

ESTUDO DAS INTERNAÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA EM DOIS MUNICÍPIOS DE GRANDE PORTE NO BRASIL

Study of the Ambulatory Care sensitive conditions in two large municipalities in Brazil

João José Batista de Campos¹, Aldaisa Cassanho Forster², Renato Carlos Machado³, Janise Barros Braga Ferreira⁴, Fernando Rodrigues Bellíssimo⁵

1. Médico. Docente do Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Londrina (UEL), Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7992-6276>
2. Médica. Docente do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo (USP), Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2720-5802>
3. Médico. Mestre em Ciências pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo (USP), Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8327-539X>
4. Médica. Docente do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo (USP), Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7480-937X>
5. Médico. Docente do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo (USP), Brasil. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3736-7127>

CONTATO: João José Batista de Campos | Av. Rio de Janeiro 1.500 (sala 11) | Centro | Londrina – PR | CEP 86010-150 | Email: jocampos@uel.br

COMO CITAR: Campos JJB, Forster, AC, Machado RC, Ferreira JBB, Bellíssimo FR. Estudo das internações sensíveis à atenção básica em dois municípios de grande porte no Brasil. R. Saúde Públ. Paraná. 2019 Dez.;2(2):49-58.



COPYRIGHT Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

RESUMO O indicador de saúde das condições sensíveis à atenção primária é um instrumento de avaliação importante, podendo indicar indiretamente a falta de atenção básica oportuna e efetiva. O objetivo deste estudo é analisar os coeficientes de internações por condições sensíveis à atenção primária (CSAP) das doenças crônicas não

transmissíveis, em dois municípios de grande porte localizados em regiões brasileiras distintas. Estudo ecológico, que analisou as internações por condições sensíveis à atenção primária das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) segundo sexo, faixa etária, diagnósticos específicos e cobertura populacional por equipes de saúde da família, em Londrina (PR) e Ribeirão Preto (SP), entre 2011 e 2015. A tendência observada das DCNT foi de coeficientes de hipertensão arterial, insuficiência cardíaca e diabetes semelhantes nos dois locais. A gestão, cobertura populacional e processo de trabalho das equipes multiprofissionais são aspectos que podem explicar os coeficientes de internações das DCNT observados nas duas cidades, entre 2011 e 2015.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Hospitalização. Cobertura Efetiva dos Serviços de Saúde. Estratégia de Saúde da Família. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT The health indicator of ambulatory care sensitive conditions is an important assessment tool, and can indirectly indicate the lack of timely and effective primary care. This study aims to analyze the coefficients of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions (ACSC) of chronic noncommunicable diseases in two large municipalities located in different Brazilian regions. This is an ecological study that analyzed hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions due to chronic noncommunicable diseases (NCDs) according to gender, age, specific diagnoses and population coverage by family health teams in the cities of Londrina (state of Paraná) and Ribeirão Preto (São Paulo), between 2011 and 2015. The observed trend of NCDs was similar blood pressure, heart failure and diabetes coefficients in both sites. Management, population coverage, and work process of multiprofessional teams are aspects that can explain the NCDs hospitalization coefficients observed in both cities, between 2011 and 2015.

KEYWORDS: Primary Health Care. Hospitalization. Effective Coverage of Health Services. Family Health Strategy. Unified Health System.

INTRODUÇÃO

O indicador Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) é um instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica, (APS/AB) que pode indicar indiretamente a falta de atenção básica oportuna e efetiva, como também apontar para a gestão da rede de saúde, que define oferta

e utilização das internações hospitalares¹.

No Brasil, a tendência histórica no período de 2001 a 2016 indica redução da taxa padronizada de internações por CSAP (ICSAP), passando de 120 para 66 internações por 10.000 habitantes, o que representa uma redução de 45%; fenômeno também observado na média das capitais, em

24%, e de forma mais importante nos municípios do interior, onde a redução média foi de 49%, evitando-se internações desnecessárias².

As Secretarias Estaduais de Saúde têm procurado estudar o desempenho da atenção básica por meio das taxas de ICSAP, em séries históricas de anos mais recentes, segundo a distribuição por regionais de saúde.

O acompanhamento das taxas de ICSAP por grupos de diagnósticos de acordo com a lista brasileira⁴ tem apontado para melhoria das internações por doenças agudas e aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como causas básicas das internações. Analisar os reflexos das mudanças da transição demográfica e epidemiológica nas taxas gerais da ICSAP e das DCNT, em municípios de grande porte, pode contribuir para entender como a APS tem sido organizada para enfrentar esses desafios no cenário das regiões brasileiras. Uma das características percebida no modelo de implantação da estratégia da Saúde da Família (ESF) é a alta cobertura populacional por equipes de SF nos municípios pequenos e médios, porém é baixa nos municípios de grande porte. Estes se caracterizam como centros médicos de excelência, principalmente nos estados da Região Sul e Sudeste. Nesse sentido, este trabalho selecionou duas cidades, Londrina e Ribeirão Preto, sedes de regionais de saúde, das regiões Sul e Sudeste, respectivamente, por disporem de hospitais universitários e funcionarem como polos de referência médica secundária e terciária para suas regiões.

Este estudo objetiva analisar os coeficientes de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) das doenças crônicas não transmissíveis, em dois municípios de grande porte localizados em regiões brasileiras distintas.

METODOLOGIA

Estudo ecológico, realizado nos municípios de Londrina (Região Sul) e Ribeirão Preto (Região

Sudeste), entre 2011 e 2015. Foi utilizada a lista brasileira de CSAP, das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) - 9. Hipertensão; 10. Angina; 11. Insuficiência cardíaca; 12. Doenças cerebrovasculares e 13. Diabetes mellitus⁴. Os números de internações gerais, números e coeficientes de ICSAP por 10.000 habitantes foram obtidos e calculados com os dados dos Sistemas de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS)⁵ e dos planos municipais^{6,7}. As estimativas populacionais para os municípios foram calculadas anualmente pelo IBGE, sendo utilizada como população-padrão a do censo demográfico do IBGE (2010) por faixa etária^{6,7}.

O cálculo da cobertura populacional, em percentual nos dois municípios, utilizou a fórmula, que tem no numerador o número de equipes de Saúde da Família, do mês de julho (padronização dos autores)⁸, de cada ano do período multiplicado por 3.450 pessoas, e no denominador a população total residente no município em 2010, multiplicado por 100³.

Foi realizada a análise descritiva dos dados através das frequências absolutas e relativas das variáveis e a análise estatística utilizou o coeficiente de correlação de Pearson e sua significância⁹. Neste estudo foi adotado o nível de significância de 5% e o valor de 28% como parâmetro nacional do indicador ICSAP/AB, convencionalmente utilizado como medida indireta da resolutividade da atenção básica³.

Londrina é município sede da 17ª Regional de Saúde (17ª RS) no estado do Paraná, centro de serviços de saúde para a região, que possui rede complexa de serviços próprios e contratados, dispondo de um hospital de alta complexidade, denominado Hospital Universitário - HU, da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA), ligado à Universidade Estadual de Londrina (UEL). Ribeirão Preto é sede do 13º Departamento Regional de Saúde (DRS 13) no estado de São Paulo, e apresenta as características referidas, pois possui hospital de alta complexidade, o Hospital das Clínicas - HC, da SES de SP, ligado à Universidade

de São Paulo (USP) de Ribeirão Preto.

No ano de 2010, residiam em Londrina 506.701 pessoas⁶. A população na faixa etária de 20 a 60 anos ou mais era de 359.761 pessoas, sendo 168.612 (47%) masculina e 191.149 (53%) feminina. Em Ribeirão Preto, residiam 619.746 pessoas⁷. A população na mesma faixa etária era de 450.933, sendo 212.086 (47%) do sexo masculino e 238.847 (53%) do sexo feminino. Os dois municípios têm distribuição similar por gênero nesta faixa etária e, segundo a classificação de tamanho populacional, ambos possuem mais de 100 mil habitantes, portanto caracterizam-se como municípios de grande porte¹⁰.

Os coeficientes de mortalidade geral de Ribeirão Preto e de Londrina, no período de 2008 – 2012, alcançaram 628 e 675 óbitos por 100 mil habitantes, respectivamente. As causas básicas nos dois municípios foram doenças isquêmicas do coração, doenças cerebrovasculares, neoplasias malignas de órgãos digestivos, para a primeira cidade, e doenças do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas, para a segunda^{6,7}.

Os planos municipais consultados fazem menção ao atendimento do Plano Ministerial de Enfrentamento das DCNT de 2011 – 2022^{11,12}, destacando algumas metas, tais como, diminuir ao ano em 2% a taxa de mortalidade prematura (30

– 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas), redução da prevalência do tabagismo e redução do consumo abusivo de bebidas alcoólicas em 10%.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Desde que foi implantada a ESF (1994) como modelo prioritário para desenvolver a APS no Brasil, os municípios de grande porte têm expandido a cobertura populacional pela ESF, lentamente, conforme mostraram os estudos de série temporal¹³⁻¹⁵. Nesses locais, a gestão municipal não tem conseguido reestruturar o modelo tradicional por unidades de saúde da família^{16,18}.

O quadro 1 mostrou duas tendências: a cobertura de Ribeirão Preto com taxas de crescimento de cobertura populacional modestas, ano a ano, atingindo no máximo 22%, acompanhando o ritmo de crescimento da estratégia no estado de São Paulo, que no máximo atingiu 39%. A segunda tendência, mostrada por Londrina, com altas coberturas populacionais por equipes de saúde da família, crescendo anualmente até 65%, enquanto o estado do Paraná cresceu até 67%¹³, respectivamente.

Quadro 1 Número de equipes de Saúde da Família e cobertura populacional proporcional (%), dos residentes em Londrina e Ribeirão Preto, estados de Paraná e São Paulo 2011 – 2015.

ANO	2011	2012	2013	2014	2015
Londrina					
N ^o equipes*	76	73	77	96	90
Cobertura %**	52%	50%	52%	65%	61%
Estado do Paraná					
Cobertura %**	55%	56%	58%	63%	67%
Ribeirão Preto					
N ^o equipes*	24	29	30	31	39
Cobertura %**	13%	16%	17%	17%	22%
Estado de São Paulo					
Cobertura %**	28%	30%	31%	35%	39%

*DAB, histórico cobertura SF, n^o equipes no mês 07 de cada ano de 2011 a 2015⁸.

** Cobertura proporcional (%) com a população total do município do IBGE, 2010.

Em algumas cidades, identificaram-se equipes de agentes comunitários de saúde (EACS), articuladas às unidades básicas de saúde, modelo misto denominado de "unidades parametrizadas". Este modelo foi encontrado em alguns municípios do Paraná e em Ribeirão Preto⁷⁸.

Assim, no estudo, considerando os grupos e diagnósticos da Lista Brasileira⁴, as ICSAB dos residentes das cidades de Londrina e Ribeirão Preto, no período de 2011 a 2015, variaram entre 13 a 17%. As internações sensíveis do grupo das DCNT, no grupo etário estudado (pessoas com 20 anos e mais de idade), atingiram em torno de 50%

ou mais, das ICSAB nas duas cidades (Tabela 1), refletindo que boa parte da demanda da população atendida na atenção hospitalar apresenta uma condição crônica de saúde, com custos para o SUS.

A associação entre as duas variáveis foi analisada através do coeficiente de Pearson. Assim, para o total das duas cidades o coeficiente foi de aproximadamente zero (Coef. = 0,0745). Enquanto para Londrina o coeficiente encontrado foi alto (Coef. = - 0,9114), mostrando associação fortemente negativa (associação inversa entre as duas variáveis), mas para Ribeirão Preto não houve associação (Coef. = 0,4353)⁹.

Tabela 1 Nº e % de Internações gerais, ICSAB e DCNT de pacientes residentes em Londrina e Ribeirão Preto, com 20 anos e mais, 2011-2015.

ANO DE INTERNAÇÃO	TOTAL INTERNAÇÕES	TOTAL ICSAB	ICSAB NTERNAÇÕES %	TOTAL DCNT	DCNT/ICSAB %
Londrina: a correlação de Person - 0,91 (forte e negativa)					
2011	26.884	4.633	17%	2.322	50%
2012	27.116	4.689	17%	2.492	53%
2013	27.191	4.752	17%	2.511	53%
2014	25.584	4.288	16%	2.080	48%
2015	26.541	4.635	17%	2.225	48%
2016	27.986	4.721	17%	2.261	48%
Ribeirão Preto: a correlação de Person 0,43 (moderada e positiva)					
2011	30.198	4.341	14%	2.661	61V%
2012	29.799	4.168	14%	2.405	58%
2013	31.936	4.216	13%	2.410	57%
2014	33.783	4.393	13%	2.528	57%
2015	34.881	5.068	14%	2.785	55%
2016	36.851	5.491	15%	2.816	51%

Fonte: SIH/SUS, Brasil, 2018.

A importância das CSAB e CSDCNT para gerar internações, com repercussão na saúde da população de Londrina e Ribeirão Preto, mostrou-se por meio de elevados coeficientes populacionais no período do estudo (tabela 2).

Analisados os coeficientes de ICSAB e ICSDCNT de Londrina e Ribeirão Preto, o quadro das DCNT mostrou comportamento semelhante, com coeficientes máximos de 70/10.000 habitantes, em Londrina, e 68/10.000 habitantes, em Ribeirão Preto (tabela 2).

Tabela 2 Coeficientes de ICSAP e ICSDCNT (X 10.000 habitantes) em residentes em Londrina e Ribeirão Preto, com 20 anos e mais, 2011-2015.

ANO	LONDRINA		RIBIRÃO PRETO	
	ICSAP	ICSDCNT	ICSAP	ICSDCNT
2011	129	64	107	65
2012	130	69	102	59
2013	132	70	104	59
2014	119	58	108	62
2015	129	62	125	68

Fonte: SIH/SUS, Brasil, 2018.

Quando se detectam números elevados de internações hospitalares evitáveis por DCNT, é provável existirem problemas ligados à rede de serviços de saúde, tais quais: gestão, oferta e dispensação de medicamentos, oferta de recursos diagnósticos, manejo e acompanhamento ambulatorial, sistema de referência e contra-referência, além de baixa adesão dos pacientes aos planos de tratamento¹⁶.

Os dois planos municipais de saúde do período^{6,7} apontaram para situações de saúde similares nos dois municípios estudados, que proporcionaram leitos e outros recursos de saúde de boa qualidade nas regiões. Como Santos et al. comentaram, a população residente de Ribeirão Preto não sente necessidade de recorrer a outros grandes centros para receber assistência médico-hospitalar¹⁶. Outro aspecto que se destacou em Londrina é a menção de um Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema (CISMEPAR), que articula diversos municípios da região. Essa agenda política envolve setores privados da saúde, valoriza determinantes sociais e condicionantes de saúde, destacando ações intersetoriais, sob a coordenação de outros setores⁶.

O estudo mostrou, nos dois locais, letalidade hospitalar que variou entre 4,7 e 7,9%. Em

Londrina, pareceu haver discreta tendência de aumento do número total de ICSAB das DCNT, maior acometimento dos pacientes masculinos (percentuais das ICSAB), com maior taxa de letalidade no período (7,9%), em 2012. Enquanto em Ribeirão Preto, os números de casos distribuíram-se aproximadamente em 50% nos dois sexos, com pouca variabilidade nas internações que resultaram em óbitos, e a letalidade média foi de 6,5% (Tabela 3).

Na Tabela 4, os coeficientes de internações por DCNT apresentaram perfis semelhantes nos dois municípios segundo as faixas etárias, crescendo nas faixas mais avançadas, porém os coeficientes foram mais altos em Londrina comparativamente aos encontrados em Ribeirão Preto, exceto nas faixas etárias de 20 a 39 anos. A tendência em Ribeirão Preto é de constante crescimento dos coeficientes na mesma faixa etária no período.

A implantação e ampliação da estratégia de saúde da família, nas últimas décadas no Brasil, têm se refletido na redução da proporção das internações por causas sensíveis à atenção básica e no número médio de internações por doenças crônicas não transmissíveis, porém a razão de internações sofreu um crescimento, como observado em estudos anteriores realizados no Paraná²⁰.

Tabela 3 Distribuição de internações ICSAB (%), óbitos (%) e letalidade hospitalar de pacientes com DCNT, residentes em Londrina e Ribeirão Preto, com idade maior de 20 anos, segundo sexo, 2011 – 2015.

LONDRINA					
ANO	2011	2012	2013	2014	2015
ICSAB (%)					
Masculino	1.237 (53%)	1.363 (55%)	1.332 (53%)	1.086 (52%)	1.178 (53%)
Feminino	1.085 (47%)	1.129 (45%)	1.179 (47%)	994 (48%)	1.047 (47%)
Óbitos	144	184	161	94	140
Sem óbitos	2.178	2.308	2.350	1.986	2.085
Letalidade hospitalar (/100)	6,6	7,9	6,8	4,7	6,7
Total	2.322	2.492	2.511	2.080	2.225
RIBEIRÃO PRETO					
ANO	2011	2012	2013	2014	2015
ICSAB (%)					
Masculino	1.293 (49%)	1.205 (50%)	1.155 (48%)	1.290 (51%)	1.418 (50,9)
Feminino	1.368 (51%)	1.200 (50%)	1.255 (52%)	1.238 (49%)	1.367 (49%)
Óbitos	165	145	168	169	182
Sem óbitos	2.496	2.260	2.242	2.359	2.603
Letalidade hospitalar (/100)	6,6	6,4	7,5	7,2	7,0
Total	2.661	2.405	2.410	2.528	2.785

Fonte: Elaborado pelos autores (2019)

Tabela 4 Coeficientes de internações por DCNT (X 10 000 habitantes) em residentes em Londrina e Ribeirão Preto, com 20 anos e mais, segundo a faixa etária, 2011-2015.

LONDRINA					
ANO	2011	2012	2013	2014	2015
	Coeficiente DCNT (10 mil hab.)				
20 - 29	3,8	3,2	4,4	3,2	4,4
30 - 39	9,5	11,3	12,3	11,3	12,3
40 - 49	30,1	29,1	34,0	29,1	34,0
50 - 59	83,8	90,6	123,3	90,6	123,3
60 - 69	169,3	198,2	192,9	198,2	192,9
70 e +	321,6	330,7	335,6	330,7	335,6
RIBEIRÃO PRETO					
ANO	2011	2012	2013	2014	2015
	Coeficiente DCNT (10 mil hab.)				
20 - 29	4,7	3,2	4,0	3,4	3,4
30 - 39	9,4	9,3	7,4	9,9	10,7
40 - 49	25,9	23,2	23,9	23,6	27,3
50 - 59	78,3	68,0	66,7	70,9	78,4
60 - 69	162,4	143,5	152,7	163,4	167,4
70 e +	295,9	278,1	272,8	280,0	321,3

Fonte: Elaborado pelos autores (2019)

A análise da Tabela 5 mostrou coeficientes de internações do total dos cinco capítulos semelhantes entre os dois municípios: Londrina com tendência de decréscimo variando de 70 a 58 por 10.000 hab., enquanto Ribeirão Preto, com tendência a crescimento, apresentando valores de 59 a 68 por 10.000 hab.

Quando se examinaram os capítulos das DCNT

na tabela 5, perceberam-se valores semelhantes dos coeficientes de hipertensão arterial, insuficiência cardíaca e diabetes nos dois locais; para angina os coeficientes de Londrina superaram os da população de Ribeirão Preto. A tendência dos coeficientes das doenças cerebrovasculares foi de decréscimo em Londrina, e, em Ribeirão Preto de estabilidade.

Tabela 5 Número e Coeficiente das internações de DCNT (X 10 000 habitantes) segundo capítulos da lista brasileira das CSAP*, em residentes de Londrina e Ribeirão Preto, com 20 anos e mais, 2011 – 2015.

MUNICÍPIOS	LONDRINA					RIBEIRÃO PRETO				
	ANOS	2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014
CAPÍTULOS CSAP	N (Coefic. X10.000 hab.)					N (Coefic. X10.000 hab.)				
9. Hipertensão Arterial	97 (2,7)	136 (3,8)	134 (3,7)	59 (1,6)	62 (1,7)	95 (2,1)	114 (2,5)	109 (2,4)	99 (2,1)	107 (2,3)
10. Angina	619 (17,21)	829 (23,04)	831 (23,10)	833 (23,15)	868 (24,1)	688 (15,2)	666 (14,7)	657 (14,5)	654 (14,5)	769 (17,0)
11. Insuficiência cardíaca	677 (18,8)	608 (16,9)	640 (17,8)	576 (16,0)	651 (18,0)	1002 (22,2)	808 (17,9)	782 (17,3)	916 (20,3)	914 (20,2)
12. Doenças cerebrovasculares	657 (18,2)	696 (19,3)	625 (17,3)	389 (10,8)	473 (13,1)	660 (14,6)	663 (14,7)	671 (14,8)	656 (14,5)	769 (17,0)
13. Diabetes Mellitus	272 (7,5)	223 (6,2)	281 (7,8)	223 (6,2)	171 (4,7)	216 (4,7)	154 (3,4)	191 (4,2)	203 (4,5)	226 (5,0)
Total IDCNT Coefic X 10 000 hab	2322 (64)	2492 (69)	2511 (70)	2080 (58)	2225 (62)	2661 (65)	2405 (59)	2410 (59)	2528 (62)	2785 (68)

* Lista brasileira das Condições Sensíveis a AB, 2008.

Fonte: Elaborado pelos autores (2019)

Esses resultados apontam para a situação complexa do controle das DCNT e para a limitação dos dados secundários, que não permitem aprofundar a análise de como a organização da APS e o aumento da cobertura da SF possam estar interferindo no perfil da distribuição dos diagnósticos principal e secundário das internações. No trabalho das DANT⁶ os autores puderam identificar que ao lado de aumento de 5,9% das internações por todas as causas, a menção de diabetes como diagnóstico aumentou de 32,9%, embora as internações com diagnóstico principal

por diabetes diminuíram de 17,7% e aumentaram em 52,9%, enquanto diagnóstico associado. Esse achado apontou para a redução do diabetes como diagnóstico principal, provavelmente pela melhoria da assistência ambulatorial para os portadores dessa doença, e o aumento da citação do diabetes se deve ao aumento da prevalência e principalmente da sobrevivência desses pacientes, que passaram a apresentar complicações crônicas do diabetes¹⁶.

Sobre o papel da APS na abordagem das DCNT, Franco²¹ afirmou que "a maior parte das evidências sobre a efetividade da atenção

primária parece estar na área da prevenção secundária através da gestão de fatores de risco e da coordenação dos cuidados e do tratamento medicamentoso." A APS também se mostra efetiva na prevenção primária, atuando sobre fatores de risco da hipertensão arterial e diabetes, através de ações das equipes multiprofissionais de SF, atuando sobre o rastreamento do tabagismo e uso abusivo de álcool nos atendimentos individuais, salas de espera e visitas, realizando ações coletivas de combate aos fatores de risco, incentivo à atividade física, e estímulo à alimentação saudável, entre outras

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O método do trabalho focando as DCNT no contexto da APS, usando o indicador das ICSAP e a lista brasileira mostrou-se viável.

A investigação focando dois municípios de grande porte, pertencentes a regiões brasileiras e gestões estaduais diferentes, foi desafiador, porém os resultados obtidos foram satisfatórios.

Um dos limites da pesquisa foi trabalhar com a cobertura populacional por equipes de SF, pois aborda a oferta de APS, porém necessita do cenário do processo de trabalho em equipes multiprofissionais. O processo das equipes de SF é constituído por ações de promoção da saúde, prevenção primária e implementação dos protocolos clínicos, etc., ações imprescindíveis nos cuidados dos portadores das DCNT.

Sugerem-se outras pesquisas que possam aprofundar a análise da assistência aos portadores de DCNT.

Para Londrina o coeficiente de Pearson foi alto, igual a -0,9114, mostrando associação fortemente negativa entre as duas variáveis (proporção de ICSAP e proporção de cobertura populacional por equipes de SF), mas para Ribeirão Preto não houve associação.

Os ICSAP de Londrina foram aproximadamente iguais a 17% e de Ribeirão Preto, aproximadamente 14%, portanto inferiores ao parâmetro nacional de 28%, cumprindo a meta do indicador.^{3,19}

Os coeficientes de internações do total dos cinco capítulos foram semelhantes entre os dois municípios: Londrina decresceu de 70 a 58 por 10.000 hab., enquanto Ribeirão Preto cresceu de 59 a 68 por 10.000 hab.

Os coeficientes de hipertensão arterial, insuficiência cardíaca e diabetes foram semelhantes nos dois locais; os coeficientes de angina em Londrina superaram os da população de Ribeirão Preto. A tendência dos coeficientes das doenças cerebrovasculares foi de decréscimo em Londrina, e de estabilidade em Ribeirão Preto.

A gestão, cobertura populacional e processo de trabalho das equipes multiprofissionais são aspectos que podem explicar os coeficientes de internações das DCNT observados nas duas cidades, entre 2011 e 2015.

REFERÊNCIAS

1. Billings J, Zeitel L, Lukomnik J, Carey TS, Blank AE, Newman L. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. *Health Aff (Millwood)*. 1993;12(1):162-73.
2. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciêns Saúde Colet*. 2018 Jun;23(6):1903-14.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Índice de desempenho do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [citado em 2019 Out 8]. Disponível em: <http://idsus.saude.gov.br>.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008 Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. [Internet]. Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde. 2008 [citado em 2019 Out 8]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html.
5. Brasil, Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS (SIH-SUS). Sistema de Informações Hospitalares [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [citado em 2019 Out 8]. Disponível: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/poppr.def>.
6. Londrina. Secretaria Municipal de Saúde; Conselho Municipal de Saúde. Plano municipal de saúde: 2014 – 2017. Londrina: Prefeitura

do Município de Londrina: 2013. 221 p.

7. Ribeirão Preto. Secretaria Municipal da Saúde. Plano municipal de saúde: 2014 – 2017 Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto: 2013. 95 p.

8. Brasil, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica (DAB). Histórico cobertura SF-[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [citado em 2019 Out 8]. Disponível: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php/cnv.

9. Martinez EZ. Bioestatística para os cursos de graduação da área da saúde. São Paulo: Blucher, 2015. 345 p.

10. Calvo MCM et al. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2016[citado em 2019 Out 8];25(4):767-76. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000400767&lng=en.

11. 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; 2011. 160 p.

12. *Boletim saúde & gestão*. Ribeirão Preto: Centro de Informação e Informática em Saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP. Vol. 2, n. 1, Jan. 2019.

13. Gonçalves FG. Internações por doenças do aparelho circulatório sensíveis à atenção primária: tendência das taxas no estado do Paraná [dissertação na internet]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2014 [citado em 2019 Out 8]. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.uel.br/document/?code=vtls000192535>.

14. Neves RG et al. Tendência temporal da cobertura da Estratégia da Saúde da Família no Brasil, regiões e unidades da federação, 2006 – 2016. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018;27(3):2017-170.

15. Pinto ECP, Sirtoli R, Silva LL, Menolli PVS. A Estratégia de Saúde da Família e as internações por condições sensíveis à atenção primária no Paraná: série temporal, 2007-2016. *R. Saúde Públ. Paraná*. 2018;1(2):35-47.

16. Universidade de São Paulo. Doenças e agravos não transmissíveis – DANT Ribeirão Preto-SP e Região. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2010. 262 p.

17. Alfradique ME, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde. (ICSAP – Brasil). *Cad. Saúde Pública*. 2009 Jun;25(6):1337-49.

18. Previato GF, Nogueira IS, Acorsi CRL, Baldissera VDA, Mathias TAF. Diminuição de internações por condições sensíveis à Atenção Primária em idosos no estado do Paraná. *Espaç saúde*. 2017;18(2):15-24.

19. Campos JJB, Forster AC, Freire Filho JR. Lições aprendidas na comparação dos sistemas de saúde brasileiro e espanhol. *Espaç para a saúde*. 2016;17(1):121-29.

20. Mello JM, Borges PKO, Muller EV, Grden CRB, Pinheiro FK, Borges WS. Internações por doenças crônicas não transmissíveis do sistema circulatório, sensíveis à atenção primária à saúde. *Texto & contexto enferm* [Internet]. 2017 [citado em 2019 Out 8];26(1): e3390015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000100314&lng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017003390015>.

21. Franco JL. O papel da atenção primária à saúde na abordagem das Doenças Crônicas não Transmissíveis – DCNT. *Boletim saúde & gestão*. 2019;2(1):2.

22. Ferreira JBB, Borges MJG, Santos LL, Forster AC. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2014 [citado em 2019 Out 8];23(1):45-56. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000100005&lng=en.

RECEBIDO: 30/08/2019

ACEITO: 09/10/2019