UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MARIANNA FERREIRA

A hipertensão arterial como Condição Sensível à Atenção Primária:
possibilidade de avaliação e planejamento em saúde

Ribeirão Preto

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ferreira, Marianna

A hipertensão arterial como Condição Sensível à Atenção Primária: possibilidade de avaliação e planejamento em saúde. Ribeirão Preto, 2014.

104 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.
Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.

Orientador: Silvana Martins Mishima

1. Atenção Primária à Saúde, 2. Utilização, 3. Hospitalização, 4. Avaliação de Serviços de Saúde, 5. Enfermagem em Saúde Comunitária.

FERREIRA, Marianna

A hipertensão arterial como Condição Sensível à Atenção Primária: possibilidade de avaliação e planejamento em saúde

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de
Pós-Graduação Enfermagem Saúde Pública.

Aprovado em: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Aos meus pais, Marcos e Marilei, e ao meu irmão, Vinicius, motivo de viver e minha força para buscar novos sonhos.

Aos trabalhadores de saúde que acreditam no uso de indicadores como uma ferramenta de planejamento e organização para melhorar e ampliar as ações de saúde exercidas, buscando atendimento efetivo e humanizado para a população.

AGRADECIMENTOS

A Deus por permitir a vida e iluminar cada passo dado;

Aos meus pais, que me ensinaram buscar com dignidade e perseverança minhas conquistas. Para vocês que estão sempre ao meu lado com amor, carinho e devoção, independente, da distância física que nos separa. Muitas vezes, esconderam as próprias lágrimas para me darem força para prosseguir. Os melhores pais que Deus reservou a mim e ao meu irmão, eles fazem dos nossos sonhos os sonhos próprios. Obrigada por tudo! Amo vocês!

Ao meu irmão, Vinicius, que assim como meus pais, sempre acreditou em mim, incentivando e zelando pelo meu bem; amor e união incomparável. À Letícia, quem me ensinou a vida “fora de casa”, sempre me ajudando nas horas mais difíceis;

À “Vó Laura” quem me mostra os melhores caminhos a serem seguidos, sempre traçados por meio do amor e da sabedoria adquirida com sua experiência. À “Vó Maria”, que mesmo sem compreender quantos anos se passaram, sorri com olhos de carinho ao perceber as nossas conquistas. Representados aqui pelos nomes das minhas avós, gostaria de agradecer a torcida e confiança de tios e primos queridos que ficaram ao meu lado;

À Silvana, por acreditar em meu potencial e pelo acolhimento ainda no início da minha graduação. Muito mais que uma orientadora, alguém que é exemplo de vida, perseverança e dignidade. Partilhando dos meus risos e lágrimas, com palavras de amizade e afeto contribui com minha formação pessoal e profissional. Obrigada por compartilhar seu conhecimento com tanta dedicação, respeito e carinho, vivenciando meus desafios e conquistas todos esses anos. Ao Célio, seu esposo, pela escuta, torcida e boas conversas durante o “caminho de casa”, muito obrigada!

Às amigas de graduação, Ana Laura, Carol, Fran, Hellen, Jana, Lara, Letícia, Monique e Tati, que me incentivaram a seguir a carreira acadêmica, partilhando a angústia dos relatórios finais e do processo seletivo. Para vocês que me deram a notícia da aprovação no mestrado, deixo registrada minha gratidão. Desculpem-me pela ausência e pelas possíveis

falhas dos anos que se passaram. E mesmo ganhando novos caminhos, saibam que estarão sempre guardadas com muito carinho;

Às meninas do laboratório, Carol, Vanessa, Adriana, Nunila, Lauren, Márcia e Cris que me acolheram logo no primeiro ano de graduação; dividiram experiências e também os horários na agenda da Silvana, mas principalmente, as risadas, o conhecimento e o carinho de vocês. Ah, que saudade da época que ficávamos todas no laboratório, dos congressos e reuniões em grupo;

À minha amiga Juliana, pela amizade que chegou de mansinho e foi se consolidando cada vez mais, principalmente, por sua cumplicidade. Como é bom saber que está sempre ao meu lado, e que mesmo com quilômetros nos separando, estamos ligadas com o sentimento de bem-querer. Ao Moises e a linda bebezinha que está por vir;

À Anna, amiga de pós-graduação pra vida inteira, exemplo de garra, disciplina e determinação. A você minha amiga, obrigada por partilhar de uma das fases mais intensas da minha vida e por me apoiar nas minhas escolhas;

Às pessoas especiais que conheci ao longo da vida: Maria Amélia, Stéfani, Isa, Fran e Jael pelos mil incentivos, pelas risadas, pelas horas de distração e desabafo, sem falar do carinho e do colo dispensado;

A todos integrantes do grupo NUPESCO pela possibilidade de intercambio de conhecimento;

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto pela minha formação como Enfermeira; destacando a figura de docentes, a mim, muito especiais: Silvia, Cinira e Zezé, que assim como Silvana, são parte inerente do meu processo de formação. Pessoas que me ensinaram a importância do cuidado humanizado, de exercer o difícil hábito da escuta qualificada e de buscar por ações de saúde mais dignas. Serei eternamente grata pelo processo formador empenhado;

À Adelmana, Elaine, Rosane e Shirley pela paciência e orientações;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, por financiar parte desta pesquisa e propiciar experiência de intercambio internacional;

Ao CPDH pela confiabilidade dos dados para a execução do presente estudo;

Ao Prof. Amaury Lelis Dal Fabbro e a Prof^a. Silvia Matumoto, por aceitarem participar da banca do exame de qualificação, fazendo considerações de extrema importância e relevância para a versão final deste estudo;

À Equipe de Transplante de Medula Óssea, que me recepcionou de braços abertos, dispostos a ensinar uma área, antes, tão desconhecida por mim. Em nome das enfermeiras, Carol, Munira, Jana, Camila, Vivi, Aline e Sônia, agradeço a todos por me fazerem acreditar no transplante. Obrigado por participarem da minha formação e do meu crescimento profissional.

E a tantos outros que a memória resgata, porém as linhas não me permitem... Àqueles que se fizeram amigos, às amizades que se fortaleceram e àqueles que se foram. A todos que de alguma forma participaram deste processo, me ajudando, partilhando e ensinando, nem sempre por meio de caminhos doces e leves, mas todos produtivos. A todos vocês meu imenso obrigado, vocês foram fundamentais para minha formação e amadurecimento.

“Curiosidade é uma coceira que dá dentro da cabeça, no lugar onde moram os pensamentos. A curiosidade aparece quando os olhos começam a fazer perguntas [...].”

(Rubem Alves – Pinóquio às avessas)

Desejo que nossos olhos sempre nos façam perguntas...

RESUMO

FERREIRA, M. A hipertensão arterial como Condição Sensível à Atenção Primária: possibilidade de avaliação e planejamento em saúde. 2014, 104 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Da necessidade de instrumentos de avaliação do impacto da Atenção Primária à Saúde na população, emerge a utilização do indicador indireto de efetividade Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Parte-se do pressuposto de que resolubilidade de ações desenvolvidas à nível primário de atenção refletem na redução das internações por grupos de causas específicas definidas, no Brasil, através da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. A hipertensão arterial sistêmica, por ser uma condição crônica de alta carga social e fator de risco para as doenças cardiovasculares é considerada uma condição sensível. Objetivou-se analisar a ocorrência de internações por hipertensão categorizada no Grupo 9 da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, nos residentes de Ribeirão Preto, para o período de 2000 a 2008, segundo as variáveis sexo, faixa etária, tipo de internação e condição de saída. Estudo descritivo, retrospectivo que teve como base a distribuição da ocorrência das internações por hipertensão de modo proporcional à população, utilizando-se de dados secundários, com aprovação prévia em Comitê de Ética local. Os resultados evidenciaram que as internações por hipertensão, no período analisado, sofreram variações, porém se comparados os anos de 2000 e 2008, o número de internações manteve-se estável e que as internações por condições mais simples do ponto de vista clínico sofreram redução e as mais complexas sofreram acréscimo. Há predomínio de registros de internações de responsabilidade do Sistema Único de Saúde, mulheres, pessoas acima de 50 anos e alta como condição de saída. Os dados descritos favorecem a possibilidade de planejamento das ações de saúde com dimensão para novas estratégias de promoção de saúde e de prevenção de agravos em nível primário de atenção, podendo, por meio de hipóteses descritivas, ampliar as possibilidades de manejo de doenças crônicas como a hipertensão.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Utilização; Hospitalização; Avaliação de Serviços de Saúde; Enfermagem em Saúde Comunitária.

ABSTRACT

FERREIRA, M. Hypertension as the Primary Care Sensitive Condition: possibility of assessment and health planning. 2014. 104 p. Master's Thesis – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2014.

The need for tools to assess of the impact of Primary Health Care in the population emerges the use of indirect indicator of effectiveness Hospitalizations by Primary Care Sensitive Conditions. Start with the assumption that solving actions developed to primary care level reflect in reducing hospitalizations for groups of specific causes set in Brazil, through the Brazilian List Hospitalizations by Primary Care Sensitive Conditions. Hypertension, being a chronic condition of high social burden and risk factor for cardiovascular disease is considered a sensitive condition. This study aimed to analyze the occurrence of hospitalizations for hypertension categorized in Group 9 of the Brazilian List Hospitalizations Primary Care Sensitive Conditions, in residents of Ribeirão Preto, during the period 2000 to 2008, according to variables sex, age, type of hospitalization and exit condition. Descriptive, retrospective study was based on the distribution of the occurrence of hospitalizations for hypertension in proportion mode to the population, using secondary data, previously approved by the local Ethics Committee. The results showed that hospitalizations for hypertension, in the analyzed period, have varied, but if compared the years 2000 and 2008, the number of hospitalization remained stable and that hospitalizations for simpler conditions of a clinical standpoint were reduced and the most complex suffered augmentation. There is a predominance of records of hospitalizations of responsibility of the Health System, women, people over 50 years and discharged output condition. The data presented favor the possibility of planning of health actions with dimension for new strategies to health promotion and disease prevention of injuries in primary care level, may, through descriptive hypotheses, enhancing the possibilities for management of chronic diseases as hypertension.

Keywords: Primary Health Care; Utilization; Hospitalization; Health Services Evaluations; Community Health Nursing.

RESUMEN

FERREIRA, M. La hipertensión como Condición Sensible a la Atención Primaria: posibilidad de evaluación y planificación en salud. 2014. 104 p. Disertación (Maestría) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

De la necesidad de herramientas para evaluar el impacto de la Atención Primaria de Salud en la población, surge la utilización del indicador indirecto de efectividad Internaciones por Condiciones Sensibles a la Atención Primaria. Se parte del presupuesto de que la resolubilidad de acciones desarrolladas en el nivel primario refleja en la reducción de las hospitalizaciones por grupos de causas específicas definidas, en Brasil, a través de Lista Brasileña de Internaciones por Condiciones Sensibles a Atención Primaria. La hipertensión, siendo una enfermedad crónica de alta carga social y factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares es considerada una condición sensible. Este estudio tuvo como objetivo analizar la ocurrencia de hospitalizaciones por hipertensión clasificadas en el Grupo 9 de la Lista Brasileña de Internaciones por Condiciones Sensibles a la Atención Primaria, en residentes de Ribeirão Preto, para el período 2000 a 2008, según las variables sexo, edad, tipo de hospitalización y condición de salida. Estudio descriptivo, retrospectivo que tuvo como base la distribución de la ocurrencia de las hospitalizaciones por hipertensión de modo proporcional a la población, se utilizando datos secundarios, con aprobación previa del Comité de Ética local. Los resultados evidenciaron que las hospitalizaciones por hipertensión, en el período analizado, han variado, pero se comparados a los años 2000 y 2008, el número de hospitalizaciones se mantuvieron estables y que las hospitalizaciones por condiciones más simples del punto de vista clínico sufrieron reducción y las más complejas aumento. Hay predominio de registros de hospitalizaciones de responsabilidad del Sistema de Salud, mujeres, personas mayores de 50 años y alta como condición de salida. Los datos presentados favorecen la posibilidad de planeamiento de las acciones de salud con dimensión para nuevas estrategias de promoción de salud y de prevención de daños en el ámbito de la atención primaria, pudiendo, a través de hipótesis descriptivas, ampliar las posibilidades de manejo de enfermedades crónicas, como la hipertensión.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Utilización; Hospitalización; Evaluación de Servicios de Salud; Enfermería en Salud Comunitaria.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Divisão municipal dos Distritos de Saúde de Ribeirão Preto.....	37
Quadro 1 – Serviços de saúde da rede de atenção básica de Ribeirão Preto por Distrito de Saúde.....	38

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição das proporções dos registros das internações ocorridas em Ribeirão Preto no período de 2000 a 2008 por 100 mil habitantes. Ribeirão Preto, 2014	47
Gráfico 2 – Distribuição numérica das internações categorizadas no Grupo 9 – <i>Hipertensão</i> de pessoas residentes em Ribeirão Preto, ocorridas no período de 2000 a 2008, segundo subgrupo e ano de ocorrência. Ribeirão Preto, SP	52
Gráfico 3 – Distribuição das proporções das internações ocorridas em Ribeirão Preto no período de 2000 a 2008 por 100 mil habitantes, segundo sexo e ano de ocorrência. Ribeirão Preto, 2014.....	55
Gráfico 4 – Distribuição percentual das internações ocorridas em Ribeirão Preto no período de 2000 a 2008, segundo subgrupo, sexo e ano de ocorrência. Ribeirão Preto, 2014	56
Gráfico 5 – Distribuição dos valores proporcionais das internações categorizadas no Grupo – 9 <i>Hipertensão</i> de pessoas residentes em Ribeirão Preto ocorridas no período de 2000 a 2008 segundo faixa etária e ano de ocorrência para cada 100 mil habitantes. Ribeirão Preto, 2014	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição de frequência e variação percentual dos registros das internações dos residentes de Ribeirão Preto, ocorridas no período de 2000 a 2008, segundo tipo de internação e ano de ocorrência, Ribeirão Preto, SP.....	46
Tabela 2 – Distribuição de frequência dos registros das internações dos residentes de Ribeirão Preto, ocorridas no período de 2000 a 2008, segundo tipo e natureza das internações, Ribeirão Preto, SP	48
Tabela 3 – Distribuição numérica e percentual dos registros das internações categorizadas no Grupo – 9 <i>Hipertensão</i> de pessoas residentes em Ribeirão Preto, ocorridas no período de 2000 a 2008, segundo tipo de internação e ano de ocorrência. Ribeirão Preto, SP.....	49
Tabela 4 – Distribuição numérica e percentual das internações categorizadas no Grupo – 9 <i>Hipertensão</i> de pessoas residentes em Ribeirão Preto ocorridas no período de 2000 a 2008 segundo subgrupo e ano de ocorrência. Ribeirão Preto, SP.....	51
Tabela 5 – Distribuição numérica e percentual das internações categorizadas no Grupo – 9 <i>Hipertensão</i> de pessoas residentes em Ribeirão Preto ocorridas no período de 2000 a 2008 segundo sexo e ano de ocorrência. Ribeirão Preto, SP	54
Tabela 6 – Distribuição numérica e percentual das internações categorizadas no Grupo – 9 <i>Hipertensão</i> de pessoas residentes em Ribeirão Preto ocorridas no período de 2000 a 2008 segundo subgrupo, sexo e ano de ocorrência. Ribeirão Preto, SP	57
Tabela 7 – Distribuição numérica das internações categorizadas no Grupo – 9 <i>Hipertensão</i> de pessoas residentes em Ribeirão Preto ocorridas no período de 2000 a 2008 segundo faixa etária e ano de ocorrência. Ribeirão Preto, SP	59
Tabela 8 – Distribuição numérica e percentual das internações categorizadas no Grupo – 9 <i>Hipertensão</i> de pessoas residentes em Ribeirão Preto ocorridas no período de 2000 a 2008 segundo condição de saída e ano de ocorrência. Ribeirão Preto, SP	66

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CID-10	Décima Revisão da Classificação Internacional das Doenças
CPDH	Centro de Processamento de Dados Hospitalares
CSAP	Condições Sensíveis à Atenção Primária
CSE	Centro Saúde Escola
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DMS-FMRP-USP	Departamento de medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
DRS	Departamento Regional de Saúde
DRS-XIII	Departamento Regional de Saúde XIII
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FAH	Folha de Alta Hospitalar
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
NSF	Núcleo de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
SES-SP	Secretária de Estado da Saúde de São Paulo
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SUS	Sistema Único de Saúde
UBDS	Unidade Básica e Distrital de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

USF

Unidade Saúde da Família

VIGITEL

Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas
por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	18
1. INTRODUÇÃO	20
1.1 Uma breve contextualização	20
1.2 O que são Condições Sensíveis à Atenção Primária?	23
1.3 A hipertensão arterial como uma Condição Sensível à Atenção Primária	27
1.4 Hipertensão Arterial: condição crônica sensível de alta carga social	30
1.5 Hipertensão Arterial e Condições Sensíveis à Atenção Primária: uma possibilidade de intervenção	32
2. OBJETIVOS	35
2.1. Objetivo geral	35
2.2. Objetivos específicos.....	35
3. MATERIAL E MÉTODO	36
3.1. Tipo de estudo	36
3.2. O campo de estudo	36
3.3. Fonte de dados.....	39
3.4. Análise dos dados.....	41
3.5. Desafios e limitações do estudo	43
3.6. Aspectos éticos	44
4. RESULTADOS.....	45
5. DISCUSSÃO	67
5.1. Internações evitáveis: uma abordagem sobre as internações por hipertensão	74
6. CONCLUSÕES	84
REFERÊNCIAS.....	87

ANEXOS.....	97
ANEXO A: LISTA BRASILEIRA DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	97
ANEXO B: FOLHA DE ALTA HOSPITALAR	100
ANEXO C: AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	101
ANEXO D: AUTORIZAÇÃO DE ACESSO AOS DADOS HOSPITALARES	103
ANEXO E: TERMO DE RESPONSABILIDADE À UTILIZAÇÃO DOS DADOS	104

APRESENTAÇÃO

Esta investigação é fruto de indagações que surgiram com o desenrolar de pesquisas¹ realizadas anteriormente, as quais apresentavam como tema central as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) e o seu comportamento no município de Ribeirão Preto – São Paulo. Ao analisar a ocorrência de ICSAP neste município para os anos de 2000 a 2007, nota-se que há decréscimo de 9,6% do número de internações hospitalares para os residentes de Ribeirão Preto, fato este que pode estar associado à implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e reestruturação dos serviços da rede de Atenção Primária à Saúde (APS) no município. Embora tenha ocorrido decréscimo no total de ICSAP, grupos importantes de agravos em que se tem intervenções propostas no primeiro nível de atenção, e consequentemente, ligados diretamente a ações de produção de cuidado em saúde pela equipe de enfermagem, apresentaram importantes acréscimos (FERREIRA; DIAS; MISHIMA, 2012).

Diante do período de mudanças e transformações no sistema de saúde brasileiro, incentivo mundial para fortalecimento dos serviços de APS, transição demográfica e consequente mudança do perfil epidemiológico com aumento das condições crônicas de saúde, dificuldade com o manejo de tais condições, publicações incipientes na área de ICSAP de abordagem nacional que favorecessem seu uso como indicador indireto de efetividade, principalmente, com possível utilização e avaliação em nível local, foram algumas das motivações que nos levou à elaboração do presente estudo.

Assim, esta investigação parte da seguinte questão norteadora: “A implementação de estratégias de reorganização dos serviços de saúde com foco na APS, alterou o perfil das ICSAP, principalmente por hipertensão, agravo crônico, alvo de ações do nível primário de atenção?”.

Considerando a pergunta posta, é importante estabelecer ao menos uma linha de base para o acompanhamento das ICSAP, a fim de permitir estudos posteriores que favoreçam aprofundamento da análise em territórios específicos.

Para tanto, a configuração final desta investigação está organizada em seis grandes capítulos, sendo eles: Introdução, Objetivos, Material e Método, Resultados, Discussão e Conclusões. Na **Introdução** há, em sua parte inicial, breve contextualização teórica sobre

¹Projetos de pesquisa de Iniciação Científica, intitulados: Condições Sensíveis à Atenção Primária de Saúde: instrumento para a intervenção de saúde e de enfermagem na atenção à Saúde da Família e Perfil das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária: 2000 a 2007, ambos foram realizados pela autora e colaboradores nos anos de 2010 e 2011.

ICSAP, seu uso como indicador de acesso e, posteriormente, como indicador indireto de efetividade em seu processo histórico de conformação. Em seguida, abordamos a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), como condição crônica de grande magnitude mundial e como uma condição sensível, finalizando com a possibilidade do uso das internações por *Hipertensão*² como possibilidade de avaliação e intervenção para a saúde, em especial, para profissionais que atuam em serviços de APS.

No capítulo **Objetivos** estão explicitados os objetivos geral e específico, favorecendo consulta de fácil acesso ao leitor, trazendo o anseio principal da presente investigação. Em **Material e Método** tem-se a descrição do tipo de estudo, assim como a descrição do campo de estudo, fonte e análise dos dados, que se dão através técnicas simples do ponto de vista estatístico e epidemiológico a fim de favorecer o uso local deste indicador, sendo também apontados os limites e desafio assim como os aspectos éticos considerados para o desenvolvimento da pesquisa.

No capítulo denominado **Resultados** são apresentados os resultados encontrados a partir da análise dos dados, sendo abordados principalmente, aqueles que satisfazem os interesses dos objetivos propostos. Na **Discussão**, a análise dos dados encontra-se apresentada com tentativa de contextualiza-los a partir da realidade nacional e local, entrelaçando-os com a conformação da rede de serviços de saúde, perfil epidemiológico atual, com a emersão das condições crônicas e com a prática profissional, a fim de levantar hipóteses que possam basear novas perspectivas de planejamento do cuidado e, ações e políticas de saúde.

No último capítulo, denominado **Conclusões**, está a síntese dos resultados destacando as hipóteses levantadas a partir da análise dos dados apresentados, e as indicações que são apontadas a fim de favorecer uma ferramenta de avaliação das práticas de saúde para o nível local, por meio de técnicas simples de análises que possam inferir em melhores ações de cuidado e favorecer o uso do indicador ICSAP, como uma ferramenta aplicável a prática profissional, principalmente, no contexto da ESF.

² O termo em itálico usado na presente investigação faz referência ao Grupo 9 da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis denominado Hipertensão (Anexo A).

1. INTRODUÇÃO

1.1. Uma breve contextualização

Do momento de mudanças de paradigmas e busca por melhores serviços e sistemas de saúde, tanto em contexto internacional quanto nacional, se faz presente estratégias de reorganização, muitas delas pautadas nos eixos da APS. Assim, no Brasil, nas últimas décadas vivenciamos um período de adaptações e transformações no Sistema Único de Saúde (SUS), havendo grande aposta na ESF e na revalorização da Atenção Básica³ como ponto chave para o desenvolvimento de ações preventivas, principalmente de agravos crônicos e, como efetivo meio de promoção, recuperação e manutenção da saúde que visa à integralidade da atenção.

Notam-se esforços para o fortalecimento de redes de atenção à saúde que possibilitem melhores resultados por meio de indicadores de saúde da população. Desta forma, a reorganização de programas e ações de saúde, por parte do Estado, busca garantir e consolidar o direito à saúde como direito social, respondendo assim às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2007; MENDES, 2012).

O fortalecimento da APS no Brasil tem sido um processo gradativo, com aumento de cobertura das equipes de Saúde da Família em todas as regiões do país. Destacam-se significativos esforços, nacionais e mundiais, para a efetivação da principal proposta de modelo assistencial da Organização Mundial da Saúde (OMS), ou seja, modelos de atenção pautados na lógica da APS, os quais visam melhoria dos indicadores de saúde, redução dos índices de morbi-mortalidade, buscando um consumo racional da tecnologia biomédica, para maior eficiência ao gasto no setor (STARFIELD, 2002; OPAS, 2007).

Em contrapartida ao movimento de adaptações e reestruturações no setor saúde cresce a necessidade de avaliação e monitoramento dos programas e ações adotadas como elementos estratégicos (PAULA, 2011), uma vez que é evidente o desafio de monitoramento das ações desenvolvidas a fim de identificar as fortalezas a serem mantidas e as fragilidades a serem readequadas, construindo formas mais efetivas de intervenção de acordo com a realidade

³ Termo brasileiro que faz referência à Atenção Primária à Saúde, denominado assim para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde (MENDES, 2002).

encontrada, além de favorecer a implantação novas políticas de saúde. WORTHEN; SANDER; FITZPATRIK (2004, p. 35) afirmam que:

[...] a avaliação serve para identificar pontos fortes e fracos, destacar o que é bom e expor limitações. Entretanto, o processo avaliativo por si só não é capaz de corrigir as fragilidades identificadas, sendo necessários esforços dos órgãos gestores e demais contribuidores para possível utilização das conclusões avaliativas como ferramenta de auxílio no processo de implementação e melhoria de ações e programas propostos.

O uso de instrumentos de avaliação da atenção oferecida permite identificar e caracterizar ações e avaliar a assistência prestada de modo a evidenciar se os objetivos propostos estão sendo ou não alcançados, favorecendo um processo de constante transformação e de aprimoramento. Ressalta-se aqui o processo avaliativo como ferramenta para a implementação das ações proposta a partir da utilização das conclusões avaliativas.

Do contexto de necessidade de instrumentos e estudos de avaliação do impacto da APS sobre a população, emerge a utilização do indicador indireto de efetividade, ICSAP, partindo do pressuposto de que a resolubilidade da APS reflete na redução das internações hospitalares por um grupo de causas específicas (NEDEL et al., 2008; CAMINAL HOMAR; CASANOVA, 2003).

Neste sentido, Dias-da-Costa et al. (2008) afirmam que em sistemas de serviços de saúde planejados para atingirem sua plena efetividade, a ocorrência por estes tipos de internações alcançam percentuais mínimos, uma vez que os cuidados prestados em nível primário de atenção são apropriados sob o aspecto clínico, o que favorece a redução de riscos de hospitalizações, seja por prevenir o início da doença ou condição, ou por manejar agravos crônicos, sendo esses atualmente caracterizados como desafio à Saúde Pública mundial.

As condições de saúde podem ser definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistentes e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínuas e fragmentadas ou integradas, dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias. A categoria condição de saúde é fundamental na atenção à saúde porque só se agrega valor para as pessoas nos sistemas de atenção à saúde quando se enfrenta uma condição de saúde por meio de um ciclo completo de atendimento (MENDES, 2012, p.31).

Assim, tem-se que as condições crônicas de saúde são aquelas condições que apresentam um período de duração mais ou menos longo, superior a três meses, e nos casos de algumas doenças crônicas tendem a se apresentar de forma definitiva e permanente (MENDES, 2012).

Mundialmente, as condições crônicas aumentam em ritmo alarmante, principalmente condições referentes às doenças não transmissíveis e distúrbios mentais. Estas condições pesam significativamente no orçamento de todos os países, independente do seu nível de desenvolvimento, pois estas apresentam importante carga populacional, trazendo prejuízos no âmbito da morbimortalidade da população, além do alto gasto do financiamento público para possível controle da situação (WHO, 2003a).

Destacam-se, do grupo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), as doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes mellitus e doenças respiratórias crônicas, como as principais causas de morte no mundo em 2008, correspondendo a 63% dos óbitos ocorridos (SCHIMIDT et al., 2011; WHO, 2010). Destas, aproximadamente 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa e média renda (BRASIL, 2011a).

No Brasil, as DCNT constituem o problema de saúde de maior magnitude e corresponderam a 72% das causas de mortes em 2007, atingindo fortemente camadas pobres da população e grupos mais vulneráveis, como a população de baixa escolaridade e renda (BRASIL, 2011a; WHO, 2010). Em 2010, a OMS publicou que pessoas vulneráveis e desfavorecidas socialmente ficam mais doentes e morrem mais rápido por DCNT do que pessoas que possuem melhores posições sociais (tendo por base o grau de educação, a ocupação exercida, renda, gênero e etnia). O estudo ainda afirma que é forte a evidência da correlação entre vários determinantes sociais, especialmente educação, prevalência de DCNT em uma determinada população e fatores de risco a elas relacionados (WHO, 2010).

Segundo Mendes (2012), a crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde reflete o desencontro entre uma situação epidemiológica dominada por condições crônicas e um sistema de atenção à saúde, voltado para responder às condições agudas e aos eventos agudos decorrentes de agudizações crônicas, de forma fragmentada, episódica e reativa. Entretanto, é a partir deste grande desafio imposto pelos agravos crônicos que favorece o movimento de fortalecimento da APS, como estratégia, principalmente para controle das condições crônicas, uma vez que esta possibilita maior contato da população com os serviços, ações de promoção de saúde e de prevenção de agravos, favorecendo a escolha da adoção por hábitos saudáveis de vida.

Neste sentido há evidências significativas que os países, cujos sistemas de saúde estão organizados a partir dos princípios da APS, apresentam melhores resultados em saúde, menores custos, maior satisfação dos usuários e maior equidade, mesmo em situações de grande desigualdade, assim nota-se a possibilidade do SUS atingir, de modo positivo, a

efetividade para o cuidado das necessidades de saúde da população (STARFIELD, 2002; MENDES, 2012).

1.2. O que são Condições Sensíveis à Atenção Primária?

Segundo a definição de Nedel et al. (2010), Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) são problemas de saúde atendidos por ações típicas do primeiro nível de atenção e cuja evolução, na falta de atenção oportuna e efetiva, pode exigir hospitalização. Conceito relativamente novo criado no final da década de 80, nos Estados Unidos da América (EUA), por John Billings, professor associado de políticas de saúde da Universidade de Nova York (NEDEL et al., 2010).

Foi desenvolvido baseado no conceito de mortes evitáveis com o intuito de identificar camadas da população norte-americana sem acesso à atenção ambulatorial, e conhecer/estudar o impacto financeiro decorrente a este fator. A partir de então este conceito vêm sendo amplamente utilizado com notável aplicabilidade, não só nos EUA, país de origem, mas também em diversos países da Europa e América Latina. Entretanto, na Espanha, o conceito de CSAP teve sua aplicação diferenciada da original, passando a ser utilizado como possível indicador indireto de efetividade do nível primário de assistência à saúde (DOURADO; BERENICE, 2008; NEDEL et al., 2008; CAMINAL HOMAR; CASSANOVA, 2003; ALFRADIQUE et al., 2009).

Dourado et al. (2011) afirmam que serviços de saúde de APS de boa qualidade devem melhorar a saúde da população por prevenir a ocorrência de algumas doenças e/ou reduzir a gravidade de determinados problemas de saúde e de suas complicações através de ações de que objetivam a promoção de saúde, prevenção de doenças e que favoreçam diagnósticos e tratamentos precoces, manejo clínico e acompanhamento adequado. Assim, pode-se dizer que menor número de ICSAP reflete em melhores condições de saúde e, consequentemente, em qualidade de vida para a população e ainda, resultam em menores custos para os serviços e sistemas de saúde, podendo ainda favorecer ações de planejamento e organização dos serviços (FREUND et al., 2013).

Durante amplo processo de revisão da literatura científica, observou-se que diferentes autores referem-se de formas variadas a este grupo de doenças e condições, no entanto, possuem sempre o mesmo objetivo, sendo que alguns denominam de hospitalizações evitáveis

ou preveníveis, internações potencialmente evitáveis, outros consideram como condições sensíveis à atenção ambulatorial, do inglês, *Ambulatory Care Sensitive Conditions* ou ainda, internações evitáveis. Entretanto, a ampla variedade de denominações para o mesmo indicador reflete sua diversa aplicabilidade em locais e culturas diferentes (DIAS-DA-COSTA et al., 2008).

A literatura aponta que as ICSAP têm sido amplamente abordadas, no entanto com diferentes perspectivas, uma vez que este indicador inicialmente foi utilizado para avaliar as condições hospitalares, o acesso da população a serviços ambulatoriais e só depois passou a ser utilizado para avaliar a efetividade de serviços de saúde no âmbito da APS.

Nos EUA, grande parte dos estudos volta-se a comparações entre usuários portadores de seguros de saúde e os não portadores de seguros, ao tipo de seguro utilizado, ao custo das ICSAP para os seguros, e ainda fazem análise por gênero e etnia, caracterizando as populações que demandam maior número de hospitalização por determinado agravos à saúde, avaliando assim o efeito dos serviços de saúde de nível ambulatorial a partir das internações potencialmente evitáveis (PROBST; LADITKA; LADITKA, 2009; KRONMAN et al., 2008, BINDMAN et al., 2005; HOSSAIN; LADITKA, 2009; BINDMAN; CHATTOPADHYAY; AUERBACK, 2008).

Na Europa, em especial na Espanha, há preocupação dos autores em relação à correta composição da lista de morbidades sensíveis à atenção primária, ao processo de validação desta lista e sua aplicabilidade nos serviços de saúde também é bastante evidente, caracterizando a busca por maior especificidade do indicador. Ainda, notam-se estudos em diferentes países europeus que utilizam o indicador em processos avaliativos, assim como nos Estados Unidos, Canadá e Brasil (CAMINAL HOMAR et al., 2004; CAMINAL HOMAR et al., 2002; CAMINAL HOMAR et al., 2001; RIZZA et al., 2007; BURGDORF; SUNDMACHER, 2014; GUSMANO et al., 2014; EGGLI et al., 2014).

Observa-se crescimento importante das publicações internacionais a partir de 2006, entretanto, publicações de grande divulgação e importância foram lançadas em 2012 pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento sobre a utilização do indicador ICSAP, chamado por eles de internações evitáveis, na América Latina e Caribe, dando origem em uma série composta por oito volumes, com estudo de caso de diferentes países elaborados por vários autores estudiosos da área. Nestas produções os achados contribuem para a validade das ICSAP como um indicador capaz de mensurar a efetividade dos sistemas de saúde, principalmente para avaliar o impacto da APS (GUANAIS; GÓMEZ-SUÁREZ; PINZÓN, 2012).

No Brasil, a aplicação deste conceito se deu recentemente e é incipiente a produção científica publicada voltada para a análise das ICSAP que possa oferecer subsídios para intervenções em saúde, principalmente com foco na enfermagem. Nota-se ampliação das publicações nacionais a partir do ano de 2008, com forte produção em 2010, sendo o tema bastante explorado em eventos científicos nos dias atuais. Assim, observa-se, em contexto nacional utilização do termo ICSAP, quando se refere ao nome do indicador indireto de efetividade e como CSAP os agravos e condições de saúde que possuem intervenções propostas no primeiro nível de atenção que podem minimizar o risco de internação (NEDEL et al., 2008; DIAS-DA-COSTA et al., 2008; DOURADO; BERENICE, 2008).

Os estudos publicados a partir de 2008 têm analisado os fatores que estariam associados a um maior risco de sofrer ICSAP, avaliando os efeitos dos modelos de atenção de nível primário, por vezes comparando modelos tradicionais com a ESF. Predominam estudos descritivos, locais e regionais, com períodos e faixas etárias específicas (NEDEL et al., 2008; MOURA et al., 2010; MENDONÇA et al., 2011; TORRES et al., 2011; REHEM; EGRY, 2011; FERREIRA; DIAS; MISHIMA, 2012; CARDOSO et al., 2013; RODRIGUES-BASTOS et al., 2013; FERREIRA et al., 2014).

Neste sentido, cabe destacar que estudos locais favorecem a análise da saúde local, sua organização para a identificação de problemas de saúde de uma determinada região, avaliação de tendências ao longo do tempo e das possíveis disparidades de oferta de serviços entre áreas ou subgrupos populacionais, identificando iniquidades (NESCON, 2012). Nedel et al. (2011) chamam a atenção que mesmo havendo a necessidade de internacionalização de indicadores para comparar países e situação de saúde, deve-se atentar para especificidades locais.

Atribui-se ao fato da ampliação das publicações a partir de 2008, o incentivo oferecido pelo Governo Federal para estudos que analisassem a situação das ICSAP no país. Em 2007, o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Atenção Básica, financiou a pesquisa “Avaliação do impacto das ações do Programa Saúde da Família na redução das internações hospitalares por Condições Sensíveis à Atenção Básica no período de 1999-2006 no Brasil”, estudo que contribuiu no processo de elaboração da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, a partir de uma proposta integrada de instituições de pesquisa e o Ministério da Saúde (DOURADO; BERENICE, 2008).

Com o avanço científico nacional nesta temática, aliado à possibilidade de sua utilização como indicador de acesso e qualidade da atenção, assim como indicador indireto de efetividade da atenção primária, há um impulso na necessidade da criação de uma lista de

condições sensíveis adaptada à realidade brasileira, e que possibilite sua aplicabilidade no contexto nacional, estadual e municipal (ALFRADIQUE et al., 2009).

O objetivo de uma lista padronizada nacionalmente é oferecer, para gestores, trabalhadores e pesquisadores em saúde, referência para construir indicadores que possibilitem avaliação das ações em saúde, atuando em busca da efetividade da APS nos seus respectivos níveis de atenção (DOURADO; BERENICE, 2008).

Cabe destacar que os itens contidos na Lista Brasileira de Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária foram selecionados a partir dos seguintes critérios: ser uma condição de fácil diagnóstico, ser um problema de saúde importante no contexto do país, e ser uma condição para a qual os serviços de APS teriam capacidade resolutiva para determinados problemas e/ou prevenir agravos e complicações que levariam a hospitalização (BRASIL, 2008a; ALFRADIQUE et al., 2009).

A Lista Brasileira de Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária foi definida em Portaria Nacional sob nº 211, em 17 de abril de 2008. Atualmente, é composta por 19 grupos de diagnósticos e 15 subcategorias, totalizando 120 categorias da décima revisão da Classificação Internacional das Doenças – CID-10 (BRASIL, 2008a).

Sendo assim, a utilização de um indicador como ICSAP, possibilita a avaliação da efetividade dos serviços, programas e políticas de saúde gerando capacidade de resposta e, consequentemente, de melhoria das ações implantadas, fornecendo assim subsídios ao planejamento de ações à saúde. A utilização de indicadores de saúde permite o estabelecimento de padrões, bem como o acompanhamento de sua evolução ao longo dos anos, que de certa forma facilita a compreensão da realidade social constituindo-se em ferramentas auxiliaadoras do processo de avaliação das ações implantadas (MALIK; SCHIESARI, 1998).

Neste sentido, podemos observar que na literatura científica, há uma crescente consistência de que o acesso a serviços ambulatoriais reflete na diminuição de ICSAP (FERNANDES et al., 2009, NEDEL et al., 2010).

Dias-da-Costa (2008, p.1700) parte do princípio

[...] que elevados números de hospitalizações evitáveis podem ser indicativos de problemas relacionados com a rede de atenção básica, seja na gestão, na quantidade insuficiente de serviços, na falta de medicamentos para o controle de doenças crônicas, dificuldade na oferta de recursos diagnósticos ou deficiências no manejo, no acompanhamento ambulatorial e no sistema de referência. Dessa forma, esse

conjunto de internações, conceitualmente, relaciona-se com a APS oferecida à população e seus impactos sobre os níveis superiores de assistência à saúde.

Em contrapartida, têm-se como resultados de vários artigos altas taxas de internações para afecções específicas como é o caso das doenças respiratórias (doença pulmonar obstrutiva crônica, asma, pneumonias), diabetes mellitus e suas complicações, infarto agudo do miocárdio, HAS, acidente vascular cerebral, gastroenterites infecciosas e complicações e doenças imunopreveníveis, sendo que todos estes agravos poderiam ter sido evitados ou diagnosticados precocemente no nível primário de atenção, por meio de estratégias e ações realmente efetivas (MÁRQUEZ-CALDERÓN et al., 2003; LÓPEZ et al., 2007; MOURA et al., 2010; FERREIRA; DIAS; MISHIMA, 2012).

Autores afirmam que quanto maior a disponibilidade de leitos nos hospitais maior é o índice de ICSAP, mostrando que este tipo de internação é mais frequente entre a população de pior condição socioeconômica, em usuários com extremos de idade e variam de acordo com a organização e oferta dos serviços de saúde oferecidos à população (DIAS-DA-COSTA et al., 2008; NEDEL et al. 2008; NEDEL et al., 2010).

1.3. A hipertensão arterial como uma Condição Sensível à Atenção Primária

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Além de ser uma doença tratável, é um marco importante, passível de ser medido clinicamente, no caminho causal que leva à doença cardiovascular sintomática, conseqüentemente, é considerada importante fator de risco para o desenvolvimento de diversos outros agravos à saúde (SCHIMIDT et al., 2011). A linha demarcatória que define HAS considera valores de PA sistólica maior ou igual 140mmHg e/ou de PA diastólica maior ou igual a 90mmHg em medidas de consultório. O diagnóstico médico deverá ser sempre validado por medidas repetidas, em condições ideais, em, pelo menos, três ocasiões (SBC; SBH; SBN, 2010).

A HAS é associada, frequentemente, a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas (SBC; SBH; SBN, 2010). É um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. Além disso, a HAS está, ainda, associada às demais doenças e

condições crônicas, tais como diabetes mellitus, doença renal crônica e obesidade (SBC; SBH; SBN, 2010; BRASIL, 2011a).

Por se tratar de agravo crônico à saúde de fácil diagnóstico clínico e de dimensões epidemiológicas importantes, a HAS é considerada, no Brasil e diversos outros países, como uma CSAP. Assim, a HAS é uma condição de saúde que serviços de APS teriam capacidade resolutiva para minimizar agravos, principalmente com incentivo da adesão terapêutica e mudança de hábitos de vida, monitorização e controle da PA minimizando possíveis internações derivadas de agudizações e agravamentos, além da detecção precoce de sinais de HAS, dentre outras atividades, como grupos educacionais e de apoio ao usuário com DCNT, dispensação de medicamentos, atividades de lazer e prática de exercícios físicos.

Desde a publicação da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis em 2008, a HAS é classificada como uma CSAP, definida no Grupo 9, denominado *Hipertensão*, sendo ele dividido em dois subgrupos: *Hipertensão Essencial* (I10) e *Doença Cardíaca Hipertensiva* (I11). Neste sentido, ressalta-se que as CSAP estão listadas por grupos de causas de internações e diagnósticos de acordo com a CID-10 (BRASIL, 2008a).

Cabe aqui uma breve análise sobre alguns aspectos e particularidades que diferem os subgrupos e as duas condições clínicas neles categorizadas. A *Hipertensão Essencial* ou *Primária* recebe este nome a partir de sua etiologia, é definida por elevados valores de pressão sanguínea por um período longo de tempo e que mesmo após exaustiva investigação clínica, não possui causa etiológica definida, tendo importante valor genético e ambiental, sendo esta responsável pela maioria dos casos de hipertensão (SBC; SBH; SBN, 2010).

Como já discutido neste trabalho, a hipertensão essencial é considerada importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, dobrando o risco para doenças como infarto do miocárdio, morte súbita, isquemia silenciosa do miocárdio e, aumenta em três vezes o risco de insuficiência cardíaca (SANJULIANI; TORRES, 2012).

A doença cardíaca hipertensiva é a situação clínica na qual existe uma alteração na estrutura e função do coração decorrente a sobrecarga imposta ao coração pelos altos níveis tensoriais. Em fase inicial, as alterações são apenas em nível de funcionamento do coração, mas sem tratamento, tendem a evoluir para casos ainda mais complexos e graves como hipertrofia e a dilatação do músculo cardíaco uma das causas etiológicas da insuficiência cardíaca e suas consequências (CAMPANA, et al., 2012).

Estudos anteriores (FERREIRA; DIAS; MISHIMA, 2012; REHEN; EGRY; 2011), apontam aumento das taxas de internações por *Hipertensão*. Para o município de Ribeirão Preto, estudo de Ferreira, Dias e Mishima (2012) indica que as internações por *Hipertensão*, em pessoas

que residem no município, apresentaram aumento na ordem de 10,5%, em relação ao ano de 2000 para o de 2007, embora a taxa de ICSAP apresente decréscimo no período analisado. Em relação à faixa etária, os idosos (maiores de 60 anos) constituem o grupo de maior vulnerabilidade às ICSAP, tendo ainda significativas proporções de óbitos, indicando que para determinados agravos e idades, parece que as ações promovidas na APS não demonstram impacto para evitar as hospitalizações (DIAS, 2010). Cabe ressaltar que idoso é o grupo etário mais acometido por condições crônicas, dentre elas a HAS e seus agravos (SBC; SBH; SBN, 2010).

Caminal Homar e Casanova (2003) apontam que as ICSAP podem ser evitadas ou diminuídas por ações próprias da APS, principalmente as internações decorrentes de agravos crônicos. Os mesmos autores afirmam também que a APS pode melhorar o manejo e fazer o acompanhamento do usuário acometido por condições crônicas, evitando complicações ou reduzindo reincidências de internações.

É notável o movimento atual de fortalecimento da APS, em todo território nacional, entretanto, estudo realizado no Estado de São Paulo (REHEN; EGRY, 2011), no período de 2000 a 2007, mostra que as internações por *Hipertensão*, aumentaram significativamente em oito Departamentos Regional de Saúde (DRS) do Estado, dentre elas a regional de Ribeirão Preto, que conta com o município de Ribeirão Preto, campo de estudo da presente pesquisa, que apresentou uma variação de 31,79%. Neste mesmo estudo, as autoras sugerem que ações de prevenção e controle da HAS podem exigir maior qualidade da APS prestada, representado ações de maior dificuldade pelos serviços de saúde. As autoras partem da hipótese que para determinadas condições de saúde e agravos ações mínimas de organização da APS podem interferir de forma positiva nas taxas de internações, como ações de prevenção de agravos por diabetes mellitus, entretanto inferem que isto não ocorre em relação à HAS (REHEN; EGRY, 2011).

Sabe-se que para um atendimento efetivo, integral e integrado, os usuários portadores de condições crônicas dependem, dentre outras, de ações de saúde envoltas por maiores vínculos positivos entre profissional e usuário, além de fatores como proximidade da residência deste usuário com serviços de saúde, apoio familiar e social, valorização dos sujeitos, ou seja, princípios defendidos explicitamente na Política Nacional de Atenção Básica, que infelizmente muitas das vezes estão ausentes nas práticas de saúde (BRASIL, 2011b).

1.4. Hipertensão Arterial: condição crônica sensível de alta carga social

O Brasil, assim como outros países em desenvolvimento, vem enfrentando mudanças importantes relacionadas às condições demográficas, epidemiológicas e nutricionais, com maior ascensão a partir da década de 1960. Um dos resultados é o aumento substancial da prevalência das DCNT em detrimento das doenças transmissíveis e de caráter agudo, como mencionado na parte inicial deste estudo. No entanto, cabe destacar que em todo processo de transição é observado uma mescla entre os fatores substituídos (em menores proporções) e substituintes, ou seja, é observada a ocorrência de agravos crônicos, mas também de condições agudas, transmissíveis e contagiosas.

Na década de 2010, estavam associadas às principais causas de morte as doenças cardiovasculares, câncer, doenças pulmonares crônicas, doenças endócrinas e distúrbios metabólicos como o diabetes mellitus e algumas causas externas (GOULART, 2011; BRASIL, 2011a). Entretanto, observa-se que desde 1990 as taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares vêm sofrendo declínio, descrito como sendo de 10% ou mais, relacionado provavelmente como resultado de ações de controle do tabagismo e do maior acesso à serviços de APS (MACINKO et al., 2010; SCHIMIDT et al., 2011).

Destaca-se, das doenças cardiovasculares, a alta prevalência de HAS tanto no Brasil quanto no mundo, sendo sua carga social extremamente elevada, constituindo uma das principais causas de morbimortalidade da atualidade, oferecem significativa perda da qualidade de vida, devido ao agravamento das condições de saúde do indivíduo e da letalidade precoce (BRASIL, 2011a; SBC; SBH; SBN, 2010).

A HAS foi responsável por quase oito milhões de mortes em todo o mundo (13,5% de todas as mortes), das quais 6,22 milhões ocorrem em países de baixa e média renda e 1,39 milhões em países de renda alta, na última década (GOULART, 2011). Estes dados ilustram o ciclo sugerido no Relatório Mundial de 2003 da OMS, o qual descreve que pessoas com baixo poder aquisitivo, que apresentam recursos financeiros limitados para comida, saneamento e tratamento de saúde, acabam por ter condições precárias de saúde, resultando em uma capacidade reduzida para trabalhar, contribuindo para a baixa produtividade de um determinado local ou região (WHO, 2003a).

Quase três quartos das pessoas com HAS vivem em países em desenvolvimento, em locais com recursos de saúde limitados, onde há pouca conscientização sobre HAS e necessidade de controle dos níveis pressóricos (IBRAHIM; DAMASCENO, 2012).

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde por meio de levantamento de dados do sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), a proporção de brasileiros diagnosticados com HAS aumentou nos últimos cinco anos, passando de 21,6%, em 2006, para 23,3%, em 2010 (BRASIL, 2011c).

Evidências científicas apontam uma prevalência maior de HAS entre homens do que em mulheres, não só no Brasil, mas também no mundo. Sendo estes dados associados com o nível de conhecimento e de autocuidado, que é maior entre as mulheres (IBRAHIM; DAMASCENO, 2012; SBC; SBH; SBN, 2010).

Estudos demonstram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares. Destaca-se, ainda, que regiões com ampla e efetiva cobertura de APS mostram que os esforços concentrados dos profissionais de saúde, das sociedades científicas e das agências governamentais são fundamentais para atingir metas aceitáveis de tratamento e controle da HAS (IBRAHIM; DAMASCENO, 2012; SBC; SBH; SBN, 2010; GOULART, 2011). Ou seja, serviços de saúde que trabalham com a lógica da integralidade do cuidado, que possibilitam acesso, oferecem um cuidado próximo à população, com o acompanhamento e seguimento permanente, com atividades de educativas e de conscientização sobre ações preventivas e de controle da pressão sanguínea alcançam prevalências esperadas de HAS.

Segundo revisão realizada por Mendes (2012, p. 235), nos EUA, 62% a 65% dos portadores de HAS, de colesterol elevado e de diabetes mellitus não mantêm essas condições de saúde sob controle. Em boa parte, esses resultados desfavoráveis se devem a um modelo de atenção à saúde concentrado principalmente na figura de um único profissional de saúde, propiciada pelo modelo tradicional de atenção, caracterizado muitas vezes por consultas rápidas e pontuais. O que reafirma que determinadas condições crônicas só alcançam resultados favoráveis com a prática de uma atenção a saúde integral e integrada e com ação de uma equipe multiprofissional.

Sabe-se que a HAS, por ser um fator de risco e uma condição clínica multifatorial está relacionada com o estilo de vida e ambiente da população, hábitos alimentares, idade, sedentarismo, consumo abusivo de álcool e tabagismo, entretanto há fatores genéticos que podem também influenciar em níveis pressóricos mais elevados. Ibrahim e Damasceno (2012) afirmam que a HAS está mais relacionada a fatores ambientais e ao estilo de vida do que às diferenças raciais definidas geneticamente.

As doenças cardiovasculares são responsáveis pela alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados. Em 2007, foram registradas

1.157.509 internações por doenças cardiovasculares no SUS. Neste mesmo ano, a HAS foi responsável por 12,8% das causas de mortalidade por doenças cardiovasculares. A doença renal terminal, outra condição frequente acarretada pela HAS, ocasionou a inclusão de 94.282 indivíduos em programa de diálise no SUS, registrando-se 9.486 óbitos em 2007 (SBC; SBH; SBN, 2010).

Devido às prevalências alarmantes em nível mundial, gastos e prejuízos econômicos altos e aos fatores incapacitantes ocasionados pela HAS, ela hoje é caracterizada como um dos principais desafios para a saúde pública mundial, juntamente com outras condições crônicas que afetam diretamente a qualidade de vida da população, principalmente nos países em desenvolvimento econômico.

1.5. Hipertensão Arterial e Condições Sensíveis à Atenção Primária: uma possibilidade de intervenção

No Brasil, a APS vem sendo fornecida cada vez mais por equipes de ESF, cuja expansão progressiva melhorou o acesso ao cuidado integral, integrado e contínuo, propiciando, assim melhores ações de prevenção e de gerenciamento das condições crônicas, priorizando dentre elas a atenção às doenças cardiovasculares e o diabetes mellitus (GOULART, 2011; BRASIL, 2011a).

Sabe-se que abordagens eficazes de controle da HAS devem ser combinadas a outras estratégias destinadas a mudança, principalmente, de hábitos e do estilo de vida do usuário. Ainda, que mudanças, muitas vezes, são necessárias também no modelo de atenção à saúde adotado por determinado serviço e/ou equipe de saúde. Como citado anteriormente, são necessárias ações de saúde que considerem o usuário como um ser social, sujeito de sua própria ação, o qual está envolto por valores e significados, que influenciam diretamente no seu modo de viver a vida.

Assim como se busca reorganizar o sistema de saúde; enfrentar a quebra de paradigmas de atendimentos episódicos, centrados no biológico e na doença, ineficazes para o cuidado às condições crônicas; e o fortalecimento de ações de uma APS forte e resolutiva, almeja-se mudanças na assistência prestada pelos profissionais de saúde. O profissional de saúde deve estar amparado na lógica do cuidado integral e sua assistência voltada para as necessidades de saúde do usuário e da população.

Manuais e diretrizes atuais (BRASIL, 2011a; GOULART, 2011; MENDES, 2012) afirmam que o manejo adequado da HAS, de caráter prioritário, requer ações articuladas em três principais eixos, sendo eles:

- Vigilância da hipertensão, das comorbidades e de seus determinantes;
- Integralidade do cuidado;
- Promoção da Saúde.

Eixos estes também considerados nas ações previstas para o trabalho em enfermagem. Cabe ressaltar que o investimento em educação e a mobilização social potencializam e qualificam o autocuidado e a construção de hábitos saudáveis. Tais ações incluem atividades de conscientização, perda de peso, dieta saudável, atividade físicas, consumo moderado de álcool e tabaco e avaliação de riscos para doenças cardiovasculares. Entretanto, por se tratar de uma doença crônica que se manifesta, geralmente, na vida adulta, ações educativas e de conscientização se torna um desafio para os trabalhadores de saúde, principalmente pela dificuldade em adaptações inerente a idade e pela baixa adesão ao tratamento (GOULART, 2011).

Por ser um agravo que requer longo período de tratamento, e muitas vezes, se estendendo por toda a vida, a adesão é mesmo fragilizada. Embora a culpa pelo não seguimento do tratamento medicamentoso e não medicamentoso seja imputada aos usuários, isto constitui fundamentalmente uma falha nos sistemas de saúde. Pois, uma atenção à saúde que fornece informação oportuna, estabelece vínculos positivos com os usuários, oferece apoio e o monitoramento constante que pode melhorar significativamente a aderência ao tratamento proposto, o que tem potencial para reduzir a carga das condições crônicas e proporcionar melhor qualidade de vida à população (WHO, 2003b).

Estudos apontam resultados positivos em relação a atenção prestada por equipes de ESF para usuários com DCNT em relação a oferta tradicional, principalmente, pela criação de vínculos entre profissionais de saúde e usuários dos serviços (MENDES, 2012; SANTOS et al., 2013; MENDONÇA et al., 2011). Frequentemente, equipes de ESF possuem ações que visam às necessidades da população adstrita as suas áreas de abrangências, muitas vezes utilizando ferramentas de apoio como dados demográficos e epidemiológicos a fim de favorecer o planejamento das ações a serem executadas. Assim as equipes são capazes de desenvolver programas de educação à saúde, favorecer a adesão ao tratamento e intervenções de nível comunitário que incentivam a adoção de hábitos saudáveis de vida.

Neste sentido, cabe propor o uso do indicador ICSAP como ferramenta a ser utilizada no nível local de atenção, sendo proposto aqui seu uso por meio de análises simples do ponto de vista epidemiológico, auxiliando no processo de planejamento, execução e avaliação das

intervenções realizadas ou ainda beneficiar novas ações. Portanto, neste estudo, utiliza-se o indicador ICSAP, para avaliar a ocorrência das internações hospitalares decorrentes de HAS, classificadas no Grupo 9 da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, nos residentes do município de Ribeirão Preto – São Paulo.

A presente investigação permitirá uma aproximação à análise da efetividade de ações desenvolvidas no município no âmbito da promoção de saúde e prevenção de agravos, a fim de auxiliar no planejamento de estratégias que possam minimizar as complicações e reduzir as internações decorrentes à HAS.

Moura et al. (2010) afirmam que há uma carência de estudos que abordem os principais diagnósticos sensíveis à atenção primária de forma detalhada, justificam ainda que abordar especificamente alguns agravos à saúde que são responsáveis por um grande contingente de internações permite avaliar os efeitos da APS sobre determinadas situações, direcionando as intervenções que possam qualificar o cuidado neste nível de atenção. Sendo este, portanto, um corroborador para o desenvolvimento do presente estudo.

Assim, mais uma vez cabe destacar que a HAS, é uma condição clínica multifatorial que pode acarretar sérias complicações em órgãos secundários, e é hoje um importante problema de saúde pública devido à suas altas taxas de prevalência na população mundial.

No entanto, a escolha pela investigação detalhada sobre as internações por HAS como CSAP, se dá pela possibilidade de controle no nível primário de atenção por meio de ações de promoção de saúde e prevenção de complicações decorrentes a este agravo, principalmente por ações efetivas de enfermagem, que possibilitem a conscientização e a educação de novos hábitos de vida do usuário com HAS.

Investigações como estas são relevantes no nível municipal, uma vez que é de responsabilidade desta instância, o monitoramento e a avaliação dos cuidados de saúde ofertados a população. Outro ponto motivador para a realização deste estudo é o fato de que para a região de Ribeirão Preto, bem como no estado de São Paulo, são raros os estudos sobre ICSAP.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Analisar a ocorrência de internações por *Hipertensão* categorizada no Grupo 9 da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, nos residentes do município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil - para o período de 2000 a 2008.

2.2. Objetivos específicos

- Descrever, por meio de séries temporais, a distribuição das internações por *Hipertensão* nos residentes do município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil - para o período de 2000 a 2008;
- Analisar as variações de frequência simples das internações por Hipertensão para cada ano do período selecionado, considerando as variáveis: sexo, faixa etária, natureza das internações e condição de saída;
- Analisar as proporções das internações por *Hipertensão* para a população de Ribeirão Preto, considerando o número de habitantes no município para cada ano do período selecionado e as variáveis: número de internações por *Hipertensão*, sexo e faixa etária.

3. MATERIAL E MÉTODO

3.1. Tipo de estudo

Trata-se de estudo descritivo, retrospectivo, que tem como base a caracterização da distribuição da ocorrência das internações por *Hipertensão* nos residentes do município de Ribeirão Preto para o período de 2000 a 2008, analisando-as no contexto das CSAP e a luz da epidemiologia descritiva. Para Polit, Beck e Hungler (2004), delineamento como este é chamado de estudo “*descritivo correlacional*”, ou seja, o pesquisador demonstra interesse, principalmente na descrição dos relacionamentos entre as variáveis, sem procurar necessariamente estabelecer uma conexão causal.

A epidemiologia descritiva permite aumentar o poder de entendimento dos fenômenos descritos, possibilita a assimilação de conteúdo conceitual a muitas variáveis, dando novo sentido aos fatos observados e ainda, favorece a caracterização dos eventos, distinguindo fatores importantes úteis para sua aplicação imediata nas ações de assistência e prevenção das doenças, de promoção à saúde, ou no refinamento da formulação das hipóteses causais (ROUQUAYROL; BARRETO, 2003).

Assim, o desenvolvimento desta investigação permite uma aproximação e a análise do comportamento das internações por *Hipertensão* como uma CSAP, oferecendo subsídios para a organização de ações de controle e avaliação nos serviços de atenção primária no contexto do município estudado.

3.2. O campo de estudo

A atual investigação tem como cenário o município de Ribeirão Preto, localizado na Região Nordeste do Estado de São Paulo. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a população residente estimada em 2013⁴ para o município de Ribeirão Preto é de 649.556 pessoas (IBGE, 2014a). Ribeirão Preto pertence à área de abrangência do

⁴ Estimativa da população residente para o Tribunal de Contas da União (IBGE, 2014a).

Departamento Regional de Saúde XIII (DRS-XIII), sendo este o maior e mais populoso município desta área, constitui-se pólo assistencial regional, ou seja, referência para toda DRS-XIII (26 municípios) em ações e serviços de saúde de média e alta complexidade.

O setor saúde em Ribeirão Preto conta com serviços públicos estaduais, municipais, serviços filantrópicos e particulares, tanto de nível primário de atenção quanto especializado de média e alta complexidade, configurando a presença de uma ampla e importante rede de serviços de atenção à saúde. A conformação da rede municipal de saúde está organizada em cinco regiões, denominadas Distritos de Saúde, estando estes em consonância com os Distritos de Vigilância em Saúde. São eles denominados de acordo com sua localização geográfica, sendo: Distrito Norte, Sul, Leste, Oeste e Central (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

Fonte: RIBEIRÃO PRETO (2013)

Figura 1 – Divisão municipal dos Distritos de Saúde de Ribeirão Preto

Os Distritos de Saúde são regiões com áreas e populações definidas a partir de aspectos geográficos, econômicos, sociais e sanitários, que agrupam várias Unidades de Saúde e outros equipamentos sociais. A atual distribuição das unidades de saúde visa acesso da população aos serviços de saúde, oferecendo atendimento de saúde próximo à residência (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

Cada Distrito de Saúde possui uma Unidade Básica e Distrital de Saúde (UBDS), que, além do atendimento básico para a área de abrangência, é referência de algumas especialidades médicas para a população do mesmo. Além disto, possui diversas Unidades Básicas de Saúde (UBS), as quais oferecem atendimento de nível básico nas áreas médicas e

odontológicas. Alguns possuem também Unidades de Saúde da Família (USF) e outros serviços médicos especializados.

Ribeirão Preto destacou-se na década de 80 por ser município pioneiro na implantação de serviços de saúde de Atenção Básica (RIBEIRÃO PRETO, 2009a). Deste modo, o município possui quarenta e sete (47) serviços de saúde que compõem a Rede de Atenção Básica do município, sendo cinco (5) UBDSs, vinte e seis (26) UBSs tradicionais, dois (2) Centro de Saúde Escola (CSE), quatorze (14) USF, com um total de vinte e oito (28) equipes de Saúde da Família, caracterizando uma cobertura populacional de ESF, em maio de 2013, de 13,9% (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

No Quadro 1, observa-se a distribuição destes serviços de saúde por Distritos de Saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

DISTRITO	UBDS	CSE	UBS	USF
Central	1	1	4	-
Norte	1	-	7	4
Sul	1	-	3	-
Oeste	1	1	7	9
Leste	1	-	5	1
TOTAL	5	2	26	14

Fonte: RIBEIRÃO PRETO (2013)

Quadro 1 – Serviços de saúde da rede de atenção básica de Ribeirão Preto por Distrito de Saúde

Na assistência hospitalar, Ribeirão Preto é referência nacional para determinados procedimentos de média e alta complexidade, tanto na rede pública quanto na rede privada. Destaca-se a presença de hospitais de ensino de médio e grande porte, ou seja, instituições de saúde que prestam assistência à saúde da população e ainda são responsáveis pelo desenvolvimento de atividades de capacitação de recursos humanos, servindo de campo de prática para atividades curriculares na área da saúde vinculados às universidades, configurando-se também como pólo de pesquisa na área da saúde.

O município conta com 15 unidades hospitalares, totalizando 1.922 leitos, sendo disponibilizados 1.364 leitos da rede pública de assistência à saúde e 557 leitos hospitalares de serviços particulares, ou seja, 71% dos leitos hospitalares existentes são destinados ao SUS (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

3.3. Fonte de dados

Neste estudo foram utilizados dados de fontes secundárias, originários do Observatório Regional de Atenção Hospitalar (ORAH) do Centro de Processamento de Dados Hospitalares (CPDH) do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (DMS-FMRP-USP). Estes dados visam à identificação das internações hospitalares de usuários com diagnóstico decorrentes à *Hipertensão*, definidas na Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis, por meio dos registros referentes à alta hospitalar oriundos da Folha de Alta Hospitalar (FAH), com procedência do município de Ribeirão Preto, ocorridas em Ribeirão Preto, para o período de 2000 a 2008.

O CPDH foi criado em 1969, vinculado ao DMS-FMRP-USP, sendo este um avanço considerado pioneiro no Brasil. Este serviço abrange dados das internações hospitalares, desde 1970 para o município de Ribeirão Preto e desde 1987 expandiu sua área de atuação para hospitais da região de Ribeirão Preto. Atualmente, o CPDH abrange hospitais, públicos e privados, localizados na DRS-XIII e processa anualmente cerca de 170 mil internações. O instrumento padronizado processado no CPDH provém da coleta nos próprios hospitais, sendo utilizada a FAH, criada e instituída por docentes do DMS-FMRP-USP (PESSOTTI et al., 2012).

A FAH⁵ possui 27 campos que registram dados relacionados à identificação do hospital e do médico responsável pela internação e demais procedimentos, dados pessoais do usuário, diagnóstico principal, morbidades associadas, procedimentos realizados, dentre outras (PESSOTTI et al., 2012). Portanto, a FAH possibilita o resumo da internação do paciente com foco em dados epidemiológicos, sem fins de faturamento (MONTEIRO, 2008).

A confiabilidade dos dados do CPDH é garantida pelo procedimento e organização oferecidos pela unidade, onde os dados são, primeiramente, coletados e revisados qualitativamente e quantitativamente, depois são codificados de acordo com as normas da CID-10 e Classificação Brasileira de Ocupações, Tabelas de Municípios do IBGE e então são revisados novamente para confirmação da correção e codificação (MONTEIRO, 2008; SILVA et al., 2008).

O CPDH possui como objetivo atividades de ensino, pesquisa e extensão de serviços à comunidade, sendo seus resultados disponibilizados mediante solicitação à unidade. Em 2009,

⁵ Em anexo encontra-se a Folha de Alta Hospitalar (ANEXO B)

o CPDH passou a ser parte integrante do ORAH, uma iniciativa da Secretária de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) que, através da DRS-XIII, reconhece e apoia o CPDH como piloto para desenvolvimento e implantação do ORAH na região de Ribeirão Preto (USP, 2009).

O corte de tempo definido para a pesquisa foi de 2000 a 2008, sendo que o ano 2000 foi selecionado, pois pode fornecer o perfil das internações por diagnóstico decorrentes de HAS antes da reorganização da rede de atenção primária à saúde no município tendo como foco a implantação da Estratégia de Saúde da Família, que ocorreu no ano de 2001. Nesse ano, foram implantados cinco (5) Núcleos de Saúde da Família (NSF) vinculados à Universidade de São Paulo, credenciado junto ao Ministério da Saúde, após convênio entre a universidade, Governo do Estado e Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. A partir de 2002, foram somadas à rede pública de serviços de saúde outras equipes de Saúde da Família, totalizando em 2008, treze (13) Unidades de Saúde da Família, mantendo os cinco (5) NSF ligados à Universidade e oito (8) de responsabilidade exclusiva do município (RIBEIRÃO PRETO, 2009a).

Mesmo a Saúde da Família, sendo uma das estratégias de reorganização da Atenção Primária no município e que por vários anos a expansão destes serviços e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) são metas estabelecidas e pactuadas nos Relatórios de Gestão e nos Planos Municipais de Saúde, destaca-se a cobertura incipiente da ESF em Ribeirão Preto de 12,95% para o ano de 2008 (RIBEIRÃO PRETO, 2009b).

O ano de 2008 foi selecionado, por ser o último ano em que o CPDH apresenta dados consolidados, o que justifica este período como base da investigação.

Foram, portanto, fornecidas pelo CPDH, planilhas eletrônicas em *software* Excel, contendo os dados referentes ao número de internações, segundo as variáveis: sexo, faixa etária, tipo de internação, condição de saída e ano de ocorrência.

Ressalta-se que por se tratar de dados secundários, oriundos do banco de dados do CPDH, não é possível a identificação dos usuários que sofreram a internação bem como a especificação se um mesmo usuário foi internado mais de uma vez, assim são considerados sujeitos do estudo os registros de internação por *Hipertensão* como uma CSAP.

3.4. Análise dos dados

Os dados foram analisados no contexto das ICSAP e a luz da epidemiologia descritiva, a partir de séries temporais que permitiram a descrição dos dados levantados para o período de 2000 a 2008.

Cabe afirmar que este estudo não objetiva estabelecer relações de causa e efeito, por isso, os termos “*variável independente*” e “*variável dependente*” designa apenas a direção de influência entre as variáveis (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Assim, a presente investigação possui como variável dependente o número de internações por *Hipertensão* e variáveis independentes: sexo, faixa etária, tipo de internação, condição de saída e ano de ocorrência, tendo para fins deste trabalho as seguintes definições conceituais:

- **Número de internações por HAS:** número absoluto de internações hospitalares gerados a partir dos registros de alta hospitalar, decorrentes de *Hipertensão* de residentes do município de Ribeirão Preto, ocorridas neste mesmo município, nos anos de 2000 a 2008.

- **Sexo:** termo referente à divisão biológica das espécies em dois grupos, dentre elas a espécie humana. Esta variável, portanto, apresentará duas categorias, sendo elas: *feminino* e *masculino*.

- **Faixa etária:** tempo de vida dos usuários, medido em anos. A idade referente à faixa etária utilizada para a análise é a idade apresentada pelos sujeitos na data em que estes foram admitidos nas instituições hospitalares. Sendo esta variável estratificada de acordo com a estratificação utilizada pelo IBGE, adaptada para a necessidade do estudo. Assim, foram reunidos os extremos de idade considerando o comportamento e epidemiológico dos agravos contidos no Grupo 9 – Hipertensão da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis. Portanto, apresenta uma amplitude igual a 10, tendo ainda, uma classe denominada “80 anos e mais”, classe que considera o extremo máximo de idade encontrado nos registros de internações.

- **Natureza das internações:** classificação das internações segundo tipo de responsabilidade do órgão provedor/financiador dos recursos utilizados durante todo o período de internação hospitalar, assim tem-se internações de responsabilidade SUS e internações que foram financiadas por algum tipo de convênio entre o usuário e agências de serviços de saúde suplementar ou por pagamento direto com a unidade prestadora do serviço de saúde. Portanto são aqui chamadas de internações SUS e internações não-SUS.

▪ **Condição de saída:** condição pela qual está registrada na FAH que o usuário que sofreu a internação deixou o hospital, sendo esta variável subdividida em duas categorias: *alta* e *óbito*.

Posterior ao processo de solicitação e recebimento do banco de dados fornecidos pelo CPDH, os dados foram importados para o programa *Statistical Analysis System – SAS System*, que possibilitou suporte para análise de frequência simples dos mesmos. Em seguida, foram criadas planilhas eletrônicas em *software* Excel, versão 2010 que possibilitou a análise proporcional dos dados detalhada adiante.

Esta investigação é composta por duas fases, sendo uma de caracterização dos dados, a qual permitiu resumir e descrever as características julgadas relevantes das internações por *Hipertensão* nos residentes do município de Ribeirão Preto para o período de 2000 a 2008, por meio de distribuição de frequência simples e de séries temporais que demonstram os dados para cada ano do período selecionado. Em seguida, foi realizada análise da variação do número de internações por *Hipertensão* também para o período de 2000 a 2008, verificado por meio de proporções se tais variações foram significativas ou não para a população de Ribeirão Preto. Assim, descrever a população para cada aspecto analisado, por meio de análises proporcionais, favoreceu o estabelecimento de parâmetros de análise, uma vez que pelas características dos dados não é possível estabelecer taxas de incidência e prevalência por não se conhecer a população que é hipertensa e que não sofreu internação por *Hipertensão* no período aqui considerado, por exemplo.

O cálculo proporcional foi estabelecido através do número de internações ocorridas dividido pela população⁶ total do município de Ribeirão Preto para o determinado ano de ocorrência. Assim, foram padronizados os denominadores, a exemplo, cita-se número de mulheres que internaram por *Hipertensão* no ano 2002, como numerador da operação e, população total de mulheres em Ribeirão Preto no ano de 2002, como denominador. Em seguida os valores foram multiplicados por 100.000 (cem mil) habitantes para facilitar a análise e a representação dos valores encontrados.

⁶ Estimativas populacionais utilizadas na publicação “Saúde Brasil 2012”, segundo sexo e faixa etária. Os dados referentes ao ano 2000 são provenientes do Censo 2000 e dos demais anos são estimativas obtidas através da interpolação da população entre os Censos 2000 e 2010 (IBGE, 2014b).

3.5. Desafios e limitações do estudo

Estudos que se utilizam de dados secundários apresentam alguns desafios e limitações em comum, podendo destacar a necessidade de confiabilidade dos dados, uma vez que estes passam pelo processo inicial de coleta de dados – que podem ter vieses relacionados a pessoa que coletou o dado, como preenchimento correto do instrumento de coleta de dados e interpretação correta do dado a ser coletado; e posteriormente são alimentados nos mais diferentes tipos de banco de dados. Entretanto, os dados secundários se destacam pela praticidade no acesso, riqueza de informações e pela forma relativamente rápida de obtê-las.

No Brasil, observam-se muitos estudos que se utilizam dos registros do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), serviço ligado ao DATASUS, sendo o sistema que processa as autorizações de internações hospitalares, assim disponibiliza-se dados como unidade de internação, principais causas e diagnósticos, procedimentos mais frequentes, município e estado que a internação ocorreu, dentre outras. Entretanto este sistema por estar relacionado ao serviço público, o SIH registram apenas as internações realizadas no âmbito do SUS e a partir da autorização de internação, caso a internação não ocorra o dado já foi gerado.

Outro aspecto importante são algumas das limitações, conhecidas e descritas por alguns autores como Macinko et al. (2010) e Rehem e Egrey (2011), presente no uso do indicador, ICSAP, como dificuldade para detectar problemas em áreas pequenas, mudanças pontuais e estabelecimentos de tendências, além do fato das ICSAP dependerem das internações hospitalares, ou seja, de mortes ou outras complicações que não aconteçam nos hospitais não são refletidas.

Assim, a presente investigação apresenta dois pontos fortes em relação ao exposto acima, uma vez que, o banco de dados utilizado possui informações tanto das internações que ocorreram em âmbito público quanto as que ocorreram nos setores privados e, ainda, trabalham com os dados fornecidos na alta hospitalar, garantindo maior confiabilidade no diagnóstico de internação, excluindo se as hipóteses diagnósticas para as internações de investigação clínica, por exemplo. Por ser frequente o uso do SIH como fonte de dados nos estudos nacionais, a análise da frequência das internações de âmbito particular ficou limitada.

Embora, a FAH seja, no DRS-XIII e consequentemente em Ribeirão Preto, uma obrigatoriedade para a alta hospitalar, não se exclui a possibilidade de dados inconsistentes ou ausentes nas FAH que são preenchidas pelos profissionais responsáveis pela alta hospitalar no momento que a mesma acontece.

Como descrito anteriormente a FAH, após seu preenchimento passa por processos de digitação, embora este processo tenha rigoroso controle para minimizar possíveis vieses, como dupla ou tripla digitação, passíveis erros podem estar presentes, mesmo que de forma mínima. Outro aspecto relevante sobre a FAH é que esta não possui dados que caracterizam o bairro ou região dos municípios que os indivíduos que sofreram internação hospitalar residem, impossibilitando análises das regiões geográficas do município do tipo: qual região demanda mais ou menos internações por determinados agravos? Ou ainda, relacionar este dado com as áreas de abrangência das unidades dos serviços de APS. Tais análises ampliariam o conhecimento sobre a rede de serviços de saúde, assim como acesso da população aos serviços de saúde e indiretamente a qualidade e efetividade dos serviços de saúde municipais, favorecendo no processo de planejamento das ações de saúde, principalmente, de ações de promoção de saúde e prevenção de danos e agravos, partindo das especificidades de cada local, mesmo se tratando de um município.

Cabe destacar que quanto à característica do banco de dados solicitado não é possível identificar os sujeitos que sofreram reinternações e/ou foram transferidos de um serviço para o outro, sendo este um dos fatores limitantes da presente investigação.

3.6. Aspectos éticos

Para o desenvolvimento deste estudo foram seguidas as normas e recomendações para a pesquisa envolvendo seres humanos, contidas na Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, via Plataforma Brasil, com apreciação positiva. Foi inscrito sob o número CAAE 08616513.0.0000.5393, com folha de aprovação anexada no presente estudo (ANEXO C).

Para o desenvolvimento deste estudo foi solicitada dispensa do preenchimento do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, por se tratar de estudo com uso de dados secundários (número de registros de internações), não sendo possível a identificação do indivíduo, assim a solicitação foi aceita. Previamente foi solicitado ao ORAH acesso aos dados hospitalares registrados pelo CPDH, obedecendo ao fluxograma exigido pela unidade. O uso dos dados foi autorizado mediante assinatura de termo de responsabilidade, referente às condições inerentes à utilização dos dados (ANEXO D e E).

4. RESULTADOS

Nota-se que no período de 2000 a 2008, no município de Ribeirão Preto, ocorreram 613.220 registros de internações hospitalares, sendo 84.018 internações decorrentes de agravos que poderiam ter sido evitados a nível primário de atenção, denominadas ICSAP e, 529.202 internações decorrentes a agravos que não são considerados na Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, aqui chamadas de internações não-sensíveis. Cabe destacar que para fins deste trabalho consideram-se internações gerais a soma das internações não-sensíveis com as ICSAP.

Na Tabela 1, observa-se a distribuição numérica e percentual dos registros das internações ocorridas em Ribeirão Preto de pessoas residentes neste município para o período de 2000 a 2008, segundo o tipo de internação, ano de ocorrência e a variação percentual entre estes dois anos. Neste sentido, quando comparado o ano 2000 com 2008, verifica-se aumento de 14,77% nas internações gerais, 16,72% nas internações não-sensíveis e 3,23% nas ICSAP. Entretanto, a população de Ribeirão Preto também sofreu acréscimo, sendo de 504.923 habitantes no ano 2000 para 549.515 em 2008, segundo dados do IBGE⁷, houve crescimento populacional de 8,83%.

Assim, se considerado o crescimento populacional e o aumento do número de registros de internações, de modo proporcional tem-se uma tendência à redução no número de internações gerais, assim como nas ICSAP, como pode ser observado no Gráfico 1.

⁷ Estimativas populacionais utilizadas na publicação “Saúde Brasil 2012”, segundo sexo e faixa etária. Os dados referentes ao ano 2000 são provenientes do Censo 2000 e dos demais anos são estimativas obtidas através da interpolação da população entre os Censos 2000 e 2010 (IBGE, 2014b).

Tabela 1 – Distribuição de frequência e variação percentual dos registros das internações dos residentes de Ribeirão Preto, ocorridas no período de 2000 a 2008, segundo tipo de internação e ano de ocorrência, Ribeirão Preto, SP⁸

Tipo de Internação	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		Variação (%) 2008/2000
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
ICSAP	9.660	14,41	9.383	13,83	9.441	13,87	9.748	14,48	9.383	14,40	9.003	13,47	8.798	13,30	8.630	12,73	9.972	12,96	3,23
Internações não-sensíveis	57.373	85,59	58.453	86,17	58.651	86,13	57.566	85,52	55.792	85,60	57.856	86,53	57.367	86,70	59.180	87,27	66.964	87,04	16,72
Internações gerais	67.033	100,00	67.836	100,00	68.092	100,00	67.314	100,00	65.175	100,00	66.859	100,00	66.165	100,00	67.810	100,00	76.936	100,00	14,77

⁸ Fonte: ORAH/CPDH, Ribeirão Preto, SP, 2000-2008

Gráfico 1 – Distribuição das proporções dos registros das internações ocorridas em Ribeirão Preto no período de 2000 a 2008 por 100 mil habitantes. Ribeirão Preto, 2014

No entanto, há discreto aumento proporcional para as internações não sensíveis. Esse fato pode ser explicado pelo aumento de acesso da população aos serviços de saúde, uma vez que a reorganização da APS foi instituída no município centrada na expansão do número de unidades de saúde de nível primário com a introdução de unidades da ESF formalmente no ano 2000, ampliação do PACS, o que apresenta potencialidade de facilitar ações voltadas à investigação e prevenção de agravos à saúde como um todo, inclusive doenças consideradas como não sensíveis à atenção primária. Cabe ressaltar ainda, que além do acesso ampliado à população pela reorganização da rede de APS, neste período houve a implantação no município da Central de Regulação Médica, o que pode também ter impacto no conjunto das internações.

Quanto a natureza das internações, 54,86% das internações gerais foram de responsabilidade do SUS e 45,14% foram financiadas por algum tipo de convênio entre o usuário e agências de serviços de saúde suplementar ou por pagamento direto com a unidade prestadora do serviço de saúde, denominadas para fins deste estudo como internações não-SUS. Considerando os registros de ICSAP tem-se que 45.525 internações, ou seja, 54,18%, são internações SUS e que 38.493 (45,82%) foram internações não-SUS, como representado na Tabela 2, que mostra o mesmo padrão de internações para todos os grupos.

Tabela 2 – Distribuição de frequência dos registros das internações dos residentes de Ribeirão Preto, ocorridas no período de 2000 a 2008, segundo tipo e natureza das internações, Ribeirão Preto, SP⁹

Tipo de Internação	SUS		não-SUS		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Internações não-sensíveis	290.897	54,97	238.305	45,03	529.202	100,00
ICSAP	45.525	54,18	38.493	45,82	84.018	100,00
Internações Grupo 9 - <i>Hipertensão</i>	3.289	57,49	2.432	42,51	5.721	100,00
Internações gerais	336.422	54,86	276.798	45,14	613.220	100,00

Se consideradas as internações ocorridas por *Hipertensão* como uma CSAP, de modo geral há um predomínio nos registros analisados, pela utilização dos serviços SUS, assim como para todas as internações ocorridas no município, ou seja, 57,49% das internações ocorridas no período estudado são pertencentes ao Grupo 9 da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária e foram de responsabilidade SUS em contrapartida 42,51% destas foram caracterizadas como não-SUS.

A Tabela 3 representa o comportamento desta variável por ano, sendo que assim como para todos os registros das internações ocorridas no município de Ribeirão Preto há o predomínio de internações SUS em todos os anos estudados, uma vez que o SUS é o maior prestador de serviços de saúde do país, sendo que especificamente no município de Ribeirão Preto, no período analisado, ocorre a mesma situação, conforme já assinalado (VIACAVA, 2010).

⁹ Fonte: ORAH/CPDH, Ribeirão Preto, SP, 2000-2008

Tabela 3 – Distribuição numérica e percentual dos registros das internações categorizadas no Grupo – 9 *Hipertensão* de pessoas residentes em Ribeirão Preto, ocorridas no período de 2000 a 2008, segundo tipo de internação e ano de ocorrência. Ribeirão Preto, SP¹⁰

Tipo de Internação	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
SUS	384	56,97	333	59,36	315	57,80	304	53,05	375	60,88	405	58,53	364	53,85	409	57,93	400	59,00
não-SUS	290	43,03	228	40,64	230	42,20	269	46,95	241	39,12	287	41,47	312	46,15	297	42,07	278	41,00
TOTAL	674	100	561	100	545	100	573	100	616	100	692	100	676	100	706	100	678	100

¹⁰ Fonte: ORAH/CPDH, Ribeirão Preto, SP, 2000-2008

O panorama apresentado objetiva contextualizar as internações hospitalares por *Hipertensão* ocorridas em Ribeirão Preto no período de 2000 a 2008 representadas no Grupo 9 da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, objeto de estudo da atual investigação. Como citado anteriormente, o Grupo 9 denominado *Hipertensão* é composto por dois subgrupos sendo eles: *Hipertensão Essencial* e *Doença Cardíaca Hipertensiva*.

Os dados apresentados a seguir tendem favorecer a análise da ocorrência das internações por *Hipertensão*. Assim, na Tabela 4 estão representadas as distribuições numérica e percentual dos registros das internações decorrentes do Grupo 9 da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, segundo subgrupo e ano de ocorrência.

Durante o período estudado, ocorreram no Grupo 9 – *Hipertensão* um total de 5.721 internações, sendo que 2.843 (49,69%) registros de internações foram classificados como pertencente ao subgrupo *Hipertensão Essencial* e 2.878 (50,31%) registros ao subgrupo *Doença Cardíaca Hipertensiva*. Quando analisado cada subgrupo separadamente, nota-se que no primeiro subgrupo, *Hipertensão Essencial*, há uma redução no número absoluto de internações, já no subgrupo *Doença Cardíaca Hipertensiva* ocorre exatamente o inverso, ou seja, apresenta acréscimo em números absolutos quando comparado o primeiro ano investigado (2000) com o último ano (2008).

Tabela 4 – Distribuição numérica e percentual das internações categorizadas no Grupo – 9 *Hipertensão* de pessoas residentes em Ribeirão Preto ocorridas no período de 2000 a 2008 segundo subgrupo e ano de ocorrência. Ribeirão Preto, SP¹¹

Grupo 9 - Hipertensão	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hipertensão Essencial	407	60,39	327	58,29	307	56,33	313	54,62	318	51,62	333	48,12	287	42,46	284	40,23	267	39,38
Doença Cardíaca Hipertensiva	267	39,61	234	41,71	238	43,67	260	45,38	298	48,38	359	51,88	389	57,54	422	59,77	411	60,62
TOTAL	674	100,00	561	100,00	545	100,00	573	100,00	616	100,00	692	100,00	676	100,00	706	100,00	678	100,00

¹¹ Fonte: ORAH/CPDH, Ribeirão Preto, SP, 2000-2008

O Gráfico 2 representa o comportamento dos registros das internações por *Hipertensão*, segundo números absolutos para cada ano estudado. Nota-se que há decréscimos consecutivos nos três primeiros anos para ambos os subgrupos, consequentemente, redução do total das internações do Grupo 9.

Gráfico 2 – Distribuição numérica das internações categorizadas no Grupo 9 – *Hipertensão* de pessoas residentes em Ribeirão Preto, ocorridas no período de 2000 a 2008, segundo subgrupo e ano de ocorrência. Ribeirão Preto, SP¹²

Entretanto, no período entre 2003 a 2005 observa-se comportamento contrário entre os subgrupos, ou seja, o comportamento dos registros das internações apresenta direção inversa e em seguida o subgrupo *Hipertensão Essencial* novamente sofre decréscimo. Já o subgrupo *Doença Cardíaca Hipertensiva* apresenta aumento no número de registros de internações, fazendo com que ocorra uma inversão do subgrupo de maior frequência de internações ao longo dos anos estudados. Cabe pequeno parêntesis, permitindo a inferência de que as internações referentes ao Grupo 9 - *Hipertensão* estão ocorrendo nos casos mais complexos e graves, em função de um melhor atendimento nos serviços de APS.

Em relação a variável sexo, observa-se maior número de registros de internações de pessoas do sexo feminino. Para o ano de 2000, as internações para as pessoas do sexo feminino correspondem a 57,86% e para as do sexo masculino a 42,14%. Quando analisado o total de internações ocorridas no ano de 2008, tem-se que 62,24% das internações correspondem a internações de pessoas do sexo feminino e 37,76% de pessoas do sexo

¹² ORAH/CPDH, Ribeirão Preto, SP, 2000-2008

masculino. Em números absolutos e percentuais, isto se repete ao longo do período, indicando internações mais frequentes de pessoas do sexo feminino para o Grupo 9 – *Hipertensão*. A variação apresentada no período de 2008 a 2000 para ambos os sexos, é de respectivamente 8,20% para as internações em pessoas do sexo feminino e de -9,80% para as do sexo masculino, enquanto que a variação para o número total de registros de internações é de 0,59%.

A Tabela 5 representa a distribuição do número de internações por *Hipertensão* segundo sexo e ano de ocorrência.

No período estudado a população de Ribeirão Preto era predominantemente feminina, segundo dados do IBGE¹³, para cada ano. Ao analisar o número de internações de modo proporcional para cada 100 mil habitantes, observa-se que as internações referentes ao sexo feminino se comportaram de modo decrescente até o ano de 2002, com discreto acréscimo no ano de 2003 e aumento no ano de 2004, mantendo comportamento estável até o ano de 2006 seguido de acréscimos consecutivos até o ano de 2008.

O sexo masculino também apresenta comportamento variável, diferenciando-se do sexo feminino em relação ao ano em que as internações sofrem acréscimo, sendo que para esta categoria a situação de acréscimo ocorre no período entre o ano de 2004 e 2005, em seguida sofre decréscimo no número de registros de internações por *Hipertensão* em pessoas do sexo masculino.

¹³ Estimativas populacionais utilizadas na publicação “Saúde Brasil 2012”, segundo sexo e faixa etária. Os dados referentes ao ano 2000 são provenientes do Censo 2000 e dos demais anos são estimativas obtidas através da interpolação da população entre os Censos 2000 e 2010 (IBGE, 2014b)

Tabela 5 – Distribuição numérica e percentual das internações categorizadas no Grupo – 9 *Hipertensão* de pessoas residentes em Ribeirão Preto ocorridas no período de 2000 a 2008 segundo sexo e ano de ocorrência. Ribeirão Preto, SP¹⁴

Sexo	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		Variação (%)
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	2008/2000
Feminino	390	57,86	338	60,25	318	58,35	326	56,89	387	62,82	389	56,21	392	57,99	405	57,37	422	62,24	8,20
Masculino	284	42,14	223	39,75	227	41,65	247	43,11	229	37,18	303	43,79	284	42,01	301	42,63	256	37,76	- 9,80
TOTAL	674	100	561	100	545	100	573	100	616	100	692	100	676	100	706	100	678	100	0,59

¹⁴ ORAH/CPDH, Ribeirão Preto, SP, 2000-2008

Quando comparado o número de internações por *Hipertensão* para a população em geral independente do sexo, os valores proporcionais são menores do que para o sexo feminino.

O comportamento dos registros das internações por *Hipertensão* para o sexo masculino, no geral, segue o mesmo padrão das internações para a população como um todo, exceto para o período de 2003 a 2004, quando há acréscimo proporcional das internações para a população geral e decréscimo para a população masculina.

Os detalhes das variações proporcionais podem ser observados no Gráfico 3.

Gráfico 3 – Distribuição das proporções das internações ocorridas em Ribeirão Preto no período de 2000 a 2008 por 100 mil habitantes, segundo sexo e ano de ocorrência. Ribeirão Preto, 2014

A Tabela 6 e o Gráfico 4 representam as internações por *Hipertensão* como uma CSAP, segundo sexo e subgrupo.

Observa-se maior número de registros de internações em mulheres para ambos os subgrupos, *Hipertensão Essencial* e *Doença Cardíaca Hipertensiva*, em todos os anos do período analisado. Nos primeiros anos há número maior de registros de mulheres que internaram por *Hipertensão Essencial* e nos anos seguintes há maior número de internações em mulheres por *Doença Cardíaca Hipertensiva*, ou seja, com o decorrer dos anos as mulheres são internadas devido a agravos de maior complexidade/gravidade.

Embora o número de internações em homens seja menor o mesmo comportamento é observado, ou seja, nos anos iniciais há maior número de homens que internam por *Hipertensão Essencial* e no decorrer do período passa a ser maior o número de registros de internações de homens por *Doença Cardíaca Hipertensiva*.

Gráfico 4 – Distribuição percentual das internações ocorridas em Ribeirão Preto no período de 2000 a 2008, segundo subgrupo, sexo e ano de ocorrência. Ribeirão Preto, 2014

Destaca-se a inflexão ocorrida no ano de 2004, marcada pela proximidade percentual do número de internações ocorridas em ambos os subgrupos para o sexo masculino, com posterior acréscimo e inversão de comportamento no ano de 2005, mesmo ano em que se destaca a inversão do subgrupo com maior número de internações para o sexo feminino.

Tabela 6 – Distribuição numérica e percentual das internações categorizadas no Grupo – 9 *Hipertensão* de pessoas residentes em Ribeirão Preto ocorridas no período de 2000 a 2008 segundo subgrupo, sexo e ano de ocorrência. Ribeirão Preto, SP¹⁵

Grupo 9 - Hipertensão	Sexo	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hipertensão Essencial	Masc.	172	25,52	130	23,17	127	23,3	137	23,91	112	18,18	147	21,24	122	18,05	126	17,85	103	15,19
	Fem.	235	34,87	197	35,12	180	33,03	176	30,72	206	33,44	186	26,88	165	24,41	158	22,38	164	24,19
D. Card. Hipertensiva	Masc.	112	16,62	93	16,58	100	18,35	110	19,2	117	18,99	156	22,54	162	23,96	175	24,79	153	22,57
	Fem.	155	23,00	141	25,13	138	25,32	150	26,18	181	29,38	203	29,34	227	33,58	247	34,99	258	38,05
TOTAL		674	100	561	100	545	100	573	100	616	100	692	100	676	100	706	100	678	100

¹⁵ ORAH/CPDH, Ribeirão Preto, SP, 2000-2008

Na Tabela 7 encontram-se apresentados dados referentes à variável faixa etária das pessoas que sofreram internações por *Hipertensão* como uma CSAP no período de 2000 a 2008, em Ribeirão Preto, registradas por meio da FAH.

Cabe destacar que para a categorização dos grupos etários utilizados para análise dos dados obtidos foi utilizado as categorias definidas pelo IBGE, com adaptações necessárias para satisfazer o objeto de estudo. As faixas etárias iniciais da categorização do IBGE, “menores de 1 ano”, “1 a 4 anos” e “5 a 9 anos” foram agrupadas em uma única categoria, neste estudo, denominada “*menores de 10 anos*”, uma vez que a ocorrência de internações por DCNT, dentre elas as decorrentes à HAS são menos frequentes nesta faixa populacional e quando acontecem estão, na maioria das vezes, associadas a causas secundárias, como as doenças renais, mas podem também, em outros casos mínimos, representar o início precoce da hipertensão arterial essencial observada nos adultos.

Fato interessante é que todas as internações ocorridas em “*menores de 10 anos*”, tiveram como diagnóstico principal hipertensão arterial essencial, ou seja, pertencem ao primeiro subgrupo do Grupo 9, sendo o subgrupo de menor complexidade clínica. No período estudado ocorreram 12 registros de internações em crianças menores de dez anos, sendo que nos anos de 2002, 2003 e 2006 não ocorreram internações nesta faixa etária. Alguns anos como 2001 e 2007 apresentam valores absolutos maiores, o que indica prováveis casos de reinternações, caracterizado por difícil manejo clínico no nível primário de atenção. Destaca-se também a ocorrência de três registros de internações em crianças menores de um ano, sendo dois do sexo masculino e uma do sexo feminino, sendo que estas ocorreram nos anos de 2005 e 2007.

Comparando o ano 2000 com o ano de 2008, segundo a faixa etária “*menores de 10 anos*” tem-se comportamento estável, tanto em números absolutos como de modo proporcional para o número de habitantes. Quando comparado todo o período de 2000 a 2008, observam-se maiores números de registros de internações nos anos 2001 e 2007.

Em todos os registros de internações de “*menores de 10 anos*” está descrito “*alta*” como condição de saída.

Tabela 7 – Distribuição numérica das internações categorizadas no Grupo – 9 Hipertensão de pessoas residentes em Ribeirão Preto ocorridas no período de 2000 a 2008 segundo faixa etária e ano de ocorrência. Ribeirão Preto, SP¹⁶

Faixa etária	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
< 10 anos	1	0,15	3	0,53	0	0,00	0	0,00	1	0,16	1	0,14	0	0,00	5	0,71	1	0,15	12	0,21
10 a 19 anos	4	0,59	8	1,43	4	0,73	5	0,87	2	0,32	2	0,29	3	0,44	1	0,14	0	0,00	29	0,51
20 a 29 anos	8	1,19	8	1,43	9	1,65	8	1,40	12	1,95	8	1,16	7	1,04	6	0,85	17	2,51	83	1,45
30 a 39 anos	44	6,53	30	5,35	17	3,12	15	2,62	23	3,73	25	3,61	28	4,14	37	5,24	25	3,69	244	4,26
40 a 49 anos	112	16,62	75	13,37	82	15,05	80	13,96	82	13,31	80	11,56	67	9,91	61	8,64	53	7,82	692	12,10
50 a 59 anos	122	18,10	95	16,93	113	20,73	115	20,07	114	18,51	119	17,20	131	19,38	135	19,12	110	16,22	1054	18,42
60 a 69 anos	170	25,22	138	24,60	103	18,90	127	22,16	127	20,62	148	21,39	153	22,63	162	22,95	151	22,27	1279	22,36
70 a 79 anos	137	20,33	122	21,75	136	24,95	134	23,39	160	25,97	184	26,59	159	23,52	174	24,65	178	26,25	1384	24,19
80 anos e mais	76	11,28	82	14,62	81	14,86	89	15,53	95	15,42	125	18,06	128	18,93	125	17,71	143	21,09	944	16,50
Total	674	100,00	561	100,00	545	100,00	573	100,00	616	100,00	692	100,00	676	100,00	706	100,00	678	100,00	5721	100,00

¹⁶ ORAH/CPDH, Ribeirão Preto, SP, 2000-2008

Na categoria “10 a 19 anos”, notam-se um total de 29 internações para todo o período analisado, ou seja, 0,5 % de todas as internações ocorridas neste período. As internações apresentam comportamento variável nos primeiros anos, seguindo de decréscimo, sendo que não ocorreu internação no último ano estudado, por nenhum dos diagnósticos pertencentes ao Grupo 9 – *Hipertensão*, da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária.

Proporcionalmente ao número de habitantes de Ribeirão Preto na faixa etária de “10 a 19 anos”, os números também apresentaram o mesmo comportamento, tendo acréscimo duas vezes maior para o ano 2001 em relação ao ano 2000, sendo o ano 2001 o que apresentou em números absolutos e proporcionais o maior número de internações de pessoas da faixa etária “10 a 19 anos”. Cabe destacar, que este grupo também não apresentou nenhum registro de internação pelo agravo de maior complexidade do grupo, *Doença Cardíaca Hipertensiva*. Em todas as internações registradas foram identificadas “alta” como condição de saída.

A faixa etária “20 a 29 anos” apresenta um total de 83 registros de internações por *Hipertensão*, com maior número de internações no ano de 2004 e 2008. Neste grupo observa-se maior número de registros de internações pertencente ao primeiro subgrupo, *Hipertensão Essencial*, sendo apenas cinco internações decorrentes a *Doença Cardíaca Hipertensiva*, três registros do sexo masculino e dois do sexo feminino. O maior número de internações ocorre em pessoas do sexo feminino, totalizando 51 registros de pessoas deste sexo. Nesta faixa etária, a maioria das internações foi de responsabilidade SUS, sendo oito 8 internações de responsabilidade privada ou por algum tipo de convênio. Cabe destacar que diferente das duas categorias descritas anteriormente, o registro de uma das mulheres internadas em 2004 com diagnóstico principal de hipertensão arterial essencial teve *óbito* como condição de saída.

Em relação aos registros de internações de pessoas com “30 a 39 anos” no período estudado, observa-se uma diferença mínima em relação aos sexos, onde 124 (50,82%) internações foram do sexo masculino e 120 (49,18%) foram de pessoas do sexo feminino. Neste grupo observa-se aumento do número de internações com o diagnóstico principal de *Doença Cardíaca Hipertensiva*, sendo 65 internações decorrentes deste diagnóstico. Novamente, há maior número de internações pelo SUS – 147 internações. Mesmo com maior número de registros de internação por condições clínicas consideradas de maior complexidade, não ocorreu nenhum registro de “óbito” nesta faixa etária a nível hospitalar no período analisado.

Nota-se aumento importante no número de registros de internações ocorridas em pessoas com 40 anos ou mais, uma vez que se trata de uma condição crônica seria esperado

aumento do número de internações de pessoas com maiores idades. Entretanto, o que se observa é uma grande parcela de adultos jovens que sofreram internações por *Hipertensão*, fato este que pode estar estritamente ligado a hábitos de vida adotados nas últimas décadas, ao aumento do consumo de alimentos embutidos e industrializados de rápido preparo, baixo custo e com grande teor de sódio, sedentarismo, stress e também ao consumo de álcool e tabaco.

Na faixa etária “40 a 49 anos”, assim como na categoria anterior há pouca diferença entre os sexos, sendo 356 (51,37%) internações de pessoas do sexo feminino e 337 (48,63%) de pessoas do sexo masculino. Nota-se também aumento do número de registros de internações não-SUS, onde 317 (45,74%) registros de internações possuem este tipo de descrição. Das 693 internações ocorridas no período de 2000 a 2008, 10 delas resultaram em “óbito” intra-hospitalar, sendo 6 deles decorrentes à complicações de *Hipertensão Essencial* e 4 à *Doença Cardíaca Hipertensiva*, diagnóstico de menor frequência nesta faixa etária (221 internações).

A faixa etária “50 a 59 anos” foi responsável por 18,42% de todas as internações do Grupo 9 – *Hipertensão* ocorridas no período de 2000 a 2008, totalizando 1.054 internações. Novamente, com maior frequência nos registros de internações de pessoas do sexo feminino (54,55%); internações de responsabilidade SUS (57,49%) e pertencentes ao subgrupo *Hipertensão Essencial* (58,25%). Neste grupo, também ocorreram internações que resultaram em “óbito”, sendo que 1.025 internações resultaram em “alta” e 29 internações em “óbito”. Contrário à categoria anterior, houve maior número de “óbitos” decorrentes a complicações de *Doença Cardíaca Hipertensiva*, sendo de 18 casos.

Foram registradas 1.279 internações de pessoas de “60 a 69 anos” por *Hipertensão* como uma CSAP no período investigado, sendo 684 (53,47%) internações de pessoas do sexo feminino e 595 (46,52%) de pessoas do sexo masculino. A maioria das internações de responsabilidade SUS (743 internações) e com condição de saída “alta”, entretanto 3,9% das internações resultaram em “óbito”. Quanto ao diagnóstico principal, nesta faixa etária houve uma frequência maior de internações decorrentes de *Doença Cardíaca Hipertensiva*, ou seja, 671 internações pertencem ao segundo subgrupo do Grupo 9, sendo que em 31 registros de internações os indivíduos foram a “óbito” em ambiente hospitalar.

Na faixa etária “70 a 79 anos” houve um total de 1.384 (24,19%) internações, das quais 880 internações são registros de mulheres e 504 de homens; 24 internações de responsabilidade SUS, portanto 560 internações particulares ou de responsabilidade de algum tipo convênio com agências de saúde suplementar. Novamente, observa-se maior número de

internações decorrentes ao agravamento de maior complexidade clínica, *Doença Cardíaca Hipertensiva*, totalizando 875 internações, sendo que 509 internações tiveram como *Hipertensão Essencial* como diagnóstico principal de internação. Quanto à condição de saída, 1330 (96,1%) internações tiveram “alta” e 54 (3,9%) internações resultaram em “óbito”, mantendo assim a mesma frequência percentual da faixa etária apresentada anteriormente.

Sabe-se que a faixa etária “80 anos e mais”, assim como a primeira faixa etária descrita, possui um contingente de idade abrangente, no entanto, foram utilizadas as mesmas categorias dos dados populacionais, os quais foram usados para comparar o comportamento das internações de modo proporcional. Nesta faixa etária, a maior idade apresentada foi 99 anos.

Ocorreram 944 registros de internações de pessoas de “80 anos e mais”, ou seja, 16,50% de todas as internações do Grupo 9 – *Hipertensão* ocorridas no período de 2000 a 2008, dos quais 686 (72,67%) registros de internações foram de pessoas do sexo feminino e 258 (27,33%) foram de pessoas do sexo masculino; 533 internações foram de responsabilidade SUS e 411 foram não-SUS. Em relação ao diagnóstico principal, foram 342 registros de internações caracterizadas no primeiro subgrupo, *Hipertensão Essencial*, e 602 internações por *Doença Cardíaca Hipertensiva*, onde 33 casos de “óbitos” foram decorrentes à agravos da *Hipertensão Essencial* e 39 casos de “óbitos” foram por *Doença Cardíaca Hipertensiva*, totalizando um percentual de 7,62% dos registros das internações, fato este que pode estar associado com as condições fisiológicas da pessoa idosa.

Não diferente do comportamento mundial, o município de Ribeirão Preto está passando por uma característica transição demográfica, resultando em substancial mudança no desenho da pirâmide etária, que reflete aumento da expectativa de vida e no aumento da população acima de 60 anos. Assim, para o período de 2000 a 2008, em Ribeirão Preto, nota-se discreta redução da população menor de 20 anos, atualmente com predomínio da população de adultos jovens, porém com aumento significativo da população idosa no município (IBGE/2014b).

De modo proporcional aos dados de registros das internações por *Hipertensão* segundo faixa etária, descritos acima, observam-se que as internações de crianças “menores de 10 anos” embora passem por variações entre os anos de 2000 a 2008 tem-se uma tendência linear, com abrupto aumento no ano de 2007 devido a ocorrência de três internações.

Para a categoria “10 a 19 anos”, nota-se importante decréscimo quando comparado o ano de 2008 com o ano 2000. Já na categoria “20 a 29 anos” também ocorre variação proporcional entre os anos, no entanto, há expressivo aumento em relação ao ano de 2007 para o ano 2008. Mesmo ocorrendo um aumento populacional de pessoas de 30 a 59 anos no

município de Ribeirão Preto, pode-se afirmar que houve redução no número de internações de pessoas desta faixa etária, uma vez que, as categorias “30 a 39 anos”, “40 a 49 anos” e “50 a 59 anos” apresentam significativa redução quando analisadas de modo proporcional ao número de residente para cada ano investigado.

Quando analisados os registros da população com 60 anos ou mais, observa-se que para a categoria “60 a 69 anos”, assim como para as categorias descritas no parágrafo anterior há redução no número proporcional de internações, com significativo decréscimo nos três primeiros anos, seguido de um acréscimo discreto e por sua vez redução em relação aos dois últimos anos estudados. Para a categoria “70 a 79 anos” pode-se dizer que praticamente o número de registros de internações se manteve, embora também tenha sofrido variações no decorrer dos anos tanto para mais quanto para menos. Já para a categoria “80 anos e mais” há aumento no número das internações, sendo expressivo em relação ao ano de 2004 para o ano de 2005 e significativo em relação aos dois últimos anos.

O Gráfico 5 representa o comportamento da variação das internações por *Hipertensão* considerando esta como uma CSAP de modo proporcional ao número de habitantes, cabe destacar que os dados descritos são calculados para cada 100 mil habitantes.

Gráfico 5 - Distribuição dos valores proporcionais das internações categorizadas no Grupo – 9 *Hipertensão* de pessoas residentes em Ribeirão Preto ocorridas no período de 2000 a 2008 segundo faixa etária e ano de ocorrência para cada 100 mil habitantes. Ribeirão Preto, 2014

A Tabela 8 representa a distribuição de frequência simples e o percentual da condição de saída das internações ocorridas no período de 2000 a 2008. Em relação a esta variável, observa-se que nos registros das internações, a grande maioria obteve “alta”, entretanto, há uma porcentagem mínima de registros de internações do Grupo 9 que constam “óbito” durante a internação, assim, há 87 (40,09%) casos de “óbito” por *Hipertensão Essencial* e 130 (59,91%) “óbitos” por *Doença Cardíaca Hipertensiva*, subgrupo de maior complexidade de manejo clínico, totalizando 217 casos de “óbito” no período de 2000 a 2008.

No decorrer dos anos, os casos de “óbito” por *Hipertensão* tiveram comportamento praticamente estável, variando em torno de 3 a 4%, no entanto, em 2007, ano em que se verificou maior número de registros de internações por *Hipertensão*, houve também maior número de casos de “óbito”, sendo de 5,52%, consequentemente foi o ano que apresentou menor frequência percentual em relação ao número de casos de alta.

Observa-se que o comportamento da variação de frequência simples e percentual para o número total de registros e para os registros descritos como casos de “alta” possuem semelhança no comportamento, entretanto é observado comportamento variável bastante singular para os casos de “óbito”.

Tabela 8 – Distribuição numérica e percentual das internações categorizadas no Grupo – 9 *Hipertensão* de pessoas residentes em Ribeirão Preto ocorridas no período de 2000 a 2008 segundo condição de saída e ano de ocorrência. Ribeirão Preto, SP¹⁷

Condição de Saída	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Alta	653	96,88	540	96,26	534	97,98	553	96,51	587	95,29	662	95,66	651	96,30	667	94,48	657	96,90
Óbito	21	3,12	21	3,74	11	2,02	20	3,49	29	4,71	30	4,34	25	3,70	39	5,52	21	3,10
TOTAL	674	100	561	100	545	100	573	100	616	100	692	100	676	100	706	100	678	100

¹⁷ ORAH/CPDH, Ribeirão Preto, SP, 2000-2008

5. DISCUSSÃO

Como já apontado em outros momentos desta investigação, as CSAP, atualmente, têm sido utilizadas como ferramenta de avaliação da APS, que permite conhecer e analisar a capacidade da rede de atenção, de modo direto por meio da indicação de acesso ao serviço de saúde ou como indicador indireto de efetividade dos serviços de saúde, da rede de atenção e das ações e medidas públicas adotadas em relação à promoção de saúde e de prevenção de doenças, tanto em contexto nacional quanto internacional (NESCON, 2012; MENDONÇA et al., 2011; GUSMANO et al., 2014; FREUND et al., 2013).

De modo geral, o uso do indicador CSAP favorece o conhecimento sobre a conformação da rede de saúde como um todo, principalmente daqueles serviços chamados de porta de entrada, ou seja, o primeiro contato do usuário com os serviços de saúde (MACINKO; DOURADO; GUANAIS, 2011). Conceitualmente, CSAP são problemas de saúde atendidos por ações típicas do primeiro nível de atenção e cuja evolução, na falta de atenção oportuna e efetiva, pode exigir hospitalização (NEDEL et al., 2010). Assim, pode auxiliar nas investigações sobre iniquidades de acesso entre as regiões, comunidade e grupos populacionais, além de favorecer comparações entre os desempenhos de diferentes serviços de saúde e modelos de atenção (ALFRADIQUE et al., 2009).

Estudos mais recentes têm sustentado a premissa de que números menores de internações hospitalares por determinados agravos, considerados sensíveis à APS, são reflexos de maior acesso a serviços de atenção primária e de ações mais efetivas deste nível de atenção, que podem ser traduzidas como ações de prevenção de doenças, reabilitação de condições crônicas, diagnóstico e tratamento precoce, manejo e tratamento adequado das doenças, grupos multidisciplinares de promoção à saúde para a população, acompanhamento clínico adequado, preferencialmente com o mesmo profissional de saúde, maior número de atendimentos com foco preventivo, maior número de serviços de saúde próximos aos domicílios e maior número de médicos generalistas auxiliando no diagnóstico precoce (BOING et al., 2012; DOURADO et al., 2011; FERREIRA; DIAS; MISHIMA, 2012; NEDEL et al., 2010; ALFRADIQUE et al., 2009; DIAS-DA-COSTA et al., 2008; RIZZA et al., 2007; ANSARI; LADITKA; LADITKA, 2006).

Estudo realizado por Cardoso et al. (2013), que descreve o perfil epidemiológico das internações ocorridas na cidade de Divinópolis, Minas Gerais, para o período de julho a outubro de 2011, aponta resultados para uma alta proporção de ICSAP, sendo de 36% para a

região na qual esta localizado o município, e ainda mais alta, 41%, em Divinópolis, município referência em saúde para a região. Tal ocorrência pode estar relacionada ao fato dos autores considerarem internação como a permanência do usuário em um determinado serviço de saúde por mais de 24 horas e as internações ocorridas em serviços de pronto-atendimento. Os autores afirmam que um terço das internações, ocorridas no município de Divinópolis, foi em unidades de pronto-atendimento, das quais mais da metade foram consideradas como ICSAP. Estas internações em tal volume podem ainda ser justificadas pelo fato de que internações em unidades de pronto-atendimento não exigem uma autorização de internação hospitalar, ou seja, não são contabilizadas nas estatísticas oficiais de internações disponibilizadas no banco do DATASUS, uma das principais fontes de dados de estudos nacionais sobre ICSAP.

Chama a atenção, no referido estudo, os valores aumentados nos números de ICSAP encontrados em relação a outras investigações, no entanto, estes dados podem refletir casos de insatisfação do usuário em relação aos serviços de saúde por ele buscado ante um problema de saúde. Ortega, Infante e Palacios (2004) afirmam que os usuários insatisfeitos com a qualidade da atenção podem gerar padrões de utilização ineficientes, com múltiplos prestadores e diferentes tipos de articulação entre os mesmos, buscando nem sempre o serviço de saúde mais adequado para sua condição de saúde. Afirma Paula (2011) que situações de insatisfação dos usuários com os serviços de saúde prestados geram casos de duplicação e de uso simultâneo dos serviços, sendo que a pesquisadora usou destes perfis de utilização de serviços de saúde para avaliação da satisfação do usuário.

Neste sentido, alguns dos achados de Paula (2011) corroboram com dados encontrados por Cardoso et al. (2013); nestes dois estudos pode-se observar que os usuários buscam por atendimento aos serviços de saúde que vem ao encontro com suas necessidades, fazendo destes a “porta de entrada” preferencial ao sistema de saúde, independente de mecanismos que limitam geograficamente as áreas de abrangências dos serviços de saúde, ou ainda, medidas organizacionais do sistema de saúde.

Em especial, no Brasil, as estratégias de reorganização do sistema de saúde estão pautadas na implantação e ampliação da ESF, tendo sua versão inicial instalada como programa em meados da década de 90. Desde então, a ESF vem tentando fornecer e sustentar outro modelo de assistência à saúde, designado para promover acesso, sendo o primeiro contato do usuário com os demais serviços de saúde da rede de atenção, valorizando o usuário em seu contexto social de modo integral e integrado.

Cabe destacar que a ESF, se dá por meio de ações de uma equipe multiprofissional mínima, composta por um médico generalista ou médico da família, um enfermeiro, um

técnico de enfermagem, de 4 a 6 agentes comunitários de saúde, podendo ter ainda, um técnico de odontologia, dentista, psicólogo, nutricionista, farmacêutico, dentre outros, oferecendo cuidado de saúde em território específico de aproximadamente 3.500 pessoas por equipe (BRASIL, 2011b).

A ESF tem apresentado resultados positivos quando comparada com outros serviços de saúde. Mesmo considerando as críticas existentes (MERHY, 2004; MERHY; FRANCO, 2002), este modelo de atenção tem sido valorizado pelos usuários, profissionais de saúde e gestores, principalmente, pela qualidade da atenção ofertada próxima aos domicílios, favorecendo acesso da população, consequentemente, em áreas de grande cobertura de ESF observam-se melhora nos indicadores de saúde, tal como redução da mortalidade infantil (AQUINO; de OLIVEIRA; BARRETO, 2009; DOURADO et al., 2011)

Em alguns estudos, há estreita relação entre menores taxas de ICSAP e regiões com maior cobertura de ESF e valores mais elevados de internações em regiões com maior quantidade de leitos hospitalares (NEDEL et al., 2008; DOURADO et al., 2011; MACINKO et al., 2010; YASUDA, 2011; BOING et al., 2012; DIAS-DA-COSTA et al., 2010).

Dourado et al. (2011) afirmam que mesmo em estudos que fatores de confusão em potencial são controlados, como fatores sociais e fatores relacionados aos serviços de saúde que possam oferecer riscos de admissão hospitalar, as taxas de ICSAP são menores em regiões cobertas por ESF.

Talvez estes resultados possam estar relacionados a ações de cuidado pensadas e articuladas coletivamente, entre trabalhadores de diferentes áreas de saber e formação diversa que compõem a equipe de saúde da família. Esta pode ser uma das hipóteses para este resultado, devendo, contudo, considerar que, os sujeitos envolvidos nestas ações de coletividade devem partilhar de projeto comum pertinente às necessidades de saúde dos usuários, além de intervenções técnicas previamente sugeridas (PEDUZZI, 2001).

Peduzzi (2001), no trabalho “*Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia*” conceitua dois tipos de equipe presentes nos diferentes serviços de saúde, uma chamada de *equipe agrupamento*, caracterizada por ações de trabalho que priorizam a especialidade das ações, com prevalente fragmentação do trabalho; e outra, denominada *equipe integração* a qual está pautada por ações articuladas consoantes à proposta da integralidade das ações de saúde, sendo predominante a flexibilidade da divisão do trabalho.

Assim, a autora acredita na comunicação como facilitador do processo de articulação entre os diferentes agentes envolvidos no trabalho, e considera que o trabalho em equipe multiprofissional “consiste uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação

recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais” (PEDUZZI, 2001, p. 108).

Cabe destacar a importância de outros fatores que estão relacionados ao desempenho das ações de nível primário de atenção, ou seja, participação do usuário nas ações desenvolvidas, principalmente, nas ações terapêuticas planejadas, criação e manutenção de bons vínculos com a comunidade, horários de funcionamento adequados à realidade da área de abrangência e serviços voltados à necessidade da população atendida, considerando a estruturação dos serviços de saúde de uma determinada área de acordo com aspectos sociais e epidemiológicos.

Embora haja um reconhecido esforço para a implantação e implementação da ESF, nota-se ainda regiões carentes deste tipo de atenção, ora pelo fato de não haver estrutura física e/ou recursos humanos adequados, ora por não partilhar dos objetivos propostos por tal política, muitas das vezes fortalecidos por programas de saúde verticalizados e de alta exclusão no acesso aos serviços de saúde. Assim, essa implementação de modo desigual da ESF, nas diferentes áreas geográficas brasileiras, ou até mesmo dentro de um único município podem favorecer a falta de acesso à APS de qualidade e resolutiva, o que pode influenciar na manutenção de taxas elevadas de ICSAP (BOING et al., 2012).

Neste sentido, nota-se que quando há oferta de uma APS organizada, oportuna e efetiva, independente do modelo de atenção adotado, ocorre redução das taxas de ICSAP, uma vez que podem ser observadas reduções nas taxas de internações em países com serviços e sistemas de saúde diferentes do adotado pelo sistema de saúde brasileiro, universais ou não, como: Alemanha, Canadá, Espanha, EUA, França e Suíça (BURGDORF; SUNDMACHER, 2014; ROOS, et al., 2005; CAMINAL HOMAR et al., 2001; BINDMAN et al., 2005; GUSMANO et al., 2014; EGGLI et al., 2014).

Entretanto, estudos brasileiros, têm se mostrado mais favoráveis em relação à redução das taxas de ICSAP em regiões onde há maior oferta de unidades de ESF (NEDEL et al., 2008; MACINKO et al., 2010; DOURADO et al., 2011; BOING et al., 2012; CARDOSO et al., 2013), ou seja, as ICSAP têm apresentado maiores reduções, principalmente, em regiões onde a oferta de serviços de APS é mais oportuna e efetiva.

Estudo realizado por Boing et al. (2012) mostra que houve redução média anual de ICSAP de 3,7% entre homens e mulheres, no período de 1998 à 2009, sendo que esta tendência variou em cada unidade federativa, cabendo frisar que em nenhuma houve aumento das ICSAP. Os autores trazem ainda, que os grupos de agravos à saúde que mais ocasionaram internações foram às gastroenterites infecciosas e suas complicações, insuficiência cardíaca,

uma das possíveis complicações da hipertensão arterial essencial, e a asma. Estas são também as condições apontadas como sendo mais frequentes em estudo realizado anteriormente (ALFRADIQUE et al., 2009).

Já as maiores reduções foram observadas nas úlceras gastrointestinais, nas condições evitáveis e imunopreviníveis, e doenças de vias aéreas inferiores, não sendo observado diferença entre os sexos. Também em relação ao sexo, foi observada queda expressiva na tendência de ICSAP, com mesma magnitude para ambos os sexos (BOING et al., 2012).

Neste mesmo sentido, Alfradique et al. (2009) mostram redução de 15,8% das ICSAP e de 10,1% para as demais condições no Brasil de 2000 a 2006. Trazem além das gastroenterites e suas complicações, insuficiência cardíaca e asma, condições já citadas, as doenças das vias aéreas inferiores, pneumonias bacterianas, infecções no rim e trato urinário, doenças cerebrovasculares e hipertensão também como condições bastantes presentes como diagnósticos das internações ocorridas no Brasil. Divergindo em algumas das condições trazidas como menos frequentes apresentadas por Boing et al. (2012).

Rehem e Egry (2011) quando analisaram as ICSAP, para o período de 2000 a 2007, observaram que no Estado de São Paulo o percentual das ICSAP segue uma tendência de redução que se torna mais evidente a partir dos últimos anos (2006-2007). Entretanto, quando as autoras analisaram a relação entre o número de internações por condições não sensíveis e de ICSAP, observaram que nos DRSs, onde houve crescimento de internações, também aumentou o número de ICSAP.

Já no DRS de Ribeirão Preto, São Paulo, Yasuda (2011) encontrou taxas de ICSAP abaixo da média nacional¹⁸, sendo de 16%, e também apresentou uma tendência a redução, caindo no período de 2002 a 2006, de 16,9% para 14,69%.

O mesmo pode ser observado durante análise da presente investigação, uma vez que, as internações no município de Ribeirão Preto sofreram acréscimo de 14,77% no número de registros de internações gerais, 16,72% nas internações não sensíveis e 3,23% nas ICSAP quando comparado o ano de 2008 com 2000. Entretanto, se analisados estes dados de modo proporcional ao número de habitantes no município de Ribeirão Preto para cada ano correspondente, tem-se uma discreta redução nas internações gerais, acréscimo das

¹⁸ A autora faz referência ao trabalho de Pestana e Mendes (2004) que consideram uma média nacional de 33,8% de internações por CSAP para o ano de 2004.

internações não sensíveis, principalmente nos anos de 2007 e 2008, e comportamento estável para as ICSAP durante todo o período analisado.

Diante do exposto, pode-se verificar que ações e políticas de saúde que viabilizam maior acesso e efetividade dos serviços de APS, favorecem menores números de ICSAP, entretanto, podem apontar maiores números de internações por outras condições e agravos de saúde, uma vez que, viabilizam melhores atendimentos, consequentemente, diagnóstico precoce de outras condições clínicas que podem contribuir com um maior número de internações por outras condições. Diferentes estudos apontam uma tendência de redução das internações hospitalares quando analisado este dado de modo proporcional ao crescimento populacional em território nacional, sendo observado, portanto, o mesmo comportamento no município de Ribeirão Preto.

Outro fator de merecido destaque é a relação entre as ICSAP e a cobertura por ESF, embora o município de Ribeirão Preto compartilhe dos dados de redução das internações gerais, não se pode atribuir a este comportamento a ampliação dos serviços de ESF no município, uma vez que, esta ainda se dá de forma tímida no município, traduzida por uma implantação iniciada no ano 2000 com cobertura de 12,9% em 2008 e uma cobertura igual a 13,9% em maio de 2013 (RIBEIRÃO PRETO, 2009b; RIBEIRÃO PRETO, 2013).

Assim, a redução das internações no município de Ribeirão Preto pode estar associada a outras ações estratégicas implantadas/implementadas no período de 2000 a 2008, como crescimento do número de serviços de saúde de nível primário e ambulatorial públicos e privados, pactuação de convênios entre serviços de saúde privados e o gestor de saúde municipal, reorganização da rede de serviços de saúde, implantação da Central de Regulação e posteriormente do Complexo Regulador, e ainda, crescimento do número de atendimentos especializados e em serviços ambulatoriais de urgência (pronto-atendimentos) que não são contabilizados como internações hospitalares por não gerar a FAH, no caso de Ribeirão Preto e região.

Cabe destacar a figura do Complexo Regulador como instrumento de regulação da assistência em diferentes níveis de atenção, garantindo acesso e equidade a partir de um modelo de organização da atenção com foco no usuário e em suas necessidades de saúde (FERREIRA, 2007). Implantado em um contexto de superlotação da rede de urgência e emergência no município de Ribeirão Preto, após grande período de avaliação da rede de serviços de saúde do município, o Complexo Regulador foi implantado com o objetivo de planejar e programar a atenção à saúde, por meio de dimensionamento da população de acordo com sua necessidade para os serviços de saúde mais adequados (FERREIRA, 2007).

Em avaliação realizada por Ferreira (2007), a autora aponta que a partir da organização do Complexo Regulador em 2005, houve incremento de ações de baixa e média complexidade nos serviços de saúde municipal refletindo em redução das internações de baixa/média complexidade e crescendo o número de internações de maior complexidade, o que pode justificar o discreto aumento no número das internações não-sensíveis no período de 2000 a 2008, viabilizado possivelmente pelo acesso da população a serviços de saúde.

Estudo sobre acesso e uso de serviços de saúde, realizado a partir dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), afirma que mais de 70% da população brasileira refere ter acesso à pelo menos um serviço de saúde de uso regular, sendo crescente o número de pessoas que referem que os postos ou centros de saúde são os serviços preferencialmente procurados (VIACAVA, 2010). No entanto, este panorama não afirma que ocorre uma mudança no modelo de atenção à saúde prestado, apenas afirma que a população está tendo mais acesso aos serviços de saúde. Cabe ainda destacar, que o acesso a serviços de saúde, realmente, vem aumentando de forma importante em nosso país, mas estes ainda permanecem distribuídos de forma desigual.

Tais características remetem a discussão realizada por Santos et al. (2013), quando problematizam o uso do indicador ICSAP na avaliação da APS; estes autores sugerem que a demanda por internações nos municípios por eles analisados, pode estar ocorrendo mais na direção do preenchimento de uma oferta hospitalar instalada, do que na direção das necessidades em saúde que não estariam sendo atendidas pelos serviços de APS, características, afirmadas principalmente pela cultura hegemônica, predominante em grande parte dos municípios. Os mesmos autores ainda colocam que o indicador ICSAP não parece, necessariamente, ser um reflexo do que ocorre somente na APS, mas sim das inadequações do sistema de saúde como um todo.

Quanto à natureza das internações, a presente investigação traz que 54,86% das internações gerais foram de responsabilidade SUS e 45,14% foram financiadas por algum tipo de convênio, desembolso direto ou por serviços de saúde suplementar, chamadas de internações não-SUS. Considerando as ICSAP, tem-se que 54,18% são de responsabilidade SUS e que 45,82% internações não-SUS, ou seja, as internações seguem a mesma tendência de financiamento, o mesmo ocorre com as internações por *Hipertensão*, apenas com um percentual discretamente maior em relação às internações SUS, sendo de 57,49% e de 42,51% as internações não-SUS.

Dados nacionais apontam o SUS como o principal responsável por atendimentos e internações hospitalares, principalmente, na população mais pobre, entretanto, houve aumento

também na participação do SUS no pagamento dos serviços entre os 20% mais ricos. Em todas as regiões brasileiras, observa-se discreto crescimento do número de internações hospitalares de responsabilidade SUS. Na região sudeste, onde está localizado o município de Ribeirão Preto, nota-se que em 1998, 54,6% das internações eram de responsabilidade SUS, já em 2003 e 2008, tem-se que aproximadamente 58,5% são de responsabilidade SUS (VIACAVA, 2010).

Diante do exposto se faz necessária a análise das ICSAP de forma ampla e generalizada, destacando assim o uso do indicador em caráter complementar do processo de planejamento das ações de sistemas e serviços de saúde. Por isso, embora o objetivo da atual investigação seja analisar a ocorrência de internações por *Hipertensão*, considerando esta como uma CSAP no município de Ribeirão Preto, a discussão apresentada anteriormente é necessária e pertinente ao contexto proposto.

5.1. Internações evitáveis: uma abordagem sobre as internações por hipertensão

Como abordado nos capítulos iniciais deste estudo, a HAS é uma condição crônica, multifatorial, considerada um fator de risco de grande magnitude, alta prevalência e baixas taxas de controle, cujo diagnóstico e tratamento são imprescindíveis no manejo de doenças secundárias, a exemplo, as doenças cardiovasculares que nas últimas décadas vêm sendo descrita como uma das principais causas de morbimortalidade no Brasil e no mundo (SBC; SBH; SBN, 2010; GOULART, 2011).

A associação positiva e direta entre HAS e risco cardiovascular é contínua, independente, preditiva, consistente e etiológicamente significativa para indivíduos com ou sem doença arterial coronária e tem sido identificada em ambos os sexos, diferentes faixas etárias, etnias, níveis socioeconômico e cultural (DÓREA; LOTUFO, 2004).

Existem vários fatores de risco que influenciam o aparecimento ou agravamento da HAS, dentre eles fatores genéticos, idade, sexo, obesidade e sobrepeso, consumo elevado de alimentos ricos em sódio e gorduras, consumo de álcool, tabagismo, sedentarismo e estresse (BRASIL, 2014).

A HAS por ter etiologia multifatorial, com coexistência de determinantes biológicos e socioculturais, sua abordagem, para ser efetiva, necessariamente envolve ação das diversas categorias profissionais das equipes de saúde e exige o protagonismo dos indivíduos, suas

famílias e comunidade. Ou seja, o manejo e o tratamento das condições crônicas são desafio atual para as equipes de saúde (BRASIL, 2014).

Acredita-se que cerca de 60 a 80% dos casos de HAS podem ser diagnosticados e tratados em serviços de APS, se oferecido atendimento oportuno e efetivo, evitando assim inúmeros casos de internações decorrentes à agravos da HAS, consequentemente, redução dos gastos hospitalares (BRASIL, 2002). Ou seja, um controle eficaz da HAS evita ou impede a maioria das possíveis complicações clínicas secundárias de níveis elevados de PA, prolongando e/ou preservando a qualidade de vida dos pacientes (UNGARI, 2007).

Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%, considerando valores de PA $\geq$ 140/90 mmHg, com mais de 50% entre 60 a 69 anos e 75% acima de 70 anos. Entre os gêneros, a prevalência nacional foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, já estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% entre homens e 32,1% em mulheres (SBC; SBH; SBN, 2010).

A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente, sendo as doenças cardiovasculares responsáveis por alta frequência de internações (SBC; SBH; SBN, 2010). Alfradique et al. (2009) afirmam que a *Hipertensão*, no Brasil, foi responsável em 2006 por 146.426 internações, ou seja, 5,2% das ICSAP. Em 2007, foram registradas 1.157.509 internações por doenças cardiovasculares no SUS, o que acarretam em custos médicos e socioeconômicos bastante elevados (SBC; SBH; SBN, 2010).

Batista et al. (2012), analisaram as internações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária em indivíduos de 40 anos e mais ocorridas em municípios goianos no período de 2000 a 2008, mesmo período analisado na presente investigação, e mostram que as taxas de internações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária sofreram decréscimo no período analisado.

Quando analisado os dados sobre os registros das internações por *Hipertensão*, consideradas no Grupo-9 da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis, ocorridas no município de Ribeirão Preto no período de 2000 a 2008, em números absolutos, observa-se que os registros praticamente se mantiveram no decorrer dos anos, havendo decréscimos consecutivos nos três primeiros anos do período analisado, com maior número absoluto de registros de internações por *Hipertensão* no ano de 2007, entretanto quando analisados estes dados de modo proporcional ao número de habitantes por ano de ocorrência, observa-se discreta redução.

Quanto às internações por *Hipertensão*, segundo subgrupo, observa-se que 49,69% das internações foram classificadas como pertencente ao subgrupo *Hipertensão Essencial* e 50,31% são pertencente ao subgrupo *Doença Cardíaca Hipertensiva*, ou seja, no total dos registros não apresentam grande diferença percentual. Entretanto, chama atenção a inversão de comportamento das internações por subgrupos no decorrer dos anos no período estudado. Ou seja, as internações por *Hipertensão Essencial* que eram mais frequentes nos anos de 2000 a 2004 passam a ser menos frequentes nos próximos quatro anos, sendo o contrário verdadeiro para os registros das internações por *Doença Cardíaca Hipertensiva*.

A partir daí e da relativa redução no número total de internações por *Hipertensão* como uma CSAP, é possível inferir que as internações, nos últimos anos analisados, estão ocorrendo nos casos mais complexos e graves em função de melhor atendimento nos serviços primários e no caso do município de Ribeirão Preto, por ações também desencadeadas a partir da instalação do Complexo Regulador.

Ainda que estes achados possam ser incipientes para tal afirmação, os mesmos podem favorecer investigações de maior amplitude, uma vez que se trata de uma investigação descritiva e com dados secundários, não possuindo objetivo e nem pretensão de estabelecer relações de causalidade.

Sabe-se que melhores ações de prevenção, controle e tratamento em nível primário de atenção, podem favorecer menores números de internações sensíveis. Autores afirmam que em problemas crônicos, a APS pode melhorar o manejo e permitir o acompanhamento do usuário com HAS, evitando complicações ou reduzindo reincidência de internações (BOING et al., 2012).

Rehen e Egry (2011) a partir de dados descritivos, do estado de São Paulo, mostram acréscimo nas internações por *Hipertensão* em oito DRS, assim inferem maior dificuldade para a APS no controle das internações pelo Grupo-9 da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária e, afirmam que ações e serviços prestados para este grupo de agravos exigem maior qualidade. Sendo entendida aqui como possibilidade da continuidade da atenção, busca ativa de faltosos, incentivo às mudanças de estilo de vida, com ações que reduzam o tabagismo, consumo de álcool e sedentarismo e favoreçam hábitos melhores relacionados à alimentação, por exemplo.

O principal objetivo do tratamento da HAS é a redução da morbidade e mortalidade decorrentes das condições cardiovasculares da pessoa hipertensa, aumentadas em decorrência dos altos níveis tensionais associados com outros fatores como sedentarismo e o tabagismo (SBC; SBH; SBN, 2010; UNGARI, 2007).

Para o controle e tratamento dos níveis elevados de PA são utilizadas medidas não medicamentosas, nas quais se ressaltam a importância de hábitos alimentares saudáveis, como redução da ingestão de alimentos ricos em sódio e gorduras, praticar regularmente atividades físicas, minimizar situações de estresse, evitar o uso de bebidas alcoólicas e o tabagismo, dentre outras citadas no capítulo 5 da *VI Diretriz Brasileira de Hipertensão* (SBC; SBH; SBN, 2010). Estas medidas não medicamentosas, muitas vezes, podem estar associadas a tratamentos medicamentosos que promovem a redução dos níveis tensionais e minimizam o risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SBC; SBH; SBN, 2010; UNGARI, 2007).

O controle da HAS exige tanto ações políticas e organizacionais como ações de cunho pessoal, altamente relacionadas à questão do autocuidado, sendo um grande desafio para os profissionais e sistemas de saúde ações que favoreçam/fortaleçam adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso (WHO, 2003). Manuais e protocolos de diagnóstico, monitoramento e tratamento da HAS são ferramentas disponíveis e que podem ser efetivas para o manejo deste agravo à saúde na APS (MACINKO, et al., 2010).

Documento publicado pela OMS, em 2003, sobre a Aderência de Terapias de Longo Prazo, apresenta que em “países desenvolvidos a aderência à terapia de longo prazo na população geral é de aproximadamente 50% e em países em fase de desenvolvimento é ainda mais baixa”, também relacionam a não adesão ao tratamento anti-hipertensivo a fatores demográficos, níveis baixos de educação, idade avançada, entendimento e percepção dos pacientes com HAS, modo como são oferecidos os cuidados em saúde e o tratamento, quanto ao vínculo estabelecido entre usuário e profissionais de saúde, influências do sistema de saúde e ainda, regimes medicamentosos complexos (WHO, 2003, p. 7).

Projetos terapêuticos individualizados, pautados nas necessidades individuais e que valorizem o indivíduo em seu contexto social, econômico e cultural favorecem a adesão ao tratamento, fazendo com que o usuário participe de forma ativa no manejo da sua condição de saúde. Cabe ainda destacar, que sistemas e serviços de saúde que ofereçam maior acesso e que estejam organizados de forma articulada com outros setores, não apenas os de saúde, com ações de caráter multiprofissional e interdisciplinar, representam grande avanço no controle das DCNT (GOULART, 2011; MENDES, 2012).

Porém, como toda mudança de paradigma, alterações de políticas, sistemas e serviços de saúde, passam por fases adaptativas e por processos de implantação que demandam tempo e processos avaliativos das medidas adotadas. Assim, as ações de saúde mesmo que executadas de forma qualitativa e oportuna podem mascarar alguns dos resultados positivos que possam alcançar a população, beneficiando padrões e condições de saúde em períodos de tempo mais longos.

Neste sentido, Cardoso et al. (2013) afirmam que a implantação de medidas de prevenção e controle de condições crônicas de saúde na APS, por meio da ESF, tem grande impacto nas ICSAP, principalmente aquelas que sofrem influência da HAS.

Quanto às internações por *Hipertensão* segundo a variável sexo, ocorridas no município de Ribeirão Preto no período de 2000 a 2008, observa-se maior número de registros de internações de pessoas do sexo feminino. Ao longo dos anos analisados, nota-se que há um acréscimo nos números de internações de mulheres e ocorre decréscimo das internações de pessoas do sexo masculino, este dado é evidenciado quando analisada a variação percentual entre o primeiro e último ano estudados, com variação negativa de 9,80% para os registros de internações de homens.

Os dados se mantêm com maior frequência de internações para mulheres mesmo quanto analisados os valores proporcionais para a população, em ambos os subgrupos contidos no Grupo 9 da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Como descrito em capítulo anterior, a população de Ribeirão Preto no período estudado é predominante feminina¹⁹, seguindo tendência nacional; fato que pode ser atribuído a menores taxas de fecundidade e com índices de mortalidade superior dos homens (IBGE, 2014b).

Dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia referem prevalência global de HAS entre homens e mulheres sendo semelhantes, embora sejam mais elevados nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da quinta década de idade. Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontam uma prevalência de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres para a população em geral (SBC; SBH; SBN, 2010). Por ter alta prevalência em idosos, nota-se que em mulheres com idades mais avançadas a prevalência pode ser maior, autores referem que entre as mulheres, após os 75 anos, pode-se atingir prevalência de 80% (FREITAS et al., 2012).

A mulher se expõe a situações especiais que por si só contribuem para o surgimento de HAS, como uso de contraceptivo oral, gestação e a própria menopausa. Estudos mostram que as mulheres são relativamente protegidas de eventos cardiovasculares antes da menopausa. Entretanto, estudos clínicos de longo prazo têm demonstrado que as mulheres não diferem dos homens quanto à resposta pressórica anti-hipertensiva e ao prognóstico (SBC; SBH; SBN, 2010).

O que pode justificar o mesmo comportamento entre homens e mulheres em relação ao subgrupo descrito nos registros de internações por *Hipertensão*, onde nos anos iniciais há

¹⁹ Segundo estimativas populacionais utilizadas na publicação “Saúde Brasil 2012”, segundo sexo e faixa etária. Os dados referentes ao ano 2000 são provenientes do Censo 2000 e dos demais anos são estimativas obtidas através da interpolação da população entre os Censos 2000 e 2010.

maior número de internações por *Hipertensão Essencial* e no decorrer do período passa a ser maior o número de internações por *Doença Cardíaca Hipertensiva*.

Estudos nacionais que avaliam as ICSAP ocorridas no país apresentam números maiores de internações por mulheres (MACINKO et al., 2010; BOING et al., 2012). A média foi de 2.858,668 internações por ano, com taxa de internação média igual a 157,6 por 10.000 habitantes no sexo masculino e 165,1 por 10.000 habitantes no sexo feminino (BOING et al., 2012).

Há que se considerar ainda, que por vezes, as taxas maiores de ICSAP em mulheres estão associadas pelo fato de que mulheres buscam e utilizam mais serviços de saúde do que os homens, tanto para fins preventivos quanto para procedimentos e tratamentos, fato este relacionado a condições culturais e socioeconômicas, mas também pelo papel social exercido pelas mulheres de cuidadora da família e pelo hábito de cuidar de sua própria saúde (BATISTA et al., 2012; PINHEIRO et al., 2002).

Da mesma forma, estudo realizado na Alemanha demonstra maiores taxas de internações por *Hipertensão* como uma CSAP em mulheres do que homens (BURGDORF; SUNDMACHER, 2014). Estudos nacionais demonstram o mesmo comportamento, taxas de internações superiores para o sexo feminino (BATISTA et al., 2012; MACINKO et al., 2010), sendo que Macinko et al. (2010) mostram redução das internações por *Hipertensão* somente para o sexo masculino.

Sabe-se que a ocorrência ou não de internações hospitalares são multifatoriais e de diferentes etiologias, mesmo que considerando as internações que poderiam ter sido evitáveis a nível primário de atenção, é importante destacar a sua diversidade de causa, uma vez que, fatores exógenos ao próprio controle do setor saúde são influenciadores para ocorrência ou não de determinadas internações, como exemplo podem ser citados os fatores individuais, socioculturais e ambientais (SANTOS et al., 2013; LÓPEZ et al., 2007). Por isso, a ocorrência de ICSAP guarda estreita relação com a idade, sendo observados maiores taxas de internações nos extremos de idade, justificado pelas condições fisiológicas particulares de cada extremo (BURGDORF; SUNDMACHER, 2014; JACKSON; TOBIAS, 2001; CALDEIRA et al, 2011; NESCON, 2012).

Neste sentido, observam-se estudos que se utilizam de limites de extremos de idade, na tentativa de minimizar as influências multifatoriais relacionadas às internações de pessoas acima de 74 anos, afirmando que é frequente a dificuldade de estabelecer uma relação direta entre quão preventivo é o agravo ou são causas inerentes às condições fisiológicas dos sujeitos, entretanto, não há consenso sobre até que idade pode-se evitar internações (JACKSON; TOBIAS, 2001; DOURADO et al., 2011; MARQUES et al., 2012)

Em crianças e adolescentes são observadas maiores números de ICSAP decorrentes a condições agudas, como as afecções das vias aéreas e gastroenterites infecciosas e suas complicações, diferentemente da população adulta que são observadas, principalmente, internações por condições crônicas, dentre elas os agravos cardiovasculares (MOURA et al., 2010; CALDEIRA et al., 2011).

Caminal Homar et al. (2002) refere que a relação é inversa entre ICSAP e o padrão etário, ou seja, para adultos quanto maior a idade, maiores são as taxas de internações, enquanto entre as crianças estas taxas aumentam com a diminuição da idade.

Com a idade há perda da distensibilidade e da elasticidade dos vasos de grande capacitância, resultando em aumento da velocidade da onda de pulso e consequentemente aumento da pressão exercida pelo coração para ejetar o volume de sangue desejado, sendo uma condição crônica altamente prevalente no idoso (FREITAS et al., 2012).

Todas as internações ocorridas em menores de 19 anos são registradas no subgrupo *Hipertensão Essencial*, o que caracteriza as internações que provavelmente estavam em fase de investigações clínicas e de manejo de diagnóstico clínico, percebido pelo não acréscimo dos números de internações nestas faixas etárias, corroborando com as orientações feitas pela *Sociedade Brasileira de Cardiologia* e outros autores que descrevem a necessidade de excluir causas secundárias de HAS, antes de fechar o diagnóstico de hipertensão essencial em crianças e adolescentes (SBC; SBH; SBN, 2010; FUCHS, 2006; FREITAS et al., 2012). Porém, quando fechado o diagnóstico de hipertensão essencial em crianças e adolescentes são recomendadas medidas de controle e de tratamento não medicamentoso, em especial, o controle da obesidade, frequentemente, associada com a elevação da PA nesta faixa etária (FUCHS, 2006).

Ressalta-se que em menores de 19 anos todos os registros tiveram como condição de saída descrita como *alta*, o que pode sugerir um manejo clínico adequado em outros níveis de atenção. O que demonstra que casos de HAS em crianças não são tão favoráveis ao manejo clínico em APS, principalmente, quando se suspeita de causas etiológicas secundárias.

Em contrapartida a maioria dos casos de HAS em crianças e adolescentes é relacionada a formas secundárias da doença, principalmente por doenças renais e cardíacas (BRANDÃO et al., 2012). Avanços nos conhecimento sobre HAS nesta faixa etária vêm ganhando importantes contribuições, sinalizando que HAS na infância podem ter forte contribuição nas alarmantes taxas de doenças cardiovasculares no adulto. Crianças e adolescentes com elevação da PA possuem alto risco de se tornarem hipertensas na idade adulta, por isso, faz-se necessário o diagnóstico precoce de alterações subclínicas e de lesões de órgão-alvo, como os rins e o

coração (FUCHS, 2006; BRANDÃO et al., 2012). Cabe destacar que para crianças e adolescentes são utilizados diferentes percentis para valores de normalidade de PA, que consideram peso, altura e idade em relação aos valores estabelecidos (SBC; SBH; SBN, 2010).

Portanto, recomenda-se ampliar a implementação de estratégias de prevenção cardiovascular em direção aos jovens, principalmente, por meio de estratégia de prevenção primária com medidas educacionais de saúde, incentivo a adoção de hábitos saudáveis de vida (BRANDÃO et al., 2012; SBC; SBH; SBN, 2010).

Por se tratar de análise que investiga o comportamento de uma condição crônica de saúde, a presente investigação demonstrou maiores números de internações por *Hipertensão* na população adulta, predominantemente na população acima de 60 anos. Aproximando-se aos dados encontrados por Torres et al. (2011), a presente investigação encontrou a maioria das internações ocorridas por *Hipertensão* na população acima de 60 anos, sendo no referido estudo a terceira causa de internação.

A presente investigação apresenta tendência de redução para internações por *Hipertensão* para pessoas menores de 69 anos. A mesma tendência pode ser observada em estudo realizado no município de Juiz de Fora, Minas Gerias, entretanto, em faixa etária menor do que a encontrada para o município de Ribeirão Preto. O referido estudo demonstra tendência de redução nas internações de pessoas acima de 60 anos por doenças cardiovasculares, dentre elas a HAS, outra semelhança é que são observadas maiores taxas de internações de idosos do que da população adulta, fato também explicado pelo comportamento epidemiológico das condições crônicas de saúde (RODRIGUES-BASTOS et al., 2013).

López et al. (2007), com base em documentos nacionais espanhóis, descrevem que pessoas maiores de 65 anos constituem 17% da população, entretanto consomem 29% dos gastos em saúde da Espanha, sendo parte destes gastos destinados a internações por doenças agudas, com atividade médicas à nível de APS e com medicações para tratamentos crônicos, comportamento semelhante pode ser observado no Brasil e no mundo, principalmente, pela alta carga social consequente do aumento de condições crônicas e do envelhecimento da população mundial (MENDES, 2012; SCHIMIDT et al., 2011).

Autores como Dourado et al. (2011), relatam risco sete vezes maior de sofrer ICSAP em idosos, sendo este risco relacionado a vulnerabilidades do ponto de vista físico e financeiro, além de ser associado a maior dificuldade no autocuidado e compreensão das práticas de cuidado primário. Cardoso et al. (2013) relacionam estas característica a subutilização da atenção primária de forma preventiva, evidenciando os números de internações evitáveis e

aumento da morbimortalidade, conseqüentemente, oferece casos de grande impacto no custo direto para os sistemas de saúde.

Assim, dimensionamentos epidemiológicos das condições crônicas e investigações que possam favorecer o conhecimento e os motivos das demandas de internações hospitalares que poderiam ter sido evitadas, dentre elas, as por doenças cardiovasculares e HAS como seu principal fator de risco, podem favorecer o planejamento de ações para oferecer melhores condições de saúde da população, alcançando melhores taxas nos indicadores de qualidade de vida da população e de efetividade dos serviços de saúde.

Ações de saúde desenvolvidas em âmbito de APS com equipe multiprofissional com estratégias voltadas para a população idosa, pensando nas particularidades inerentes a idade e condições de compreensão e aprendizado, podem auxiliar na criação de vínculos entre usuário e profissionais de saúde, favorecendo maiores ganhos para a saúde desta população, conseqüentemente estas ações favorecem adesão à terapêutica proposta, ressalta-se aqui a potencialidade da implementação da clínica ampliada e do projeto terapêutico singular (BRASIL, 2008b).

Quando analisado as condições de saída, por meio dos registros de internações por *Hipertensão*, observa-se *alta* como a condição predominante, assim pode-se afirmar que as pessoas que sofreram este tipo de internação retornaram para seus domicílios e para a rede social na qual ele pertence, porém, é sabido que o período de internação hospitalar é bastante limitante para a rotina de vida diária das pessoas. Para tanto, se estabelecermos uma relação com a maioria das internações que ocorreram em idosos e as limitações inerentes ao período de internação, pode-se supor que há maior dificuldade de se restabelecer a rotina de vida diária no ambiente domiciliar, uma vez que, os idosos são mais suscetíveis a complicações causadas pelo repouso prolongado no leito durante a hospitalização.

Assim, cabe pensar em ações de saúde em serviços de APS que previnam a reincidência de internações, com acompanhamento por meio de visitas domiciliares, implantação/implementação do sistema de referência e contra-referência e de ações de prevenção de novos agravos decorrentes as condições crônicas em estágios fisiopatológicos mais avançados, com serviços próximos ao domicílio e de fácil acesso.

Como esperado a maior parte dos *óbitos* (59,91%) registrados como condição de saída foi decorrente aos casos mais graves, descritos com diagnóstico principal *Doença Cardíaca Hipertensiva*.

Para a variável condição de saída, a discussão comparada não foi possível, uma vez que, as publicações por tratarem de estudos que utilizam de dados e elementos sobre a admissão

hospitalar ou ainda pela Autorização de Internação Hospitalar, não possuem esta variável nas discussões, o que se tornou um diferencial para o presente estudo, entretanto um fator limitante de comparação.

Os dados descritos e discutidos acima favorecem a possibilidade de planejamento das ações de saúde com dimensão para novas estratégias de promoção de saúde e prevenção de agravos para o município de Ribeirão Preto, podendo, por meio de hipóteses descritivas, ampliar o manejo de doenças crônicas de alta carga social, como a HAS favorecendo ainda novos estudos sobre a temática.

6. CONCLUSÕES

No desenvolvimento das ações de saúde na APS é de fundamental importância que as equipes possam dispor de indicadores e ferramentas de análise dos dados produzidos no território. Ferramentas de fácil manejo em sua utilização pelas equipes são necessárias, de forma a permitir a realização do planejamento ascendente e, a execução e avaliação das intervenções realizadas.

Assim esta investigação permite uma aproximação à análise da efetividade de ações desenvolvidas no município no âmbito da promoção de saúde e prevenção de agravos, que pode auxiliar no planejamento de estratégias que favoreçam minimizar as complicações e reduzir internações hospitalares decorrentes à HAS.

O estudo aponta que, considerando o crescimento populacional e o número de registros de internações ocorridas no município de Ribeirão Preto, de modo proporcional, nota-se tendência à redução no número de internações gerais, assim como nas ICSAP.

Verificou-se, contudo, discreto aumento proporcional para as internações não sensíveis, o que pode ser explicado pelo aumento de acesso da população aos serviços de saúde. Cabe ressaltar, mais uma vez que, houve, no período estudado, movimentos importantes no município de reorganização da rede de atenção, com a implantação do Complexo Regulador, inicialmente através da Central de Regulação Médica, e com a expansão do número de unidades de saúde de nível primário e programas vinculados ao Ministério da Saúde, como o PACS, e a introdução de unidades da ESF, ampliação do acesso a medicamentos, além de outros possíveis determinantes, como índice de desemprego e de desenvolvimento humano.

Estes aspectos podem indicar que houve um impacto positivo das ações desenvolvidas neste nível de atenção, uma vez que esta reorganização e as ações desenvolvidas podem propiciar maior acesso e controle de agravos, inclusive daqueles considerados como não sensíveis à atenção primária.

Em relação às internações por *Hipertensão*, verificou-se predomínio nos registros analisados pela utilização dos serviços SUS.

Outro dado importante analisado refere-se ao comportamento inverso verificado entre os subgrupos *Hipertensão Arterial Essencial* e *Doença Cardíaca Hipertensiva* em que o primeiro subgrupo no decorrer sofre decréscimo, enquanto o segundo subgrupo apresenta aumento no número de registros de internações. Esta situação pode indicar que as internações referentes ao Grupo 9 - *Hipertensão* estão ocorrendo nos casos mais complexos e graves,

devido a uma atenção mais qualificada nos serviços de APS ou a nível ambulatorial, caracterizando uma melhor utilização dos serviços especializados de média e alta complexidade para os casos de maior gravidade.

Verificou-se ainda, maior número de registros de internações de mulheres, que se mantém durante todo período analisado. Observa-se que as internações decorrentes de quadros mais complexos e graves aumentam e se mantêm com o aumento da idade, havendo um predomínio de internações nesta situação em mulheres. De modo geral, o presente estudo indica tendência de redução para internações por *Hipertensão* para pessoas menores de 69 anos.

Dentre os aspectos presentes na literatura e que apresentam alinhamento com os resultados aqui sistematizados, reforça-se a necessidade de que sejam implementadas e ampliadas estratégias de prevenção cardiovascular em direção aos grupos mais jovens. Estas estratégias não podem se restringir ao acompanhamento médico exclusivo, mas ações desenvolvidas por equipes multiprofissionais com enfoques para ações interprofissionais voltadas para medidas educacionais de saúde; incentivo a adoção de hábitos saudáveis de vida, grupos para ações coletivas, como por exemplo, prática de exercícios físicos regularmente, e outras ações de promoção de saúde.

Quando considerado os maiores números de internações por *Hipertensão* ocorrendo em idosos, o presente estudo destaca a importância do desenvolvimento de estratégias de cuidado em APS com foco na saúde do idoso que busque minimizar possíveis agravos decorrentes de doenças crônicas, como a HAS, oferecendo ações de promoção de saúde que considere as particularidades e fragilidades de vida do idoso, incentivando a participação de familiares/cuidadores quando presentes, compreendendo seu contexto econômico e social, além de promover ações de saúde sistematizadas que favoreçam a participação do idoso com o autocuidado.

Esta investigação também reforça, considerando seus achados e o conjunto de evidências científicas, o aspecto fundamental da construção de ações no âmbito da APS com equipes multiprofissionais e no estabelecimento de estratégias voltadas para as situações aqui postas, como atenção à saúde da população idosa. Ressaltam-se ações que podem auxiliar na criação de vínculos entre usuário e profissionais de saúde, e que permitam a adesão à terapêutica proposta, a conformação de uma clínica ampliada e de projetos terapêuticos singulares a depender das especificidades encontradas na análise das particularidades dos territórios atendidos, assim trabalhando com a longitudinalidade da atenção.

Estudos como este podem favorecer a caracterização e compreensão da área de saúde atendida pelas equipes de saúde, fornecendo ferramentas de fácil manejo para avaliação do desempenho e de estratégias desenvolvidas em âmbito local e regional. Também podem favorecer o dimensionamento de estratégias desenvolvidas a nível municipal, estadual e nacional, principalmente, quando utilizadas de forma conjunta a outros indicadores de qualidade e efetividade dos serviços de saúde. Processos avaliativos fazem-se necessário para o planejamento e redimensionamento de ações de saúde, o uso de indicadores como ICSAP, podem ainda auxiliar no desenvolvimento de ações preventivas e de promoção de saúde, minimizando o risco de internar por condições que poderiam ter sido evitadas a nível primário se tivesse sido atendido por serviços de saúde oportunos e efetivos, consequentemente, minimizariam danos a saúde da população e evitariam maiores gastos no setor da saúde hospitalar.

REFERÊNCIAS

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). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-49, 2009.

ANSARI, Z.; LADITKA, J. N.; LADITKA, S. B. Access to health care and hospitalization for Ambulatory Care Sensitive Conditions. **Med Care Res Rev**, New York, v. 63, n. 6, p. 719-41, 2006.

AQUINO, R.; de OLIVEIRA, N. F.; BARRETO, M. L. Impact of the Family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. **American Journal of Public Health**, USA, v. 99, n.1, p. 87-93, 2009.

BATISTA, S. R. R. et al. Hospitalizações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária em municípios goianos. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 34-42, 2012.

BINDMAN, A. B.; CHATTOPADHYAY, A.; AUERBACK, G. M. Interruptions in Medicaid coverage and risk for hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions. **Annals of Internal Medicine**, v. 149, n. 12, p. 854-60, 2008.

BINDMAN, A. B. et al. The impact of Medicaid managed care on hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. **Health Serv Res.**, v. 40, n. 1, p. 19-38, 2005.

BOING, A. F. et al. Redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Brasil entre 1998-2009. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 359-366, 2012.

BRANDÃO, A. A. et al. Hipertensão arterial na criança e no adolescente. In: BRANDÃO, A. A.; AMODEO, C.; NOBRE, F. **Hipertensão**. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012. p. 395-407.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Plano de reorganização da atenção à Hipertensão e ao Diabetes Mellitus: manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 102 p. (Série C. Programas e Relatórios, n. 59).

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Supremo Tribunal Federal, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº221, de 17 de abril de 2008. Apresenta a Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária. **Diário Oficial**, Brasília, DF, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

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, 2011a. 148 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. **Diário Oficial**, Brasília, DF, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes. **Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus - Morbidade auto referida segundo o VIGITEL, 2009 - Cadastro de portadores do SIS-Hiperdia, 2010**. Brasília, jan. 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012. Apresenta as diretrizes para pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196/1996. **Diário Oficial**, Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

BURGDORF, F.; SUNDMACHER, L. Potentially avoidable hospital admissions in Germany – an analysis of factors influencing rates of ambulatory care sensitive hospitalizations. **Dtsch Arztebl Int**, v. 111, n. 13, p. 215-223, 2014.

CALDEIRA, A. P. et al. Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.11, n. 1, p. 61-71, 2011.

CAMINAL HOMAR, J. et al. La atención primaria de salud y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions en Cataluña. **Rev Clín Esp**, v. 201, n. 9, p. 501-507, 2001.

CAMINAL HOMAR, J. et al. Avances en España en la investigación con el indicador Hospitalización por Enfermedades Sensibles a Cuidados de atención primaria. **Rev. Esp. Salud Pública**, v. 76, p. 189-196, 2002.

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

CAMINAL HOMAR, J. et al. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. **European Journal of Public Health**, v. 14, n. 3, p. 246-251, 2004.

CAMPANA, E. M. G. et al. Acometimento cardíaco na hipertensão arterial. In: BRANDÃO, A. A.; AMODEO, C.; NOBRE, F. **Hipertensão**. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012. p. 173-80.

CARDOSO, C. S. et al. Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. **Rev Panam Salud Publica**, v. 34, n. 4, p. 227-234, 2013.

DIAS, B. M. Condições sensíveis à atenção primária à saúde: perfil das internações de 2000 a 2007 no município de Ribeirão Preto-SP. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2010.

DIAS-DA-COSTA, J. S. et al.. Qualidade da atenção básica mediante internações evitáveis no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1699-1707, 2008.

DIAS-DA-COSTA, J. S. et al. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 358-64, 2010.

DÓREA, E.; LOTUFO, P. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Hipertensão**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 86-89, 2004.

DOURADO, I.; BERENICE, V. Entrevista sobre a importância da lista brasileira de condições sensíveis à atenção primária para a estratégia Saúde da Família com Inês Dourado e Veneza Berenice. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, n.18, p. 6-8, 2008.

DOURADO, I. et al. Trends in Primary Health Care-sensitive Conditions in Brazil The Role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil). **Medical Care**, Philadelphia, v. 49, n. 6, p. 577-584, 2011.

EGGLI, Y. et al. Comparing potentially avoidable hospitalization rates related to ambulatory care sensitive conditions in Switzerland: the need to refine the definition of health conditions and to adjust for population health status. **BMC Health Services Research**, London, v. 14, n. 25. 2014. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/25>>. Acesso em: 28 mai. 2014.

FERREIRA, J. B. B. **Avaliação do complexo regulador do sistema público municipal de serviços de saúde**. 2007. 227p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

FERREIRA, J. B. B. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.23, n. 1, p. 45-56, jan-mar, 2014.

FERREIRA, M.; DIAS, B. M.; MISHIMA, S. M. Internações por condições sensíveis: possibilidade de avaliação na atenção básica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 14, n. 4, p. 760-770, out/dez. 2012. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n4/pdf/v14n4a03.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2013.

FERNANDES, V. B. L. et al. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. **Rev Saud Publ**, São Paulo, v. 43, n. 6, p. 928-936, 2009.

FREITAS, E. V. et al. Hipertensão arterial no idoso. In: BRANDÃO, A. A.; AMODEO, C.; NOBRE, F. **Hipertensão**. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012. p. 387-393.

FREUND, T. et al. Strategies for Reducing Potentially Avoidable Hospitalizations for Ambulatory Care-Sensitive Conditions. **Annals of Family Medicine**, Leawood, v. 11, n. 4, p. 363-9, 2013.

FUCHS, F. D. Hipertensão arterial sistêmica. In: DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2004, cap. 66, p. 641-56.

GOULART, F. A. A. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 2011. 96 p.

GUANAIS, F.; GÓMEZ-SUÁREZ, R.; PINZÓN, L. **Primary care effectiveness and the extent of avoidable hospitalizations in Latin America and the Caribbean**. USA: Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), 2012. 17 p.

GUSMANO, M. K. et al. Disparities in access to health care in three French regions. **Health Policy**, v. 114, p. 31-40. 2014.

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**, London, v. 8, n.51, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativas da população residente para o Tribunal de Contas da União**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, IBGE, Brasília, DF. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=354340&search=sao-paulo|ribeirao-preto>>. Acesso em: 19 jun. 2014a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativas populacionais utilizadas na publicação “Saúde Brasil 2012” para o período de 2000 a 2008**. Ministério da Saúde, DATASUS – Departamento de Informática do SUS, Brasília, DF. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?poestim/cnv/pop>>. Acesso em: 09 jan. 2014b.

IBRAHIM, M. M.; DAMASCENO, A. Hypertension in developing countries. **The Lancet**, London, v.380, n. 11, p. 611-19, 2012.

JACKSON, G.; TOBIAS, M. Potentially avoidable hospitalizations in New Zealand, 1989-98, **Aust N Z J Public Health**, v. 25, n. 3, p. 212-221, 2001.

KRONMAN, A. C. et al. Can primary care visits reduce hospital utilization among Medicare beneficiaries at the end of life? **Journal of general internal medicine**, v. 23, n. 9, p. 1330-1335, 2008.

LÓPEZ, M. I .V. et al. Intervenciones sanitarias en atención primaria que disminuyen la hospitalización por Ambulatory Care Sensitive Conditions en mayores de 65 años. **Aten Primaria**, Spanish, v. 9, n. 10, p. 525-34, 2007.

MACINKO, J. et al. Major expansion of Primary Care in Brazil linked to decline in unnecessary Hospitalization. **Health Affairs**, v. 29, n. 12, p. 2149-60, 2010.

MACINKO, J.; DOURADO, I.; GUANAIS, F. C. **Doenças Crônicas, Atenção Primária e Desempenho dos Sistemas de Saúde** diagnósticos, instrumentos e intervenções. USA: Banco Interamericano de Desenvolvimento, 2011. 33 p.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na gestão local de serviços e Ações de saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública e Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, 1998. (Série Saúde e Cidadania, 3).

MARQUES, A. P. et al. Internações de idosos por condições sensíveis à atenção primária no Estado do Rio de Janeiro: estudo do impacto da atenção primária na morbidade hospitalar de idosos. In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 18, 2012, Águas de Lindóia. **Anais...** Águas de Lindóia, 2012.

MÁRQUEZ-CALDERÓN, S. et al. Factores asociados a la hospitalización por procesos sensibles a cuidados ambulatorios en los municipios. **Gaceta Sanitária**, Spanish, v. 17, n. 5, p. 360-367, 2003.

MENDES, E. V. **Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 49 p.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MENDONÇA, C. S. et al. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementations of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 27, n.4, p. 348-55, jun. 2011. Disponível em: <<http://heapol.oxfordjournals.org/content/27/4/348.full>>. Acesso em: 05 abr. 2013.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor? **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 118-122, 2002.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do sus: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. (Orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-12.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2014.

MONTEIRO, R.A. **Hospitalizações por causas externas, na região de Ribeirão Preto, SP, em 2005: análise epidemiológica descritiva e avaliação da qualidade dos registros em hospitais selecionados**. 2008. 135p. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

MOURA, B. L. A. et al. Principais causas de internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, Recife, v. 10, p. S83-S91, 2010. Supplement1.

NEDEL, F. B.; et al. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 1041-1052, 2008.

NEDEL, F. B.; et al. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. **Epidemiol Serv Saúde**, Brasília, v. 19, n. 1, p. 61-75, 2010.

NEDEL, F. B. et al. Conceptual and methodological aspects in the study of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1145-1154, 2011. Suplemento 1.

NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (NESCON). **Avaliação do Impacto das ações do Programa Saúde da Família na redução das internações hospitalares por condições sensíveis à atenção básica em adultos e idosos**: relatório final de pesquisa. Belo Horizonte: NESCON. 2012. 141 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas**. Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde. OPAS: Washington, 2007. 33 p.

ORTEGA, J. L.; INFANTE C.; PALACIOS, E. T. A duplicação de serviços como expressão de insatisfação dos pacientes. In: BOSSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes; 2004. p. 337-62.

PAULA, V. G. **Utilização de serviços na atenção básica** – a satisfação do usuário na saúde da família. 2011. 83 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saud Publ**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001.

PESSOTTI, H. C.; MAZZER, G.; JUNIOR, F. B.; CHIARI, N. S.; ALVES, D. Portar ORAH: Ferramentas para exploração de informações de internações hospitalares. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE INFORMÁTICA EM SAÚDE, 13; 2012. Curitiba. **Anais eletrônicos**...Curitiba: SBIS, 2012. Disponível em: < <http://www.sbis.org.br/>>. Acessado em: 06 abr. 2013.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação e utilização; trad. THORELL, A. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 486 p.

PROBST, J. C.; LADITKA, J. N.; LADITKA, S. B. Association between community health center and rural health clinic presence and county-level hospitalizations rates for ambulatory care sensitive conditions: an analysis across eight US states. **BMC Health Services Research**, London, v. 9, n. 134, 2009.

REHEM, T. C. M. S. B.; EGRY, E. Y. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4755-4766, 2011.

RIBEIRÃO PRETO (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2010-2013. Ribeirão Preto, 2009a.

RIBEIRÃO PRETO (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão 2008. Ribeirão Preto, 2009b.

RIBEIRÃO PRETO (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Ribeirão Preto, 2013.

RIZZA, P. et al. Preventable hospitalization and access to primary health care in an area of Southern Italy. **BMC Health Services Research**, London, v. 7, n. 134, 2007.

RODRIGUES-BASTOS, R. M. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária em município do sudeste do Brasil. **Rev Assoc Med Bras**, São Paulo, v. 59, n. 2, p. 120-127, 2013.

ROSS, L. L. et al. Physician visits, hospitalizations, and socioeconomic status: Ambulatory care sensitive conditions in a Canadian Setting. **Health Serv Res**, v. 40, n. 4, p. 1167-1185, 2005.

ROUQUAYROL, M. Z; BARRETO, M. Abordagem descritiva em epidemiologia. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA-FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p. 83-122.

SANJULIANI, A. F.; TORRES, M. R. S. G. Avaliação clínica e complementar diferenciada. In: BRANDÃO, A. A.; AMODEO, C.; NOBRE, F. **Hipertensão**. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012. p. 165-72.

SANTOS, V. C. F. et al. Internações por condições sensíveis a atenção primária (ICSAP): discutindo limites à utilização deste indicador na avaliação da Atenção Básica em Saúde. **RECIIS**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, 2013.

SCHIMIDT, M. I.; et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, London, p. 61-74, mai. 2011. (Série Saúde no Brasil).

SILVA, L. M. F. R. et al. Desenvolvimento de um sistema para monitoramento e análise das séries temporais de dados hospitalares. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE INFORMÁTICA EM SAÚDE, 11, 2008, Campos do Jordão. **Anais eletrônicos...** São Paulo: SBIS, 2008. Disponível em: <<http://www.sbis.org.br/cbis11/arquivos/847.pdf>>. Acessado em: 20 de agosto de 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBC; SBH; SBN). **VI diretrizes brasileiras de hipertensão**. Arq Bras Cardiol, v.91, p. 1-51, 2010. Supplement1.

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

TORRES, R. L. et al. O panorama das internações por condições sensíveis à atenção primária em um distrito de São Paulo. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 1661-6, 2011. Número especial.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP). Projeto ORAH. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Departamento de Medicina Social, 2009.

UNGARI, A. Q. **Adesão ao tratamento farmacológico de paciente hipertensos seguidos nos Núcleos de Saúde da Família do Município de Ribeirão Preto, SP**. 2007. 95p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde pelos brasileiros. **RADIS comunicação em saúde**, Rio de Janeiro, n. 96, p. 12-19, ago. 2010. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/96/reportagens/acesso-e-uso-de-servicos-de-saude-pelos-brasileiros>>. Acesso em: 03 jun. 2014.

YASUDA, A. M. **A Estratégia de Saúde da Família e as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária**. 2011. 51p. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Cuidados Inovadores para Condições Crônicas: componentes estruturais de ação. **Relatório mundial**. Brasília, 2003a. 105p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Adherence to long term therapies: evidence for action**. Geneva, 2003b. 195 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on noncommunicable diseases**. Geneva, 2010. 176 p.

WORTHEN, B. R.; SANDER, J. R.; FITZPATRIK, J. L. Objetivo, os usos e as distinções conceituais básicos da avaliação. In: _____; tradução AZEVEDO, D. A. **Avaliação de Programas: concepções e práticas**. São Paulo: Editora Gente, 2004. p. 33-58.

ANEXOS

ANEXO A: LISTA BRASILEIRA DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES
SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA

Diário Oficial
Imprensa Nacional

REPÚBLICA FEDERATIVA DO
BRASIL
BRASÍLIA - DF

Nº 75 – 18/04/08 – p.70

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

PORTARIA Nº 221, DE 17 DE ABRIL DE 2008

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,
Considerando o estabelecido no Parágrafo único, do art. 1º, da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, determinando que a Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, publicará os manuais e guias com detalhamento operacional e orientações específicas dessa Política;
Considerando a Estratégia Saúde da Família como prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil;
Considerando a institucionalização da avaliação da Atenção Básica no Brasil;
Considerando o impacto da atenção primária em saúde na redução das internações por condições sensíveis à atenção primária em vários países;
Considerando as listas de internações por condições sensíveis à atenção primária existentes em outros países e a necessidade da criação de uma lista que refletisse as diversidades das condições de saúde e doença no território nacional;
Considerando a possibilidade de incluir indicadores da atividade hospitalar para serem utilizados como medida indireta do funcionamento da atenção básica brasileira e da Estratégia Saúde da Família; e,
Considerando o resultado da Consulta Pública nº 04, de 20 de setembro de 2007, publicada no Diário Oficial da União nº 183, de 21 de setembro de 2007, Página 50, Seção 1, com a finalidade de avaliar as proposições apresentadas para elaboração da versão final da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, resolve:

Art. 1º - Publicar, na forma do Anexo desta Portaria, a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária.

Parágrafo único - As Condições Sensíveis à Atenção Primária estão listadas por grupos de causas de internações e diagnósticos, de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Art. 2º - Definir que a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária será utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal.

Art. 3º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ CARVALHO DE NORONHA

ANEXO

LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA		
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	Infeções de ouvido, nariz e garganta	
5,1	Otitis 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
5,6	Infeção 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	Broniectasia	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 melítus	
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	Infeção no Rim e Trato Urinário	
15,1	Nefrite túbulo-intersticial aguda	N10
15,2	Nefrite túbulo-intersticial crônica	N11
15,3		N12
15,4	Cistite	N30
15,5	Uretrite	N34
15,6	Infeção do trato urinário de localização NE	N39.0

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
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		P35.0

ANEXO B: FOLHA DE ALTA HOSPITALAR

FOLHA DE ALTA HOSPITALAR
CPDH - CENTRO DE PROCESSAMENTO DE DADOS HOSPITALARES
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL - FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRAO PRETO

PACIENTE: _____ - Iniciais: _____

Nome do Hospital		Prontuario	Hosp.	Enf.	Espec.
Sexo M ☐ F ☐	Idade na Internacao a m d [] RN	Ocupacao	Sexo	Idade	Ocupacao
Categoria de Internacao ☐ Particular ☐ SUS ☐ Outros (espec.)		Procedencia	Cat. Intern.	Proced.	
			Data da Internacao		
			Data da Alta		
Afeccao principal da causa da internacao			Afeccao Principal		
Outras Afeccoos			Outras Afeccoos		
1.					
2.					
3.					
1.					
Operacao Principal		Data: / /	Data da Cirurgia		
Outras Operacoes			Operacao Princ		
Reoperacao			Outras Oper.		
Causa do Acidente, Envenenamento ou Violencia			Reoperacao		
Complicacoes Hospitalares			Acidente		
Infeccoos....			Complicacoes Hospitalares		
Traumatismos:			CREMESP		
Outras.....			CREMESP		
Nome do Medico Responsavel		CREMESP	Cond. Saída		
Data da Alta		Condicoes de Saida	Procedimento INAMPS		
/ /		ALTA ----- OBITO -- [] O. M [] Transf [] c/ Auto [] A P. [] Fuga [] s/ Auto			

Formulario integrado ao CPDH - DMS - FMRP - USP - Fone: 633-5839/Fax:633-1386

ANEXO C: AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: A hipertensão arterial como condição sensível à atenção primária no município de Ribeirão Preto/SP

Pesquisador: Marianna Ferreira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 08616513.0.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 250.462

Data da Relatoria: 17/04/2013

Apresentação do Projeto:

Análise de pendências elencadas em parecer anterior.

Objetivo da Pesquisa:

Sem alterações.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem alterações.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem alterações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Sem alterações.

Recomendações:

Sem alterações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pesquisadora atendeu aos requisitos solicitados.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3602-3386

E-mail: cep@erp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

RIBEIRÃO PRETO, 19 de Abril de 2013

Assinador por:

Lucila Castanheira Nascimento
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3602-3386

E-mail: cep@eerp.usp.br

ANEXO D: AUTORIZAÇÃO DE ACESSO AOS DADOS HOSPITALARES

Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Departamento de Medicina Social

Ribeirão Preto, 7 dezembro de 2012

O Observatório Regional de Atenção Hospitalar do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (ORAH//DMS/FMRP/USP) AUTORIZA **Marianna Ferreira** o acesso aos dados hospitalares para o estudo "*A Hipertensão Arterial como Condição Sensível à Atenção Primária no Município de Ribeirão Preto*", mediante a assinatura do Termo de Responsabilidade, referente às condições inerentes à utilização dos dados de hospitalizações com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica, de pacientes residentes em Ribeirão Preto, internados nos Hospitais de RP e Região, no período de 2000 a 2008, e registrados no Centro de Processamento de Dados Hospitalares (CPDH) do DMS/FMRP/USP.

Os dados foram registrados das folhas de altas hospitalares do Sistema de Informações do CDPH, gerenciado atualmente, pelo Observatório Regional de Atenção Hospitalar (ORAH) do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP.

Agradecemos e cumprimentamos.

Atenciosamente

Prof. Dr. Domingos Alves
Coordenador
Observatório Regional de Atenção Hospitalar (ORAH)
Centro de Processamento de Dados Hospitalares (CPDH)
Departamento de Medicina Social – FMRP - USP

ANEXO E: TERMO DE RESPONSABILIDADE À UTILIZAÇÃO DOS DADOS

Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Departamento de Medicina Social

OBSERVATÓRIO REGIONAL DE ATENÇÃO HOSPITALAR (ORAH)
Centro de Processamento de Dados Hospitalares - (CPDH)

Telefone: (016) 3602.2568 - FAX (016) 3633-1386 email: cpdh@fmrp.usp.br

Ribeirão Preto, 7 de dezembro 2012

Termo de Responsabilidade

Este termo de responsabilidade refere-se às condições inerentes à utilização dos dados de internações hospitalares com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica, registrados nos hospitais RP e Região, período de 2000 a 2008, que me foi fornecido pelo Observatório Regional de Atenção Hospitalar do Centro de Processamento de Dados Hospitalares do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Eu, abaixo-assinado, aceito o seguinte:

- (1) Finalidade: utilizar os dados apenas para os fins de pesquisa científica na elaboração do estudo de mestrado da Saúde na Comunidade.
- (2) Confidencialidade: preservar a confidencialidade dos indivíduos e instituições, sendo proibida a utilização dos dados, por si ou cruzados com outros, para apuramento de informação relacionada com determinado indivíduo ou instituição.
- (3) Copyright e acesso a terceiros: não comercializar os dados fornecidos, nem por qualquer forma, cedê-los a terceiros.
- (4) **Referenciar a fonte:** Observatório Regional de Atenção Hospitalar/Centro de Processamento de Dados Hospitalares do Departamento de Medicina Social/FMRP/USP, em qualquer publicação impressa, eletrônica ou sob a forma de comunicação, baseada total ou parcialmente em dados fornecidos pelo ORAH/CPDH.
- (5) Envio: enviar uma cópia de qualquer trabalho publicado ou relatório baseado na informação disponibilizada pelo CPDH ou enviar o link de disponibilidade da publicação eletrônica.
- (6) Métodos, técnicas e detecção de erros: informar ao ORAH/CPDH de quaisquer problemas de natureza técnica, metodológica, do registro de dados ou de erros detectados nas bases de dados utilizadas.

Marianna Ferreira - 65.459.26

Marianna Ferreira - Num USP:
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto,
Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil