,7x+2,6x^2-0,2x^3$	0,94	<0,001	crescente
ICC***									
Total	37,2	35,8	30,9	28,5	26,8	$y=37,2+0,8x-0,5x^2+0,03x^3$	0,98	<0,001	decrecente
Masculino	40,2	39,5	33,6	29,8	30,1	$y=38,5+2,8x-1,0x^2+0,1x^3$	0,98	<0,001	decrecente
Feminino	34,5	32,5	28,4	27,4	26,9	$y=35,6-0,5x-0,2x^2+0,02x^3$	0,96	<0,001	decrecente
40-59 anos	18,0	17,5	15,8	13,9	14,0	$y=14,6+3,9x-1,2x^2+0,1x^3$	0,85	<0,01	decrecente
60-74 anos	103,1	96,2	78,5	72,5	56,9	$y=111,9-5,5x$	0,98	<0,001	decrecente
Cerebrovascular									
Total	24,2	24,0	22,0	21,9	21,9	$y=24,5+0,2x-0,2x^2+0,01x^3$	0,91	<0,01	decrecente
Masculino	27,4	28,2	25,7	25,4	26,3	$y=26,5+1,3x-0,4x^2+0,03x^3$	0,90	<0,01	decrecente
Feminino	21,3	20,3	18,7	18,8	20,6	$y=22,0-0,3x-0,1x^2+0,02x^3$	0,89	<0,01	decrecente
40-59 anos	13,3	12,9	11,7	12,1	12,9	$y=13,6-0,03x-0,1x^2+0,01x^3$	0,80	0,020	decrecente
60-74 anos	61,5	60,8	54,4	51,5	43,2	$y=63,0-0,5x-0,1x^2$	0,99	<0,001	decrecente

Fonte: os autores (2020).

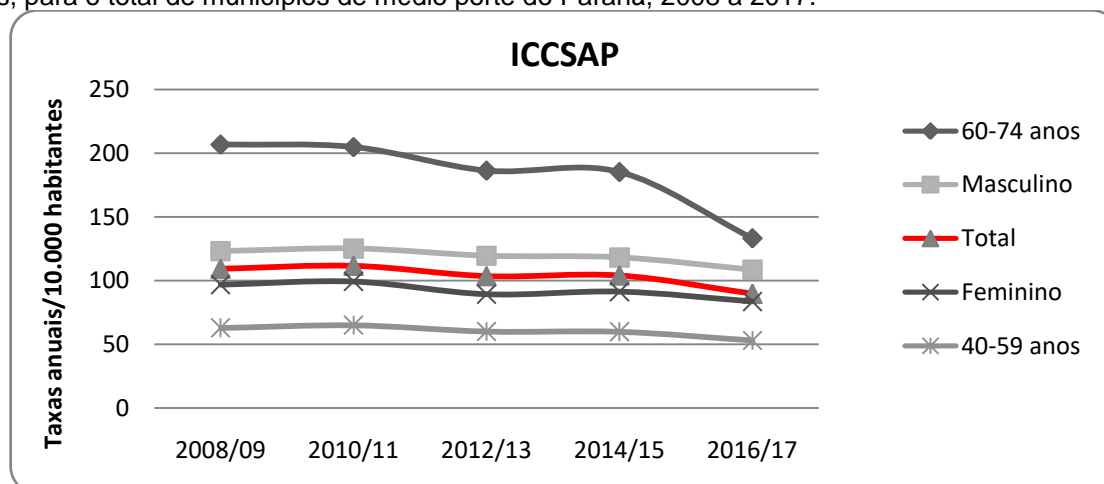
* Internações por Condições Cardiovasculares Sensíveis à Atenção Primária.

** Hipertensão Arterial Sistêmica.

***Insuficiência Cardíaca Congestiva.

A Figura 3 apresenta as taxas anuais de ICCSAP a cada 10.000 habitantes, por sexo e faixas etárias de 40 a 59 anos e 60 a 74 anos, para todos os municípios em conjunto, entre 2008 e 2017. Observa-se maiores taxas para a faixa etária de 60 a 74 anos, duas vezes a mais que o total, e para o sexo masculino, em todos os anos. As mulheres encontram-se abaixo do total e os homens acima.

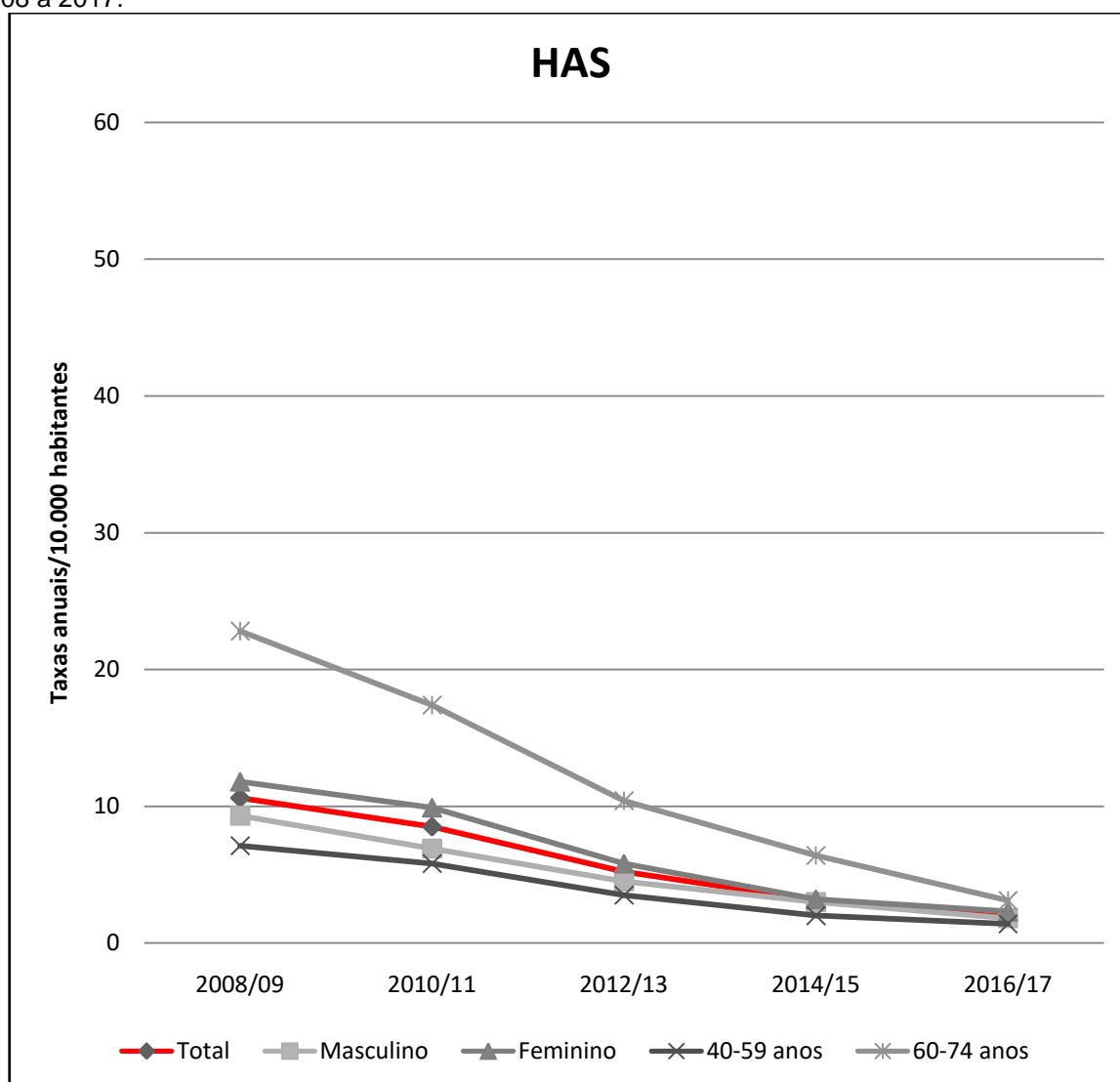
Figura 3: Taxas anuais para o total das ICCSAP/10.000 habitantes por sexo e faixa etária de 40 a 74 anos, para o total de municípios de médio porte do Paraná, 2008 a 2017.



Fonte: os autores (2020).

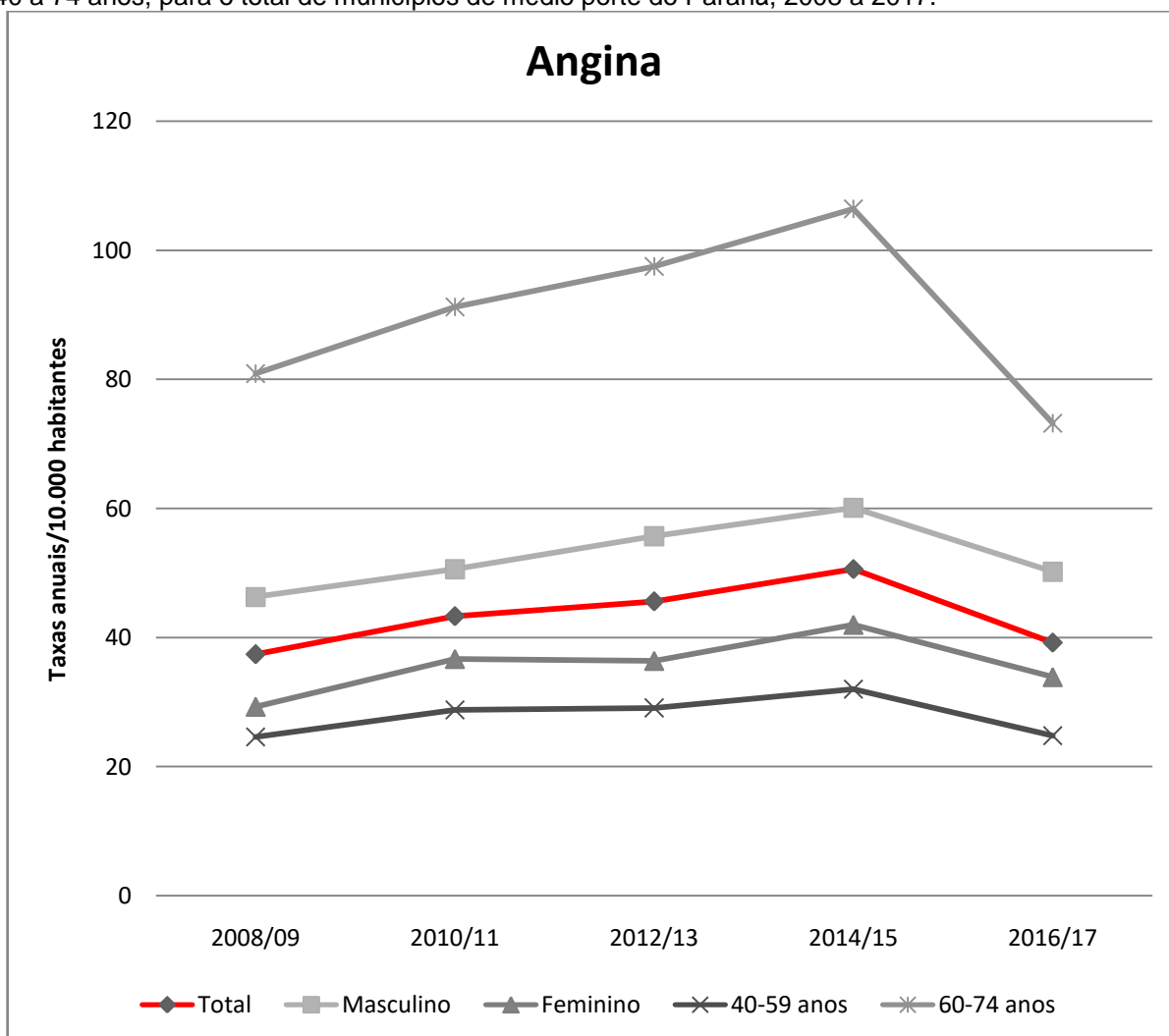
As figuras 4, 5, 6 e 7 apresentam as taxas anuais de internação para HAS, angina, ICC e doenças cerebrovasculares/10.000 habitantes, respectivamente, segundo sexo e faixa etária de 40 a 59 anos e 60 a 74 anos, para todos os municípios em conjunto, entre 2008 e 2017. A faixa etária de 60 a 74 anos apresentou as maiores taxas, para as quatro doenças, em todos os anos.

Figura 4: Taxas anuais de internamentos por hipertensão arterial sistêmica (HAS)/10.000 habitantes, segundo sexo e faixa etária de 40 a 74 anos, para o total de municípios de médio porte do Paraná, 2008 a 2017.



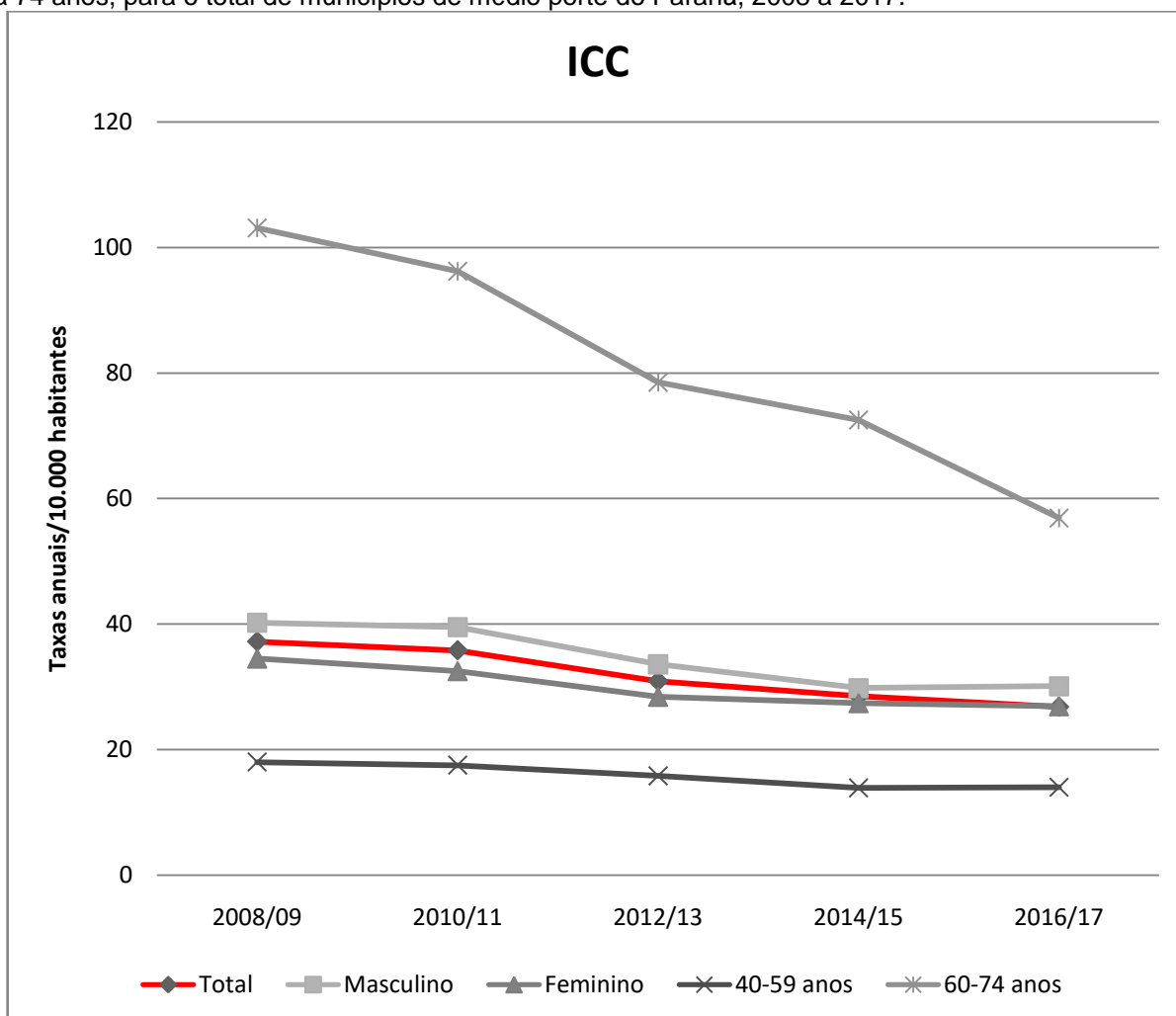
Fonte: os autores (2020).

Figura 5: Taxas anuais de internamentos por angina/10.000 habitantes, segundo sexo e faixa etária de 40 a 74 anos, para o total de municípios de médio porte do Paraná, 2008 a 2017.



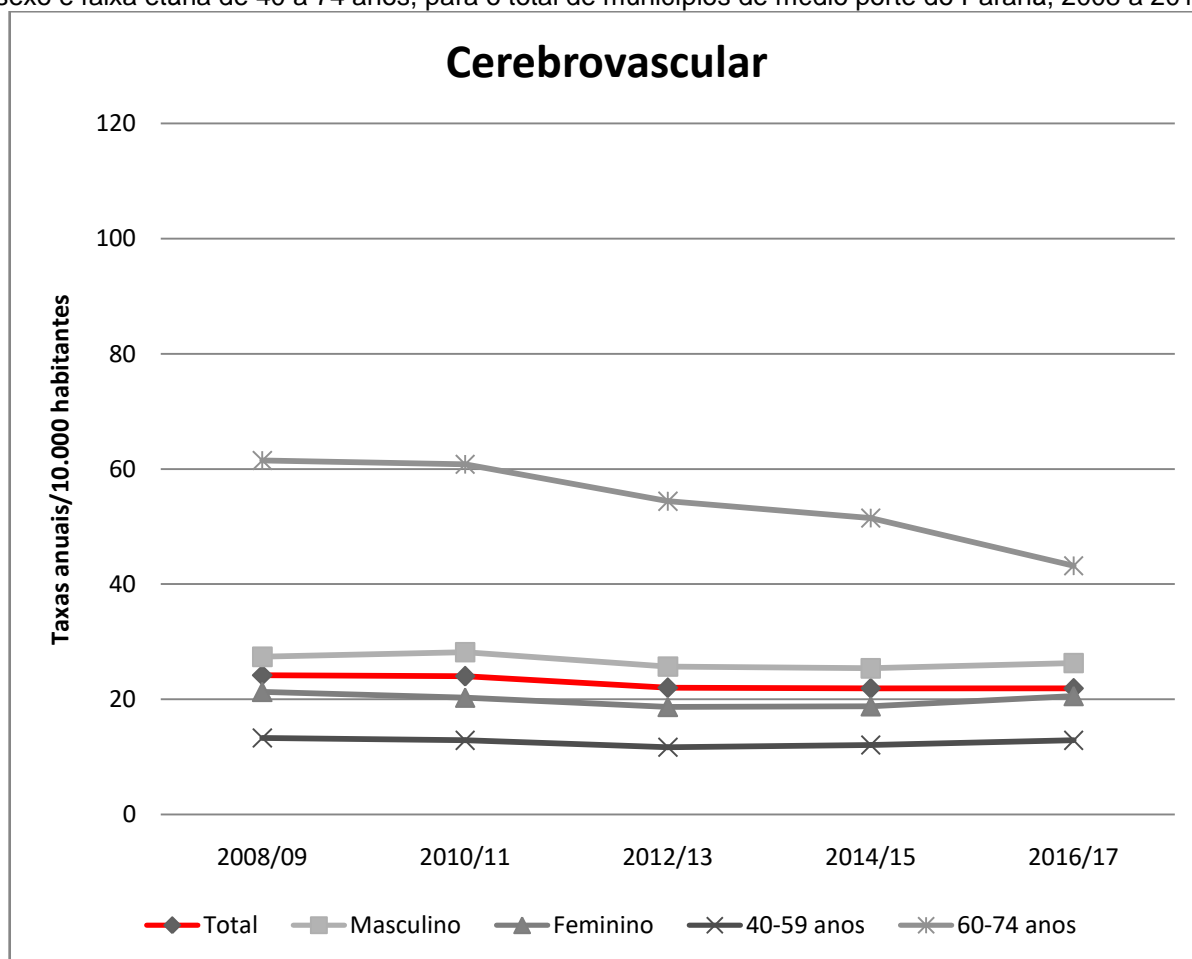
Fonte: os autores (2020).

Figura 6: Taxas anuais de internamentos por ICC/10.000 habitantes, segundo sexo e faixa etária de 40 a 74 anos, para o total de municípios de médio porte do Paraná, 2008 a 2017.



Fonte: os autores (2020).

Figura 7: Taxas anuais de internamentos por doenças cerebrovasculares/10.000 habitantes, segundo sexo e faixa etária de 40 a 74 anos, para o total de municípios de médio porte do Paraná, 2008 a 2017.



Fonte: os autores (2020).

A tendência das taxas de ICCSAP a cada 10.000 habitantes, na população de 40-74 anos, para cada município de médio porte do Paraná, entre 2008 e 2017, pode ser observada na Tabela 3. Tendência decrescente das taxas de ICCSAP foi observada para todos os municípios em conjunto, e em nove dos 16 municípios estudados (56,2%). Esses municípios com taxas decrescentes foram: Foz do Iguaçu, Cascavel, Maringá, Toledo, Almirante Tamandaré, Guarapuava, Ponta Grossa, Umuarama e Arapongas.

Tabela 3: Tendência das taxas de Internações por Condições Cardiovasculares Sensíveis à Atenção Primária, por 10.000 habitantes, em adultos de 40 a 74 anos, para o total de municípios de médio porte do Paraná e para cada município em separado, 2008 a 2017.

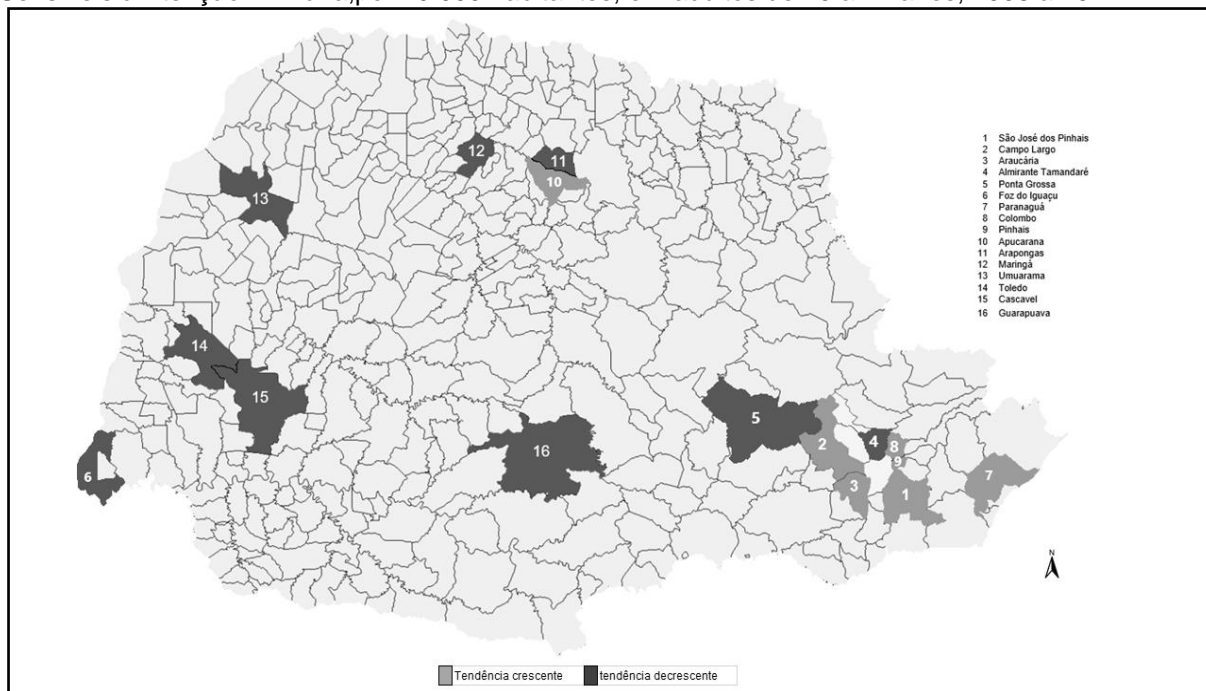
Localidade	2008/ 2009	2010/ 2011	2012/ 2013	2014/ 2015	2016/ 2017	Modelo	R ²	p	Tendência
Todos os municípios	109,4	111,7	103,6	104,1	89,8	$y=108,1+1,8x-0,4x^2$	0,98	<0,001	decrecente
Foz do Iguaçu	49,8	56,9	51,5	49,2	41,1	$y=44,7+5,5x-0,9x^2+0,03x^3$	0,95	<0,001	decrecente
Cascavel	67,9	71,3	71,2	52,6	49,9	$y=54,6+13,1x-2,8x^2+0,1x^3$	0,90	<0,01	decrecente
Maringá	72,7	67,0	62,4	49,3	54,7	$y=70,0+4,5x-1,8x^2+0,1x^3$	0,99	<0,001	decrecente
Toledo	100,8	111,7	137,2	72,4	38,5	$y=+76,8+21,3x-2,6x^2$	0,89	<0,001	decrecente
Almirante Tamandaré	125,0	76,4	77,5	96,3	102,0	$y=165,9-43,6x+7,0x^2-0,3x^3$	0,83	<0,01	decrecente
Guarapuava	141,9	127,6	93,1	74,3	78,4	$y=+142,7+4,9x-4,0x^2+0,3x^3$	0,99	<0,001	decrecente
Ponta Grossa	143,9	207,2	167,3	161,8	148,0	$y=92,6+57,7x-10,6x^2+0,5x^3$	0,87	<0,01	decrecente
Umuarama	152,1	128,7	99,0	88,4	93,8	$y=157,8-0,02x-3,1x^2+0,2x^3$	0,97	<0,001	decrecente
Arapongas	211,6	195,7	190,3	163,1	157,6	$y=207,4+3,0x-1,8x^2+0,1x^3$	0,97	<0,001	decrecente
Araucária	66,6	72,1	81,8	83,7	92,9	$y=63,2+3,0x$	0,98	<0,001	crecente
Pinhais	73,3	78,2	78,0	94,5	114,3	$y=74,3-1,5x+0,6x^2$	0,99	<0,001	crecente
São José dos Pinhais	75,4	80,6	68,8	87,5	96,2	$y=80,7-3,7x+0,5x^2$	0,86	0,001	crecente
Paranaguá	94,1	60,6	61,8	93,4	112,5	$y=135,8-43,7x+7,6x^2-0,3x^3$	0,95	<0,001	crecente
Colombo	99,9	94,1	100,6	141,4	131,3	$y=126,9-29,6x+7,2x^2-0,4x^3$	0,84	<0,01	crecente
Apucarana	108,8	132,9	128,1	149,2	142,1	$y=100,2+9,6x-0,5x^2$	0,94	<0,001	crecente
Campo Largo	148,9	114,6	129,6	186,1	195,3	$y=198,7-54,8x+11,2x^2-0,6x^3$	0,96	<0,001	crecente

Fonte: os autores (2020).

Arapongas apresentou uma taxa muito alta em 2008-09 (211,6/10.000 habitantes), que reduziu consideravelmente, mas que ainda continuou com um número expressivo de internações por ICCSAP no último biênio analisado (156,6). Os demais municípios apresentaram tendência crescente das taxas. Em Campo Largo observaram-se taxas altas no primeiro biênio (148,9/10.000 habitantes), que se elevaram ainda mais no último biênio estudado (195,3) (Tabela 3).

A Figura 8 apresenta o estado do Paraná e seus municípios, indicando os municípios de médio porte que apresentaram tendência crescente ou decrescente de taxas de ICCSAP, por 10.000 habitantes, em adultos de 40 a 74 anos, de 2008 a 2017. Os municípios com tendência crescente das taxas estão localizados na região leste do estado, próximos à capital do estado, exceto Apucarana, localizada no norte do estado.

Figura 8: Distribuição espacial dos municípios de médio porte do estado do Paraná que apresentaram tendência crescente ou decrescente de taxas de Internações por Condições Cardiovasculares Sensíveis à Atenção Primária, por 10.000 habitantes, em adultos de 40 a 74 anos, 2008 a 2017.



Fonte: Os autores (2020).

Os três municípios com as taxas mais altas de ICCSAP, em média, foram Arapongas, Ponta Grossa e Campo Largo. Os três municípios com as taxas mais baixas foram Foz do Iguaçu, Maringá e Cascavel.

A Tabela 4 apresenta o percentual da população coberta pela ESF para os municípios de médio porte do Paraná. Além disso, estão apresentadas as variações percentuais, comparando o primeiro e o último biênio.

Considerando todos os municípios em conjunto, houve uma variação percentual positiva da cobertura pela ESF de +42,3%. Dentre todos os municípios, a grande maioria, 12 deles (75,0%), apresentou variação percentual positiva da cobertura pela ESF, comparando-se os biênios final e inicial. Pinhais foi o município que apresentou a maior variação percentual positiva (879,%), em relação aos demais municípios, seguido por Toledo (422,2%). Apenas os municípios de Apucarana, Araucária, Arapongas e Paranaguá apresentaram variação percentual negativa na cobertura pela ESF. Ainda assim, Apucarana e Arapongas mantiveram os mais elevados percentuais de cobertura pela ESF em todo o período analisado.

Tabela 4: Percentual da população coberta pela Estratégia Saúde da Família, em adultos de 40 a 74 anos, e variação percentual, para o total de municípios de médio porte do Paraná e para cada município em separado, 2008 a 2017.

Localidade	Percentual da população coberta pela Estratégia Saúde da Família					Variação %*
	2008/ 2009	2010/ 2011	2012/ 2013	2014/ 2015	2016/ 2017	
Todos os municípios	38,3	45,4	49,4	55,0	54,5	+42,3
Foz do Iguaçu	34,6	42,9	44,5	46,5	45,8	+32,4
Cascavel	11,9	11,9	20,1	27,5	30,2	+153,8
Maringá	56,3	62,7	60,5	62,6	62,9	+11,7
Toledo	0,0	7,2	14,2	28,0	37,6	+422,2
Almirante Tamandaré	13,2	13,8	19,7	21,8	15,2	+15,2
Guarapuava	39,5	59,1	59,3	58,7	62,7	+58,7
Ponta Grossa	43,7	39,9	44,2	75,6	79,4	+81,7
Umuarama	33,6	41,5	57,6	67,8	69,8	+107,7
Arapongas	98,8	97,3	92,5	90,0	89,1	-9,8
Araucária	42,7	44,1	43,8	43,7	39,8	-6,8
Pinhais	5,8	28,0	37,7	53,7	56,8	+879,3
São José dos Pinhais	16,7	29,6	50,9	46,9	43,1	+158,1
Paranaguá	33,9	47,0	43,7	39,4	20,5	-39,5
Colombo	36,4	39,7	42,3	62,6	62,3	+71,2
Apucarana	100,0	100,5	98,1	95,5	93,8	-6,2
Campo Largo	45,8	61,8	61,7	59,6	63,5	+38,6

Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do SAGE-MS (2020).

*Variação percentual entre os extremos (2008/2009 e 20016/2017).

A Tabela 5 apresenta os valores da correlação entre o percentual da população coberta pela ESF e as taxas de ICCSAP dos municípios de médio porte do Paraná. Considerando todos os municípios em conjunto, observou-se correlação forte, significativa e inversa entre o percentual da população coberta pela ESF e as taxas de ICCSAP, ou seja, o aumento da cobertura populacional pela ESF esteve associado a uma queda nas taxas de internações por ICCSAP. Cinco municípios (31,2%), Cascavel, Toledo, Guarapuava, Umuarama e Paranaguá apresentaram correlação forte e inversa entre cobertura pela ESF e taxas de internação. Os quatro primeiros com aumento da cobertura e queda das internações e Paranaguá com redução importante da cobertura (-39,5 de variação percentual da população coberta pela ESF) e aumento das taxas de internações.

Tabela 5: Correlação entre o percentual da população coberta pela Estratégia Saúde da Família e as taxas de Internações por Condições Cardiovasculares Sensíveis à Atenção Primária, por 10.000 habitantes, em adultos de 40 a 74 anos, para o total de municípios de médio porte do Paraná e para cada município em separado, 2008 a 2017

Localidade	Coefficiente de Correlação	<i>p</i>	Correlação
Todos os municípios	-0,64	0,048*	forte
Foz do Iguaçu	-0,09	0,810**	sem correlação
Cascavel	-0,75	0,012**	forte
Maringá	-0,49	0,154**	sem correlação
Toledo	-0,71	0,022*	forte
Almirante Tamandaré	-0,24	0,499*	sem correlação
Guarapuava	-0,71	0,022**	forte
Ponta Grossa	-0,31	0,385**	sem correlação
Umuarama	-0,78	0,008*	forte
Arapongas	0,84	0,003*	forte
Araucária	-0,10	0,773*	sem correlação
Pinhais	0,79	0,007*	forte
São José dos Pinhais	0,12	0,744*	sem correlação
Paranaguá	-0,88	0,001*	forte
Colombo	0,66	0,040*	forte
Apucarana	-0,62	0,054*	sem correlação
Campo Largo	0,01	0,987**	sem correlação

Fonte: os autores (2020)

* Correlação de Pearson

** Correlação de Spearman

Arapongas, Pinhais e Colombo apresentaram correlação forte e direta. Arapongas com redução da cobertura e redução das taxas de internações e Pinhais e Colombo com aumento da cobertura e aumento das taxas de internações. Oito municípios não apresentaram correlação significativa entre as variáveis (Tabela 5).

6 DISCUSSÃO

Neste estudo foi observada tendência decrescente das taxas para o total das ICCSAP, incluindo HAS, ICC e doenças cerebrovasculares, em adultos de 40 a 74 anos, para o total dos municípios de médio porte e para o Paraná, entre 2008 a 2017. A tendência decrescente foi mantida quando foram analisadas as taxas por sexo e por faixa etária, mas sendo maiores para os homens e para a faixa etária de 60 a 74 anos.

Apenas a angina apresentou tendência crescente de internações para o período. Considerando os 16 municípios de médio porte, 9 deles (56,2%) apresentaram tendência decrescente das ICCSAP.

Outros estudos também investigaram a tendência das ICCSAP (BATISTA et al., 2012; LENTSCK; LATORRE; MATHIAS, 2015; LENTSCK; SAITO; MATHIAS, 2017; SILVA et al., 2019). Por exemplo, em 237 municípios do estado de Goiás, foram analisadas as taxas de hospitalizações por CCSAP entre os triênios de 2000-2002, 2003-2005 e 2006-2008, sendo que as taxas diminuíram entre os triênios (BATISTA et al., 2012). No estado do Paraná, as internações por ICCSAP pelo SUS de 2000 a 2011 reduziram no período em todas as faixas de idade e em ambos os sexos. As taxas de HAS, ICC e doenças cerebrovasculares diminuíram, com estabilidade para a angina (LENTSCK; LATORRE; MATHIAS, 2015).

Em uma análise da tendência das ICCSAP de 2000 a 2011, em residentes de 35 e 74 anos no município de Maringá, Paraná, observou-se declínio significativo das taxas de internação por doenças cardiovasculares, bem como para hipertensão, insuficiência cardíaca e doenças cerebrovasculares. As taxas por angina permaneceram estáveis. O decréscimo foi semelhante entre os sexos e maior para os homens de 55 a 74 anos (LENTSCK; SAITO; MATHIAS, 2017). Em estudo mais recente, no município e Senador Canedo, em Goiás, houve tendência decrescente de ICCSAP pelo SUS, entre 2001 e 2016, assim como para ICC, mas as taxas de internamentos por HAS, angina e doenças cerebrovasculares permaneceram estacionárias (SILVA et al., 2019).

A HAS apresentou tendência decrescente neste estudo, inclusive para estratificação por sexo e faixa etária. Outras referências apresentaram tendência decrescente para HAS (SILVA et al., 2019; LENTSCK; SAITO; MATHIAS, 2017; LENTSCK; LATORRE; MATHIAS, 2015) concordando com o resultado deste estudo.

A HAS é o principal fator de risco para a DCV e contribui de maneira significativa na carga global destas doenças e nos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (MALTA et al., 2017; MALTA et al., 2018). Os níveis elevados de pressão arterial(PA)têm o potencial de aumentar a chance de doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença vascular encefálica, insuficiência renal crônica e óbito (MALACHIAS et al., 2016). Desta forma, a tendência decrescente de HAS pode gerar impacto positivo nas demais internações, ou complicações por DCV.

A hospitalização evitável por hipertensão arterial é uma condição sensível ao atendimento ambulatorial, que possivelmente indica falha nos serviços ambulatoriais e de saúde pública na prevenção e controle da doença (WILL; YOON, 2013). A redução das internações por ICC e doenças cerebrovasculares também foram importantes achados positivos neste estudo, pois podem indicar um melhor controle dessas doenças na atenção primária.

Redução das tendências de internações por ICC foram observadas em outros estudos (SILVA et al., 2019; LENTSCK; SAITO; MATHIAS, 2017; LENTSCK; LATORRE; MATHIAS, 2015; GONÇALVES, 2014), bem como redução das tendências por doenças cerebrovasculares (LENTSCK; SAITO; MATHIAS, 2017; LENTSCK; LATORRE; MATHIAS, 2015; GONÇALVES, 2014), em concordância com os resultados aqui apresentados. Tais resultados estão em consonância com a redução das tendências de internação por HAS e são positivos, tendo em vista que ICC e doenças cerebrovasculares são complicações de maior gravidade.

Mesmo com o rápido crescimento das DCNT, seus efeitos podem ser revertidos através de intervenções amplas e custo-efetivas com base na promoção de saúde, redução dos fatores de risco, e melhoria da atenção em saúde, diagnóstico precoce e tratamento adequado. Assim, o MS tem implementado importantes políticas de enfrentamento dessas doenças. Dentre eles, destacam-se a Política Nacional de Promoção da Saúde, o programa 'Academia da Saúde', enfrentamento do tabagismo, incentivo à alimentação saudável, expansão da APS e da atenção farmacêutica, distribuição gratuita de medicamentos para hipertensão e diabetes e programa para redução da pobreza (MALTA; MORAIS NETO; SILVA JÚNIOR, 2011).

Além disso, deve-se lembrar que o modelo MACC adotado nacionalmente na rede SUS, propõe a atuação das equipes de saúde segundo a classificação de risco

dos usuários e prevê intervenções para as pessoas que apresentem ou não fatores de risco, de modo a abordar as populações adscritas a APS de maneira preventiva. Pensa-se também em atendimentos em vários níveis de complexidade, sempre mantendo a APS como ordenadora do cuidado e vinculada aos pacientes, independente da estratificação de risco cardiovascular, estando a RAS atuante em todos os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2013). Assim, as estratégias mencionadas no parágrafo anterior, somado ao trabalho da APS sob a lógica do modelo MACC poderiam estar corroborando para a redução das internações encontradas nos resultados do presente estudo.

Os fatores de risco são alvo de intervenção na APS para seu controle, especialmente quando se trata de fatores de risco para HAS, incluindo cessação do tabagismo, promoção de dieta saudável e estímulo às atividades físicas (BRASIL, 2011b). Não é rara a existência de grupos de hipertensos e diabéticos na APS, os ‘grupos de hiperdia’, com atividades comunitárias, orientações sobre saúde geral, especialmente dieta e tabagismo. Nestes grupos, que podem ou não ser separados conforme grau de risco cardiovascular, há possibilidade de discussões sobre todos os temas disponíveis relacionados à saúde pública, e geralmente coordenados por profissionais integrantes das equipes ou das equipes de apoio matricial. Tais grupos também podem ser excelentes espaços para a socialização.

Deste modo, lançar mão da estratificação de risco cardiovascular, conforme descrito em *guidelines* internacionais e também na Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, da Sociedade Brasileira de Cardiologia (MALACHIAS et al., 2016), e na Linha Guia de Hipertensão Arterial do estado do Paraná (PARANÁ, 2018), torna o acesso com equidade, ofertando consultas e atendimentos conforme a prioridade de risco, tanto no nível primário, quanto quando referenciado para as especialidades, conforme o fluxo percorrido na revisão de literatura deste trabalho.

Atualmente existe uma forte difusão da informação, bem como intervenções amplas em campanhas e atendimentos clínicos aos grupos de doenças crônicas na APS. Também há disponibilidade e acesso barateado aos medicamentos e acompanhamento por parte das equipes da ESF, com monitoramento da pressão arterial e demais fatores de risco para doenças crônicas, além de acesso facilitado aos equipamentos de saúde.

As internações por angina apresentaram aumento no período em estudo, o que é preocupante, já que pode estar relacionada a eventos de maior risco, como o

infarto agudo do miocárdio. Contudo, outros autores encontraram taxas estáveis de internações por angina (LENTSCK; LATORRE; MATHIAS, 2015; LENTSCK; SAITO; MATHIAS, 2017; SILVA et al., 2019).

Como a angina é uma condição clínica que pode estar relacionada ao infarto agudo do miocárdio e morte súbita, além da atuação executada para doenças crônicas, necessita-se lançar mão de terapias utilizadas para condições agudas em certas situações. As ações da APS com relação à angina estão baseadas na prevenção e promoção de saúde, especialmente quando se trata de fatores de risco para o desenvolvimento, como tabagismo, obesidade, dislipidemia e tratamento medicamentoso para isquemias, após seu diagnóstico (LENTSCK; LATORRE. MATHIAS, 2015).

Em concordância com o presente estudo, Gonçalves (2014) observou curva ascendente/estável/ascendente para os adultos de 40 a 74 anos residentes no estado do Paraná, de 2000 a 2012. Na análise da tendência de internação por angina, o comportamento observado para todas as macroregionais do Paraná e para o estado foi de ascendência entre 2000 e 2004, estabilidade de 2005 a 2008, e nova ascensão de 2009 a 2012 (GONÇALVES, 2014). Além disso, o sexo masculino (31,2; 79,4/10.000 homens) apresentou maiores taxas médias para angina quando comparado ao sexo feminino (19,7; 61,5/10.000 mulheres), na população de 40 a 59 anos e de 60 a 74 anos respectivamente (GONÇALVES, 2014).

Precisa ser considerado que a angina, bem como a insuficiência cardíaca e HAS descompensada, podem apresentar-se como sintomas agudos, como dor no peito, falta de ar entre outros mais graves, que demandariam atenção especializada com tecnologia apropriada (MARTINS; FRANCO, 2013). Esses casos poderiam justificar, pelo menos em parte, a tendência crescente das taxas de internações por angina observada neste estudo. Além disso, havendo mais conhecimento da população e dos profissionais sobre as possibilidades de diagnóstico, maior oferta de serviços de diagnóstico de imagem, de hemodinâmica, nos municípios de médio porte do Paraná, os casos de doenças cardiovasculares de risco elevado poderiam ser encaminhados para estes serviços.

Dados do Vigitel (BRASIL, 2020) informam que a frequência de obesidade, sobrepeso e sedentarismo entre os brasileiros continua elevada. Também se sabe (LANGE; HILLIS, 2010; OLIVEIRA et al., 2015) que a ansiedade e a depressão são determinantes de angina e das doenças arteriais coronarianas, e podem concorrer

também para mais casos de angina que culminam com a internação hospitalar, quando não manejados seus determinantes precocemente.

Como fator colaborador na redução das internações por angina, a APS tem lançado mão do uso integral da RAS, especialmente através das estratificações de risco cardiovascular e utilização do MACC na sua atuação, com intervenções preventivas, como descrito no parágrafo anterior, e curativas em portadores de HAS, bem como o referenciamento de pacientes mais críticos do ponto de vista de estratificação de risco para níveis de cuidados especializados (BRASIL, 2013).

Apesar das taxas para o total das ICCSAP bem como para cada doença em separado terem apresentado tendência decrescente para os pacientes entre 60 e 74 anos, essa faixa etária apresentou as maiores taxas de internações, em todos os anos. O mesmo ocorreu em outras pesquisas (GONÇALVES, 2014; LENTSCK; SAITO; MATHIAS, 2017).

As taxas médias de internação das macrorregionais e do estado para homens de 60 a 74 anos foram, ao menos, 3 vezes a dos homens de 40 a 59 anos. De 2000 a 2012, a população masculina teve as maiores taxas de internação por ICCSAP (93,5; 352,3/10.000 homens) quando comparada a população feminina (79,6; 317,9/10.000 mulheres) para a população de 40 a 59 anos e 60 a 74 anos, respectivamente (GONÇALVES, 2014). Em contrapartida, os homens não buscam os serviços de atenção primária (MELLO et al., 2017), sendo mais resistentes a busca de cuidados.

Em outro estudo as taxas de internação por ICCSAP foram mais elevadas na faixa etária de 55 a 74 anos, mas também foi nessa faixa etária que se constataram as maiores quedas de internação quando comparado ao outro grupo, de 35 a 54 anos (LENTSCK; SAITO; MATHIAS, 2017).

Sabe-se que no Brasil tem ocorrido rápidas mudanças na estrutura etária da população, com redução na proporção de crianças e jovens e aumento de pessoas com 60 ou mais anos de idade. Também tem ocorrido diminuição das taxas de natalidade e fecundidade e aumento da expectativa de vida da população. Essa transição demográfica é um desafio especialmente para as políticas de saúde, assistência social e previdência (BRASIL, 2018b).

Na área da saúde, as DCNT constituem um problema de saúde pública no país, responsáveis por 72% das causas de mortes, principalmente as doenças do aparelho circulatório (30%) (SCHMIDT et al., 2011). Essas doenças atingem mais as

camadas pobres da população e idosos, bem como a população de baixa escolaridade e renda (BRASIL, 2018b).

Existe uma grande contribuição das doenças cerebrovasculares, doenças cardiovasculares e hipertensão para as hospitalizações, demonstrando oportunidades de redução das internações desnecessárias em adultos mais velhos no Brasil, através da efetividade da APS (MELO-SILVA et al., 2018).

Quando analisado cada município em separado, observou-se tendência decrescente das taxas de ICCSAP em nove dos 16 municípios estudados(56,2%), sendo sete com tendência crescente.

Um estudo avaliou as ICSAP pelas quatro principais DCNTs (HAS, diabetes mellitus, doenças cerebrovasculares e ICC) no período de 2000 a 2011 do território das 22 regionais de saúde do Paraná. Observou-se decréscimo da razão de internações por HAS em 17 Regionais de Saúde, exceto nas Regionais de Cianorte, Paranavaí, Cornélio Procópio, Toledo e Ivaiporã, que tiveram aumento. A regional com decréscimo mais importante foi a metropolitana quando comparada à população residente. Ao se considerar as internações por ICC, 20 das 22 regionais obtiveram decréscimo na razão de internação, exceto Telêmaco Borba e Ivaiporã; sendo Umuarama a regional com maior decréscimo na razão de internações por ICC no período avaliado. Os autores observaram que mesmo com a redução, ICC foi a doença com maior incidência de internamentos dentre as quatro avaliadas. Com relação às doenças cerebrovasculares, 13 regionais paranaenses apresentaram decréscimo na razão de internação, sendo Foz do Iguaçu a regional que teve o maior destaque. Nove regionais apresentaram aumento das internações por doença cerebrovascular, sendo que Apucarana, União da Vitória e Telêmaco Borba tiveram o maior aumento das internações no último período estudado (MELLO et al., 2017). Vale ressaltar que o estudo não avaliou a angina.

Dentre os sete municípios com tendência crescente das taxas de ICCSAP no presente estudo, seis estão localizados na região leste do estado, próximos à capital. Maiores taxas de internação por ICCSAP foram relatadas na região metropolitana em Goiás, e os municípios que não pertenciam à região metropolitana apresentaram redução significativa das taxas, fato que não aconteceu com os da região metropolitana. Além da região metropolitana, maior porte populacional, proximidade da capital, e melhores índices de condições de vida e saúde constituíram o grupo com maior tendência a altas taxas de internação (BATISTA et

al., 2012). As condições de saúde da população são fortemente dependentes da sua organização e distribuição social da riqueza, intimamente relacionado à "lei dos cuidados inversos", onde há maior oferta de serviços onde há menos necessidade deles (NEDEL et al., 2010).

As ações da APS podem impactar positivamente nas ICCSAP, pois pode-se observar uma expansão na rede e aumento na cobertura, mas outros fatores podem ser potenciais influenciadores (CAMINAL; CASANOVA, 2003). No entanto, para que seja realmente resolutive no cuidado com os portadores de DC, é necessário que a APS lance mão de apoio diagnóstico e terapêutico, como sistemas de teleconsultoria, equipamentos de telediagnóstico, uso de prontuário eletrônico integrado, além de assistência farmacêutica, práticas integrativas em saúde e apoio ao autocuidado; bem como os processos de matriciamento (BRASIL, 2013).

Recentemente houve uma publicação sobre a telemedicina como forma de prestação de serviços médicos mediados por tecnologia no país (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019). Esta é uma estratégia que, caso se consolide, poderá ser mais uma opção aos serviços de saúde na APS, em parceria ao apoio matricial.

Com relação à cobertura pela ESF, do total de municípios pesquisados, apenas quatro apresentaram variação percentual negativa entre o primeiro e último biênios. A expansão da ESF está associada à redução de mortalidade materno infantil, morte por doença cardiovascular e hospitalizações por CSAP (HONE et al., 2017). Desde julho de 1998 a outubro de 2017, a cobertura de pessoas cadastradas pelas ESF no Brasil passou de 4,4% (7 milhões) para cerca de 70% (143 milhões de brasileiros) (PINTO; GIOVANELLA, 2018). O indicador ICSAP decresceu em 45% entre os anos 2001 e 2016 (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

As condições de trabalho na ESF também estão repletas de obstáculos, mas os avanços são inquestionáveis, como: redução da mortalidade infantil, qualificação do pré-natal, cuidados com condições agudas menos graves e com condições crônicas, inclusive com redução de mortalidade por algumas condições crônicas e diminuições de internações por CSAP (HARZHEIM et al., 2020). No entanto, alguns desafios antigos e atuais precisam ser superados, inclusive a melhoria da qualidade de cuidado com doenças crônicas e a redução dos números de ICSAPS que ainda é elevado (HARZHEIM et al., 2020).

A expansão e a adequação da ESF facilitaram um melhor acesso e

utilização dos serviços de saúde para quem mais precisa; melhores resultados em indicadores, como: mortalidade infantil, adulta e algumas CSAP; expansão ao acesso a alguns tratamentos, bem como equidades nestes acessos; redução de hospitalizações desnecessárias; sinergia com programas sociais, facilitando a intersetorialidade; expansão na infraestrutura e intensificação em pesquisas voltadas aos serviços de saúde pública no Brasil (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Apesar da ESF, bem como o SUS, ter se expandido em grande escala, há autores que acreditam que sua principal dificuldade ainda seja relacionada às dificuldades de acesso (HARZHEIM et al., 2020). Ao fim de 2019 existiam 45 mil UBS, com 43.458 equipes de ESF funcionantes, mas com um déficit de cerca de 60 milhões de pessoas não cadastradas nestas ESF, estando em território adscrito (HARZHEIM et al., 2020).

Quando analisada a correlação entre cobertura pela ESF e taxas de ICCSAP, para todos os municípios em conjunto, observou-se que o aumento da cobertura populacional pela ESF esteve associado a uma queda nas taxas de internações por ICCSAP. Esta correlação também foi observada em quatro dos 16 municípios analisados. Em um município a redução da cobertura foi acompanhada pelo aumento das taxas de internações. Todas essas correlações foram estatisticamente significativas.

De fato, a continuidade da atenção em saúde, a equipe multidisciplinar e a população adscrita, mostraram-se associadas à menor probabilidade de hospitalização por CSAP. Além disso, os princípios fundamentais da atenção primária foram associados a menor risco de internação por CSAP (NEDEL et al., 2010).

Diversas pesquisas evidenciaram a redução das hospitalizações por CSAPS com a ampliação da cobertura da APS (CAMPOS; THEME-FILHA, 2012; CECCON; MENEGHEL; VIECILI, 2014; RESENDE BARBIERI, 2017; HONE et al., 2017; COSTA et al. 2017; PINTO; GIOVANELLA, 2018; MACINKO; MENDONÇA, 2018 PINTO JR et al., 2018).

Em uma avaliação das ICSAP e a cobertura da ESF, entre 1998 e 2006, observou-se que o aumento da cobertura populacional de ESF esteve associado à redução significativa das hospitalizações evitáveis no Brasil. Na análise por estados, em 38,4% deles o aumento da cobertura de ESF esteve associado significativamente à redução das ICSAP (CECCON, et al., 2014).

Alguns municípios apresentaram resultados diferentes quando à correlação entre cobertura pela ESF e taxas de internações, e merecem uma análise mais detalhada. O município de Arapongas apresentou redução da cobertura pela ESF correlacionado significativamente com redução das taxas de internações. Há que se considerar que a diminuição da cobertura populacional pela ESF entre o primeiro e últimos biênios analisados foi pequena (-9,8%) e o município manteve uma cobertura alta ou altíssima pela ESF em todo o período analisado. Esses fatores poderiam explicar o fato de que, apesar da redução da cobertura pela ESF, foi possível reduzir as taxas de internação.

Os municípios de Pinhais e Colombo apresentaram aumento da cobertura pela ESF e aumento das taxas de internações, estatisticamente significativa. Pinhais foi o município com maior variação positiva na cobertura pela ESF (+879,3%), mas as ICCSAP também se elevaram. Já Colombo, teve uma variação positiva também com crescimento nas ICCSAP. Ambos estão localizados na região metropolitana, o que talvez possa explicar esses resultados, pela já mencionada "lei dos cuidados inversos" (NEDEL et al., 2010)

Além da expansão da cobertura da APS, não se pode negar que houve melhora geral na organização dos serviços de saúde, com melhora de acesso a serviços hospitalares, organização da rede de urgência e emergência, incluindo a regulação de leitos e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), avanços nas tecnologias a disposição, com procedimentos de alta complexidade (LENTSCK; LATORRE; MATHIAS, 2015), e todos são fatores capazes de colaborar com a manutenção de vida destes pacientes e com as taxas de internamento.

A relação entre ICSAP e a qualidade da atenção em Porto Alegre foi avaliada em um estudo de coorte. Uma melhor qualidade dos serviços de saúde não teve influência nas taxas das hospitalizações evitáveis, mas algumas características sociodemográficas, como raça/cor de pele não branca e menor escolaridade, foram mais importantes nos resultados (GONÇALVES et al., 2016).

No município do Rio de Janeiro, não foi observada associação linear entre as internações por hipertensão, angina e doenças cerebrovasculares e a cobertura da ESF entre 2010 e 2013, mas o aumento da cobertura da ESF esteve associado significativamente a uma queda no número de internações por insuficiência cardíaca. Apesar de ter havido um aumento no número de equipes e expansão da ESF, ao final de 2013, cerca de 40% da população estava coberta pela ESF, menor do que

no âmbito nacional e regional. Os autores relatam que a reestruturação da APS por si só não garante qualidade da atenção em saúde à população. A ampliação da cobertura é muito importante para a efetividade da ESF, aliando melhor infraestrutura, atrair profissionais de saúde de qualidade, qualificar profissionais, melhorar o acesso ao serviço e a oferta de exames diagnósticos, saneamento básico e educação (PEREIRA et al., 2018).

A associação entre o aumento da cobertura da ESF e a redução de ICSP deve ser permeada pelos contextos sociais, ou determinantes sociais da saúde e doença, como aspectos socioeconômicos, culturais, ambientais e comportamentais, que tem potencial para influenciar a ocorrência dos problemas de saúde, incluindo internamentos (PINTO JÚNIOR et al., 2018; BOTELHO; PORTELA, 2017).

Os determinantes sociais do processo saúde-doença evidenciam que a saúde não é a única responsável no enfrentamento dos problemas de saúde da população, devendo ser usadas ações intersetoriais neste intuito (TORRES; CIOSAK, 2014). Para atuar com todos estes fatores determinantes (sociais) da doença, o profissional deve estar disposto a manejar seu território adscrito pautado na interdisciplinaridade e intersectorialidade, alterando, muitas vezes, seu *modus operandis*, de modo a incluir ferramentas como planejamento estratégico, plano terapêutico singular, gestão de caso e plano de cuidado compartilhado no dia a dia da equipe.

O Brasil tenta mudar o modelo médico centrado e curativista. Importante considerar que os determinantes sociais perpassam transversalmente todas as condições de enfermidades e, será necessário incorporar na APS práticas que reconheçam e manejem também os determinantes sociais da saúde e da doença. Aqui neste estudo pressupõe-se que a forma ideal de executar esta ideia é a atuação interdisciplinar nos serviços de saúde, especialmente na ESF. Desta forma podem ser reduzidas as internações evitáveis, especialmente as ICCSP que perduram no escopo da prevenção e mudança de hábitos.

Além disso, vale colocar a importância da educação em saúde de modo a estimular a promoção de saúde, prevenção de doenças, esclarecimento da população com relação a agravos e doenças conforme a epidemiologia local, de forma simplificada para que haja entendimento, empoderamento e participação da população em assuntos de saúde. A educação em saúde ocorre nas escolas, em programas como o Saúde na Escola, nas consultas, em grupos ou na sala de espera

da unidade, em mídias sociais, em campanhas extramuros, mediante a intersectorialidade. Acredita-se que a difusão responsável do saber em saúde poderia melhorar os índices de ICCSAP e demais indicadores.

Com o objetivo de desenvolver e implementar políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, bem como fortalecer os serviços de saúde voltados às doenças crônicas, o MS lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis, de 2011 a 2022 (BRASIL, 2011b).

O plano de ações para o enfrentamento das DCNT no Brasil objetiva a promoção do desenvolvimento e implementação de políticas públicas efetivas, sustentáveis, baseada em evidências e integradas para a prevenção e controle das principais DCNT, sendo doenças do aparelho circulatório, câncer, respiratórias crônicas e diabetes, e fatores de risco, tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade, no apoio aos serviços de saúde de atenção aos portadores destas doenças, buscando fortalecê-los. Assim, o plano define e prioriza as ações e investimentos necessários para preparar o Brasil na contenção das DCNT no período de vigência, através de estabelecimento de diretrizes que orientam redefinições de operacionalização de ações, estratégias, indicadores, metas, programas, projetos e atividades executados nos serviços de saúde. Fundamenta-se em vigilância, informação, avaliação e monitoramento, promoção de saúde e cuidado integral dos doentes crônicos (BRASIL, 2011b).

Tendo um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, considerando a cobertura populacional, o Brasil apresenta meios para implementar ações de enfrentamento para as doenças cardiovasculares, especialmente na promoção da saúde e assistência integral. Contudo, financiamento insuficiente, baixos níveis educacionais e desigualdades sociais se apresentam como importantes dificuldades a serem enfrentadas (RIBEIRO et al., 2016).

Além disso, outro desafio refere-se à integração das políticas públicas aos serviços de saúde. Nesse sentido, a atenção primária apresenta-se como peça fundamental entre políticas de saúde e a comunidade, sendo a ESF estrutura potencial para a consolidação da promoção da saúde (RIBEIRO; COTTA; RIBEIRO, 2012).

As políticas públicas precisam ser pensadas e reformuladas também de

acordo com a realidade de cada município, pois como observado, as diferenças entre os municípios de médio porte podem caracterizar realidades de atuação em saúde distintas em cada um dos municípios estudados.

Esse estudo apresentou limitações, como a utilização de dados secundários sobre internações hospitalares, considerando a possibilidade de falhas na qualidade das informações fornecidas, limitação de internações ocorridas apenas no SUS e possibilidade de reinternações e transferências. Além da cobertura pela ESF, não foram incluídos na pesquisa outros fatores que poderiam interferir nas taxas de internações das ICCSAP. O percentual de ICCSAP também não revela se os pacientes internados são ou não cadastrados, acompanhados ou se estão sem diagnóstico ou acompanhamento, pois esta não é uma informação disponível no SIH-SUS. Contudo, sabe-se que dados secundários são uma ferramenta valiosa na pesquisa em Saúde Coletiva (COELI; PINHEIRO; CARVALHO, 2014). Assim, apesar das limitações, este estudo possibilitou um melhor entendimento sobre as tendências das taxas e a correlação entre a cobertura pela ESF e as taxas de ICCSAP.

7 CONCLUSÃO

Considerando todos os municípios em conjunto, houve tendência decrescente para o total das taxas de ICCSAP, para ambos os sexos e faixas etárias. Observaram-se maiores taxas para a faixa etária de 60 a 74 anos e para o sexo masculino, em todos os anos.

Houve tendência decrescente das taxas para HAS, ICC e doenças cerebrovasculares, inclusive quando estratificado por sexo e faixa etária. As taxas para angina apresentaram tendência crescente, inclusive quando estratificado por sexo e faixa etária.

Observou-se tendência decrescente das taxas de ICCSAP na maioria dos municípios estudados, os demais com tendência crescente.

Os municípios em conjunto e cinco deles apresentaram correlação significativa inversa entre a cobertura da ESF e as taxas de ICCSAP, três deles correlação direta e os demais não apresentaram correlação significativa.

Apreciando a diversidade dos resultados, a correlação entre a cobertura da ESF e as taxas de ICCSAP deve ser analisada considerando as especificidades locais de cada município. Assim, não se pode considerar que a cobertura de ESF seja isoladamente um fator que cause a redução das internações por ICSAP ou ICCSAP, sem que se comparem as minúcias de cada local.

Ressalta-se a importância das ICCSAP como um indicador no monitoramento das doenças cardiovasculares, fornecendo subsídios para avaliação do acesso e qualidade dos serviços, e possibilidade de readequação do modelo de atenção em saúde. Em contrapartida, o acesso facilitado combinado ao trabalho qualificado das ESF, obtidos através do estudo deste indicador e medidas tomadas a partir dele, podem melhorar o desempenho do sistema de saúde e auxiliar na redução das internações por condições cardiovasculares potencialmente evitáveis.

Estudos futuros poderiam pesquisar as particularidades de cada município aqui pesquisado, identificando motivos e esclarecendo as correlações ou não correlações de maneira mais minuciosa, e assim poderão ser compreendidas as diferenças que são imperceptíveis ao conjunto. E ainda, estudos nas áreas da saúde pública que delineiem diferenças municipais, ou loco regionais, de modo a remover tais municípios dos emaranhados epidemiológicos para que estejam mais claramente abertos a comparações e futuras ações.

REFERÊNCIAS

- ABREGO, G.; ZURITA, G. B. R.; RAMÍREZ SÁNCHEZ, T.; HERRERA ROJAS, J. J. **Serie sobre hospitalización es evitables y fortalecimiento de la atención primaria em salud: el caso de México**. Washington, D.C: BID Press; 2012.
- AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS: Sistema Único de Saúde - antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. 2 ed. São Paulo: Martinari, 2015. 271 p.
- ALBUQUERQUE, C.; MARTINS, M. Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. Especial, p. 118-137, 2017.
- ALFRADIQUE, M. E et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, 2009.
- ANTUNES, J. L. F.; CARDOSO, M. R. A. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 565-576, 2015.
- ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da estratégia saúde da Família na Atenção Primária à saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1499-1509, 2016.
- AVELINO, C. C. V.; GOYATÁ, S. L. T.; NOGUEIRA, D. A.; RODRIGUES, L. B. B.; SIQUEIRA, S. M. S. Qualidade da atenção primária à saúde: uma análise segundo as internações evitáveis em um município de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p.1285-1293, 2015.
- AZAMBUJA, M. I. R. et al. Impacto econômico dos casos de doença cardiovascular grave no Brasil: uma estimativa baseada em dados secundários. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 91, n. 3, p. 163-171, 2008.
- BANDEIRA, F. J. S.; CAMPOS, A. C. V.; GONÇALVES, L. H. T. Rede de atenção: fragilidades no processo de implementação na perspectiva de especialistas em gestão da atenção primária. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 2, p. 24-29, 2019.
- BATISTA, S. R. R; JARDIM, P. C. B. V; SOUSA, A. L. L; SALGADO, C. M. Hospitalizações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária em municípios goianos. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 34-42, 2012.
- BENTO, P. F. **Internações dos idosos por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde em um município mineiro**. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

BOING, A. F.; VICENZI, R.B.; MAGAJEWSKI, F.; BOING, A.C.; MORETTIPIRES, R.O.; PERES, K. G., et al. Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. **Revista de Saúde Pública**, v.46, n. 2, p. 359-66, 2012.

BORGES, R; DOHN, M. O trabalho de equipe interdisciplinar. In: CUTOLO, L. R. A. (Org.). **Manual de terapêutica: assistência à família**. Florianópolis: Associação Catarinense de Medicina, 2006. p.129-146.

BOTELHO, J. F.; PORTELA, M. C. Risco de interpretação falaciosa das internações por condições sensíveis à atenção primária em contextos locais, Itaboraí, Rio de Janeiro, Brasil, 2006-2011. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n.3, e00050915, 2017.

BOUSQUAT, A.; GIOVANELLA, L.; FAUSTO, M. C. R.; MEDINA, M. G.; MARTINS, C. L.; ALMEIDA, P. F.; CAMPOS, E. M. S.; MOTA, P. H. S. A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, Sup. 2, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006**. Pacto pela saúde. 2006a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 05 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **III Seminário Internacional Atenção Primária Saúde da Família: expansão com qualidade & valorização de resultados: relatório das atividades**: Recife-PE, 13 a 15 de dezembro 2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. 208 p.

BRASIL. **Portaria 221, de 17 de abril de 2008**. Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. 2008b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html. Acesso em: 10 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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). 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 10 jul. 2018.

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. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 10 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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: Ministério da Saúde, 2011b. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informações de Saúde.** Estatísticas Vitais. Brasília: MS; 2016.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 10 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **SIH – Sistema de Informação Hospitalar do SUS:** Manual Técnico Operacional do Sistema. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b,103 p.

BRASIL. DATASUS. Informações de Saúde. TABNET. Demográficas e socioeconômicas. **População residente Paraná.** 2018a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poppr.def>. Acesso em: 24 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Relatório do III Fórum de Monitoramento do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. 121 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019.** Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo – FCPE. 2019a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9795.htm. Acesso em: 10 jul. 2018.

BRASIL. DATASUS. **Índice de Desempenho do SUS – IDSUS.** 2019b. Disponível em: <http://idsus.saude.gov.br/mapas.html>. Acesso em: 15 out. 2019.

BRASIL. DATASUS. **Tabwin**. 2019c. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060805&item=1>. Acesso em: 05 set. 2019.

BRASIL. DATASUS. Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE). **Equipes da Saúde da Família**. 2019d. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/#>. Acesso em: 25 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2019**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019. Brasília: Ministério da Saúde, 2020, 137 p.

CAMINAL, J.; CASANOVA, C. La evaluación de La atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual. **Atención Primaria**, v. 31, n. 1, p. 61-5, 2003.

CAMPOS, A. Z.; THEME-FILHA, M. M. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 5, p. 845-855, 2012.

CAMPOS, R. T. O.; FERRER, A. L.; GAMA, C. A. P.; CAMPOS, G. W. S.; TRAPÉ, T. L.; DANTAS, D. V. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde em Debate**, v. 38, n. especial, p. 252-264, 2014.

CECCON, R. F. C.; MENEGHEL, S. N.; VIECILI, P. R. N. Internações por condições sensíveis à atenção primária e ampliação da Saúde da Família no Brasil: um estudo ecológico. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, n. 4, p. 968-977, 2014.

COELI, C. M.; PINHEIRO, R. S.; CARVALHO, M. S. Nem melhor nem pior, apenas diferente. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 7, p. 1363-5, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.228/2019. Revoga a Resolução CFM nº2.227, publicada no D.O.U. de 6 de fevereiro de 2019, Seção I, p.58, a qual define e disciplina a telemedicina como forma de prestação de serviços médicos mediados por tecnologias, e restabelece expressamente a vigência da Resolução CFM nº1.643/2002, publicada no D.O.U. de 26 de agosto de 2002, Seção I, p.205. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, edição 44, seção I, p. 91, 06 mar. 2019. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/65864894. Acesso em: 05 out. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DA SAÚDE - CONASS. **Nota técnica 41/2012**. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2012. Disponível em https://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2012/02/NT-41_2012-Rede-Cronicas-final.pdf. Acesso em: 01 jul. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DA SAÚDE - CONASS. **A atenção primária e as redes de atenção à saúde**. Brasília: CONASS; 2015. Disponível em <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>. Acesso em: 03 mai. 2020.

CORREA JR, A. J.; SANTANA, M. E.; SONOBE, H. M. Política nacional para a prevenção e controle do câncer na rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas: um olhar pautado em Zygmunt Bauman. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, e413974324, 2020.

COSTA, J. S. D.; TEIXEIRA, A. M. F. B.; MORAES, M.; STRAUCH, E. S.; SILVEIRA, D. S.; CARRET, M. L. V.; FANTINEL, E. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em Pelotas: 1998 a 2012. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 2, p. 345-354, 2017.

DONABEDIAN, A. The quality of care: how can it be assessed? **Journal of the American Medical Association**, v.260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n.4, p. 529-532, 2012.

DUARTE, E.; NISHIKUNI, Y. Y. **1º Caderno CQH de Indicadores Hospitalares**. Programa CQH – São Paulo – 2002.

FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H.; SEIDL, H.; GAGNO, J.A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 13-33, out 2014.

FERNANDES, L. C. L.; BERTOLDI, A. D.; BARROS, A. J. D. Utilização de serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 595-603, 2009.

FERREIRA, J. B. B.; BORGES, M. J. G.; SANTOS, L. L.; FORSTER, A. C. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n.1, 2014.

FONTOURA, H. A. A Etnografia na Saúde: tecendo perspectivas interdisciplinares. **Revista Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 309-312, 2007.

FREITAS, T. C. C. et al. A Atenção Primária como parte integrante da rede de atendimento as Urgências e Emergências: à luz da literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde, REAS**, v. Sup., n.38, e2881, 2020.

FREUND, T. et al. Primary care practice-based care management for chronically ill patients (PraCMan): study protocol for a cluster randomized controlled trial. **Trials**, Londres, v. 12, p. 163, 2011.

GONÇALVES, F. G. **Internações por doenças do aparelho circulatório sensíveis à atenção primária: tendência das taxas no estado do Paraná.** 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2014.

GONÇALVES, M. R.; HAUSER, L.; PRESTES, I. V.; SCHIMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; HARZHEIM, E. Primary health care quality and hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in the public health system in Porto Alegre, Brazil. **Family Practice**, v.33, n.3, p. 238-42, 2016.

HONE, T.; RASELLA, D.; BARRETO, M. L.; MAJEED, A.; MILLETT, C. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. **PLOS Medicine**, v. 14, n. 5, 2017.

HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D.; HEARST, N.; NEWMAN, T. B. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica.** 3.ed. Porto Alegre: Editora Artmed; 2008.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação.** Rio de Janeiro: IBGE; 2014.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. **Censo demográfico 2010: Características gerais da população religião e pessoas com deficiência.** Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber.** Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda., 1976.

JUNQUIERA, R. M. P. **Descrição das internações por causas sensíveis à Atenção Primária e análise da mortalidade hospitalar em atendimentos do sistema único de saúde no Distrito Federal – 2008.** 2011. Mestrado (Ciências Médicas) - Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília. Brasília, 2011.

HARZHEIM, E.; SANTOS, C. M. J.; D'AVILA, O. P.; WOLLMANN, L.; PINTO, L. F. Bases para a reforma da Atenção Primária à Saúde no Brasil em 2019: mudanças estruturantes após 25 anos do Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.** Rio de Janeiro, 2020 Jan-Dez; 15(42):2354

HOSSAIN, M.; LADITKA, J. N. Using hospitalization for ambulatory care sensitive conditions to measure access to primary health care: an application of spatial structural equation modeling. **International Journal of Health Geographics**, v. 8, n.51, 2009.

KERNKAMP, C. L.; COSTA, C. K. F.; MASSUDA, E. M.; SILVA, E. S.; YAMAGUCHI, M.; BERNUC, M. P. Perfil de morbidade e gastos hospitalares com idosos no Paraná, Brasil, entre 2008 e 2012. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n.7, e00044115, jul. 2016.

LATORRE, M. R. D. O.; CARDOSO, M. R. A. Análise de séries temporais em epidemiologia: uma introdução sobre os aspectos metodológicos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 4, n. 3, p. 145-52, 2001.

LANGE, R. A.; HILLIS, L. D. Chronic stable angina. **American College of Physician Medicine**, p.1-21, 2010. Disponível em: http://www.medicinanet.com.br/conteudos/acp-medicine/5398/angina_estavel_cronica_%E2%80%93_richard_a_lange_%E2%80%93_david_hillis.htm. Acesso em: 05 set. 2020.

LENTSCK, M. H. **Internações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária no estado do Paraná. 2013.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de pós-graduação em Enfermagem, Universidade estadual de Maringá. Maringá, 2013.

LENTSCK, M. H.; LATORRE, M. R. D. O.; MATHIAS, T. A. F. Tendência das internações por doenças cardiovasculares sensíveis à atenção primária. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.18, n. 2, p.372-84, 2015.

LENTSCK, M. H.; SAITO, A. C.; MATHIAS, T. A. F. Tendência de declínio das hospitalizações por doenças cardiovasculares sensíveis à atenção primária. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 2, e03170015, 2017.

LOCH-NECKEL, G. et al. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, supl. 1, p. 1463-1472, 2009.

LORENZ, V. R.; GUIRARDELLO, E. B. The environment of professional practice and Burnout in nurses in primary healthcare. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 6, p. 926-33, 2014.

LUZ, M. T. Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, n.2, p.304-311, 2009.

MACINKO, J.; OLIVEIRA, V. B.; TURCI, M. A.; GUANAIS, F. C.; BONOLO, P. F.; LIMA-COSTA, M. F. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. **American Journal of Public Health**, v. 101, n. 10, p. 1963-70, 2011.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em debate**, v. 42 (spe1), Set 2018.

MALACHIAS, M. V. B.; SOUZA, W. K. S. B.; PLAVNIK, F. L.; RODRIGUES, C. I. S.; BRANDÃO, A. A.; NEVES M. F. T., et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 107, n. 3 Supl.3, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/abc/v107n3s3/pt_0066-782X-abc-107-03-s3-0001.pdf. Acesso em: 28 jun. 2020.

MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA JUNIOR, J. B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento as doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 20, n. 4, p. 425-38, 2011.

MALTA, D. C.; SANTOS, M. A. S.; STOPA, S. R.; VIEIRA, J. E. B.; MELO, E. A.; REIS, A. A. C. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016.

MALTA, D. C. et al. Fatores de risco relacionado à carga global de doença do Brasil e Unidades Federadas, 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.20 SUPPL 1, p. 217-232, 2017.

MALTA, D. C., et al. Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.21, sUppl1, e180021, 2018.

MARTINS, J. A. F.; FRANCO, S. C. Condições cardiológicas sensíveis à atenção primária em serviço terciário de saúde: apenas a ponta do iceberg. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 388-399, jul/set 2013.

MARTINS, G. B; HORA, S. S. Desafios à integralidade da assistência em cuidados paliativos na pediatria oncológica do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 63, n.1, p. 29-37, 2017.

MASSA, K. H.; DUARTE, Y. A. O.; CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P. Análise da prevalência de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos, 2000-2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 105-114, 2019.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. 2ª Edição. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. p.685.

MELLO, J. M; BORGES, P. K. O. B.; MULLER, E. V.; GRDEN, C. R. B.; PINHEIRO, F. K.; BORGES, W. S. Internações por doenças crônicas não transmissíveis do sistema circulatório, sensíveis à atenção primária à saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 1, e3390015, 2017.

MELO, M. D. **Internações por condições sensíveis a atenção primária em Guarulhos: um olhar da enfermagem na saúde coletiva**. 2014. Dissertação (Mestrado em Cuidado em Saúde) – Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

MELO-SILVA, A. M.; MAMBRINI, J. V. M.; SOUZA JR, P. R. B.; ANDRADE, F. B.; LIMA-COSTA, M. F. Hospitalizações entre adultos mais velhos: resultados do ELSI-Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, Supl 2, 3s, 2018.

MENDES, G. S. M.; MORAES, C. F.; GOMES, L. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 32, p. 273-78, 2014.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

NASCIMENTO, B. R. et al. Epidemiologia das Doenças Cardiovasculares em Países de Língua Portuguesa: Dados do "Global Burden of Disease", 1990 a 2016. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 110, n. 6, p.500-511, 2018.

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

NUNES, K. R. **Análise das internações por condições sensíveis à Atenção Primária em hospital de referência regional, SP/BRASIL**. 2015. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu, 2015.

OLIVEIRA, N. A. et al. Mecanismos fisiopatológicos da associação entre depressão e síndrome coronariana aguda. **Revista Debates em Psiquiatria**. Ano 5, n. 4, jul/ago, 2015.

PACHECO, J. A. S. **Adesão medicamentosa e hospitalização por eventos cardiovasculares em hipertensos no Centro-Oeste brasileiro**. 2018. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás Goiânia, 2018.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia de hipertensão arterial**. 2. ed. Curitiba: SESA, 2018.52p.

PEREIRA, M. H. B.; COSTA, A. A. Z.; SOUZA, M. H. N., et al. Estratégia Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro: Avaliação da Cobertura e Internações por Condições Cardiovasculares. **Journal of Research: Fundamental Care Online**, v. 10, n. 3, p. 605-611, jul./set. 2018.

PICON, R. V.; FUCHS, D. D.; MOREIRA, L. B.; RIEGEL, G.; FUCHS, S. Trends in prevalence of hypertension in Brazil: a systematic review with meta-analysis. **PLOS One**, v. 7, n. 10, e48255, 2012.

PINTO JUNIOR, E. P.; AQUINO, R.; MEDINA, M. G.; SILVA, M. G. C. Efeito da Estratégia Saúde da Família nas internações por condições sensíveis à atenção primária em menores de um ano na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, 2018.

PINTO, A. G. AL.; JORGE, M. S. B.; MARINHOLL, M. N. A. S. B.; VIDAL, E. C. F.; AQUINO, P. S.; VIDAL E. C. F. Vivências na Estratégia Saúde da Família: demandas e vulnerabilidades no território. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n.5, p. 970-7, 2017.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903-1913, 2018.

REHEM, T. C. M. S. B.; EGRY, E. Y. Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n. 12, p. 4755-4766, 2011.

REIS, J. G.; HARZHEIM, E.; NACHIF, M. C. A.; FREITAS, J. C.; D'ÁVILA, O.; HAUSER, L.; MARTINS, C.; PEDEBOS, L. A.; PITO, L. F. Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 9, p. 3457-3462, 2019.

RESENDE, A. P. G. L.; BARBIERI, A. R. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde decorrentes das doenças cardiovasculares. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 3, e6570015, 2017.

RIBEIRO, A. G.; COTTA, R. M. M.; RIBEIRO, S. M. R. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 7-17, Jan. 2012.

RIBEIRO, A. L.; DUNCAN, B. B.; BRANT, L. C.; LOTUFO, P. A.; MILL, J. G.; BARRETO, S. M. Cardiovascular health in Brazil: trends and perspectives. **Circulation**, v. 133, n. 4, p. 422-33, 2016.

ROCHA, R.; SOARES, R. R. Evaluating the impact of community-based health interventions: evidence from Brazil's Family Health Program. **Health Economics**, v.19: Suppl., p.126-58, 2010.

ROSANO, A.; LOHA, C. A.; FALVO, R.; VAN DER ZEE, J.; RICCIARDI, W.; GUASTICCHI, G.; BELVISI, A. G. The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. **European Journal of Public Health**, v. 23, n.3, p. 356-60, Jun 2013.

SANTOS, R. R. et al. A influência do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 18, n. 1, p. 130-139, 2016.

SCHERER, M. G. A.; PIRES, D.E. P.; JEAN, R.A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, p. 3203-3212, 2013.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011.

SILVA, M. V. M; OLIVEIRA, V. S.; PINTO, P. M A; RAZIA, P. F. S.; CAIXETA, A. C. L.; AQUINO, E. C.; MORAIS NETO, O. L. Tendências das internações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária à saúde no município de Senador Canedo, Goiás, 2001-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 28, n. 1, e2018110, 2019.

SOÁREZ, P. C.; PADOVAN, J. L.; CICONELLI, R. M. Indicadores de Saúde no Brasil: um processo em construção. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 7, n. 27, p57-64, abr./jun., 2005.

STAMM, C.; STADUTO, J. A. R.; LIMA, J. F.; WADI, Y. M. A população urbana e a difusão das cidades de porte médio no Brasil. **Interações**, Campo Grande, v. 14, n. 2, p. 251-265, jul./dez. 2013.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002.

TORRES, R. L. **Internações por condições sensíveis a atenção primária em Cotia: aspectos organizacionais e sociodemográficos**. 2014. Dissertação (Mestrado em Cuidado em Saúde) - Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

TORRES, R. L.; CIOSAK, S. I. Panorama das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no município de Cotia. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, v. 48, p. 141-148, 2014.

VIGNOCHI, L.; GONÇALO, C. R.; LEZENA, A. G. R. Como os gestores hospitalares utilizam indicadores de desempenho? **Revista de Administração de Empresas**, v. 54, n. 5, p. 496-509, 2014.

WILL, J. C.; YOON, P.W. Preventable Hospitalizations for Hypertension: Establishing a Baseline for Monitoring Racial Differences in Rates. **Preventing Chronic Disease**, v. 10, 120165, 2013.

ANEXO A - PARECER DO CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA E A RELAÇÃO COM A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIOS DE MÉDIO PORTE DO PARANÁ, BRASIL, 2008 a 2017

Pesquisador: RAQUEL HAIDE SANTOS ALDRIGUE GRACZYK

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 03805818.6.0000.0105

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Ponta Grossa

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.067.231

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa:

INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA E A RELAÇÃO COM A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIOS DE MÉDIO PORTE DO PARANÁ, BRASIL, 2008 a 2017. Estudo do tipo ecológico, de série temporal e abordagem quantitativa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Verificar a tendência temporal das internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde nos municípios de médio porte do Estado do

Paraná e a relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família, entre 2008 e 2017.

Objetivo Secundário:

1) Descrever a tendência temporal das internações por condições sensíveis à atenção primária em saúde nos municípios de médio porte do Estado

do Paraná 2) Analisar quais as principais causas de internamento sensíveis à atenção primária à saúde nos municípios de médio porte do Paraná 3)

Analisar as causas das internações sensíveis à atenção primária em saúde nos municípios de médio porte do Paraná por faixa etária e sexo 4)

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748, UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 116-B

Bairro: Uvaranas

CEP: 84.030-900

UF: PR

Município: PONTA GROSSA

Telefone: (41)3220-3108

E-mail: cep@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG



Continuação do Protocolo: 3.067.001

Calcular as proporções de internações sensíveis à atenção primária em saúde em relação ao total das internações 5) Analisar a tendência temporal da cobertura da ESF nos municípios de médio porte do Estado do Paraná 6) Verificar a correlação entre a cobertura da Estratégia de Saúde da Família e as taxas de internações por condições sensíveis em atenção primária à saúde nos municípios de médio porte do Estado do Paraná

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não há riscos na execução do projeto, pois serão utilizados apenas dados secundários.

Benefícios:

Análise que pode embasar alternativas sólidas na busca da melhora dos serviços de saúde por parte dos gestores e de profissionais atuantes, principalmente, na APS. Espera-se que o presente trabalho possa sinalizar à gestão em saúde as fragilidades no atendimento da população, implicando na valorização das ações da APS, comprovando o quanto é essencial para o bom desempenho de toda a rede de atenção à saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A Atenção Primária à Saúde nem sempre é resolútila, o que pode gerar, dentre outras consequências, internações por motivos evitáveis nesse nível de atenção. A utilização do indicador denominado internações por condições sensíveis à atenção primária parte do pressuposto de que a oferta de serviços e ações resolútilas na atenção primária à saúde reduziria as internações hospitalares por grupos de causas específicas. Esse indicador permite avaliar, indiretamente, o acesso e a qualidade dos serviços e ações na atenção primária à saúde, bem como identificar áreas prioritárias na atenção à saúde da população. Poucos estudos foram realizados em municípios do Paraná sobre esse assunto, sendo um importante modo de acompanhar o desempenho do sistema de saúde local. Este estudo objetiva verificar a tendência das internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde nos municípios de médio porte do Estado do Paraná e a relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família entre 2008 e

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748, UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 116-B
Bairro: Uvaranas CEP: 84.030-900
UF: PR Município: PONTA GROSSA
Telefone: (41)3220-3108 E-mail: coep@uepg.br

Continuação do Parecer: 3.067.231

2017. Trata-se de um estudo ecológico de tendência temporal, de abordagem quantitativa, com fonte de dados secundárias, do Sistema de Informações Hospitalares do SUS para as informações sobre os internamentos contidos na Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, do o Sistema de Informação de Atenção Básica para dados sobre a Estratégia Saúde da Família e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para dados sociodemográficos. Os dados serão tabulados e apresentados na forma descritiva e por meio de tabelas. Serão utilizados testes estatísticos específicos para tendência, associações e correlações. Os dados serão processados no banco de dados Excel 2010. A análise estatística será obtida com auxílio do programa Statistical Package for Social Science, versão 15.0. O nível de significância utilizado será de 5%. O projeto será encaminhado para apreciação da Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em anexo e de acordo com as normas 466/2012 e 510/2016.

Recomendações:

Enviar o relatório final ao término do projeto por Notificação via Plataforma Brasil para evitar pendências.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado este projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_1247569.pdf	12/11/2018 21:06:59		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_JCSAP.pdf	12/11/2018 21:04:29	RAQUEL HAIDE SANTOS ALDRIGUE GRACZYK	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	12/11/2018 21:01:55	RAQUEL HAIDE SANTOS ALDRIGUE	Aceito

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 116-B
Bairro: Uvaranas CEP: 84.030-900
UF: PR Município: PONTA GROSSA
Telefone: (41)3233-3108 E-mail: ceop@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG



Continuação do Parecer: 3.067.231

Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	12/11/2018 21:01:55	GRACZYK	Aceito
----------------	--------------------	------------------------	---------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PONTA GROSSA, 08 de Dezembro de 2018

Assinado por:
ULISSES COELHO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaçaras, Bloco M, Sala 115-B
Bairro: Uvaçaras CEP: 84.030-900
UF: PR Município: PONTA GROSSA
Telefone: (42)3235-3108 E-mail: coep@uepg.br