



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA-UNEB**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA**  
**CURSO ENFERMAGEM - BACHARELADO**

**SILVIA LETÍCIA CERQUEIRA DE JESUS**

**HOSPITALIZAÇÃO DE PACIENTES HIPERTENSOS POR CONDIÇÕES  
SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: revisão bibliográfica**

**SALVADOR**  
**2014**

**SILVIA LETÍCIA CERQUEIRA DE JESUS**

**HOSPITALIZAÇÃO DE PACIENTES HIPERTENSOS POR CONDIÇÕES  
SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: revisão bibliográfica**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
colegiado de Enfermagem da Universidade do  
Estado da Bahia – UNEB como requisito para  
obtenção do grau de bacharel em Enfermagem  
Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. MSc. Silvana Lima Vieira

SALVADOR  
2014

**SILVIA LETÍCIA CERQUEIRA DE JESUS**

**HOSPITALIZAÇÃO DE PACIENTES HIPERTENSOS POR CONDIÇÕES  
SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: revisão bibliográfica**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem, apresentado ao Departamento de Ciências da Vida/ Colegiado de Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientador: Prof<sup>a</sup> MSC Silvana Lima Vieira  
Universidade do Estado da Bahia - UNEB

---

1º Examinador: Prof<sup>a</sup> MSC Carolina Pedroza Garcia  
Universidade do Estado da Bahia – UNEB

---

2º Examinador: Prof. MSC. Thadeu Borges Souza Santos  
Universidade do Estado da Bahia - UNEB

## *DEDICATÓRIA*

*Dedico o meu trabalho de conclusão de curso a meu pai e a minha mãe que sempre lutaram, acreditaram e investiram em mim e suportaram todos os momentos de alegria de angustia e medo, principalmente durante a confecção deste trabalho. Dedico, também a minha família e aos meus amigos.*

## AGRADECIMENTOS

*A Deus e ao senhor Jesus, por sempre proteger e reger o meu caminho e, assim, possibilitar o final dessa etapa da minha vida com sucesso.*

*A meus tios, tias, primos e primas, incluindo Celinha, pelo apoio, força e compreensão e participação na minha vida.*

*Aos meus pais pelo amor, compreensão, apoio emocional e espiritual.*

*À minha orientadora, Silvana Lima Vieira, que sempre esteve ao meu lado durante esses meses de orientação, realizando uma orientação humana, dedicada e atenciosa, sempre disposta a me orientar, ouvir e compreender meus anseios, retirar minhas dúvidas e chamar minha atenção quando necessário.*

*As minhas amigas Chelle, Veveu e, em especial, a minha amiga Michele Alcântara. E que foi minha parceira não só de trabalhos acadêmicos, mas também de confissões, apoio moral, emocional e espiritual. Meninas, obrigada pelo por fazer parte da minha caminhada, pelo apoio, pelas conversas e as longas discussões sobre todos os assuntos.*

*À minha amiga Flamínia por ser minha amiga desde a minha adolescência, me dar apoio, conselhos, compartilhar experiências boas e ruins, sempre se preocupar e lembrar-se de mim, estar sempre presente e disponível para oferecer um ombro amigo nos momentos de alegria e tristeza.*

*A minha amiga Nathalie, por todos esses anos de amizade e experiências juntas.*

*Ao meu amigo Thiago Teles, que me acompanhou no ensino médio e no cursinho e continuou sendo meu amigo mesmo quando escolhemos cursos e faculdades diferentes para cursar. Thiago sempre foi uma pessoa descontraída, engraçada e amiga. Obrigada por tudo amigo.*

*Aos meus professores, mestres, orientadores e amigos (Tássia, Carol, Terezinha, Lilian), em especial a professor Fernando Carvalho, que me acompanhou desde o meu ingresso na UNEB e, desde então, tornou-se um “pai” para mim, em relação à vida acadêmica. Professor Fernando me acolheu desde o primeiro dia que eu apareci na sala dele implorando para ser monitora voluntária da disciplina, sempre me incentivou, nunca desistiu de mim e sempre acreditou no meu potencial.*

*Aos profissionais da Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP), lugar o qual realizei estagio não-obrigatório durante 2 anos da minha vida acadêmica e, com certeza, contribuiu para minha vida profissional e pessoal. Na DIVEP, realizei trabalhos cruciais para minha vida acadêmica e profissionais e fiz amizades que levarei para vida inteira.*

*À Maria do Carmo e Cátia, pessoas que conheci na DIVEP que possuem uma simplicidade, sabedoria e fé. Maria do Carmo é um ideal de pessoa e profissional a ser seguido, simples, inteligente, caridosa, generosa e comprometida. Cátia é uma pessoa amiga, atenciosa e engraçada.*

*EPÍGRAFE*

*ORA et LABORA*

## RESUMO

**JESUS, S.L.C. Hospitalização de pacientes hipertensos por condições sensíveis à atenção primária à saúde: revisão bibliográfica** – Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Enfermagem). Universidade do Estado da Bahia, Salvador, 2014. 56p.

As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) representam um conjunto de problemas de saúde cuja efetiva ação da atenção primária poderia reduzir o risco de um desfecho de hospitalização. Uma das principais causas das ICSAP é a Hipertensão arterial Sistêmica (HAS). A qual constitui-se como um importante problema de saúde pública, pois representa a maior causa de morbimortalidade no Brasil, levando custos aos serviços públicos e privados de saúde e repercussões na qualidade de vida dos indivíduos acometidos. Este trabalho tem como objetivo mapear e caracterizar na literatura a relação existente entre hospitalizações de pacientes hipertensos por condições sensíveis à atenção primária à saúde (APS). Trata-se de uma revisão bibliográfica descritiva e exploratória que utilizou para coleta dos artigos, a Biblioteca eletrônica SciELO e a base de dados Lilacs. O universo deste estudo constituiu-se de 12 documentos textuais, sendo 9 artigos originais, 1 artigo de revisão, 1 tese de doutorado, 1 dissertação de mestrado. A partir da análise de dados, foram extraídas quatro categorias temáticas. A primeira categoria definiu a prevalência de hospitalização por agravos da hipertensão; a segunda, analisou as taxas de ICSAP; a terceira demonstrou a avaliação da demanda de pacientes em serviços terciários de saúde; a quarta, avaliou a qualidade da atenção prestada a pacientes hipertensos na APS. Conclui-se que a APS é capaz de diminuir as taxas de internamentos de pacientes hipertensos. Adicionalmente, CSPAS constituem-se como uma ferramenta gestão de baixo custo que permite que os gestores avaliem a qualidade deste modelo de atenção.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Internação. Hospitalização. Qualidade da atenção. Hipertensão.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01- Diagrama da coleta de dados com descritores atenção primária à saúde, internação, hipertensão	26
Figura 02- Diagrama da coleta de dados com descritores atenção primária à saúde, hospitalização, hipertensão	27
Figura 03- Diagrama da coleta de dados com descritores atenção primária à saúde, qualidade do serviço, hipertensão	28
Figura 04- Distribuição percentual dos documentos textuais por periódicos, Brasil, 2014	28
Figura 05- Percentual dos documentos textuais por ano de publicação, Brasil, 2014	30
Figura 06- Percentual dos documentos textuais por região geográfica, Brasil, 2014	31
Figura 07- Percentual do perfil de titulação profissional dos autores, Brasil, 2014	32

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização dos artigos segundo base de dados

32

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Caracterização da produção segundo ano de publicação, título, identificação, base de dados e periódico.	25, 29
Quadro 2 - Caracterização da produção segundo identificação, objetivo, método e síntese dos resultados.	25, 33

## LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
AINES	Antiinflamatórios não- esteroidais
AMPA	Automedida da pressão arterial
APS	Atenção primária à saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BRA	Bloqueadores do receptor da angiotensina II
CSAPS	Condições sensíveis à atenção primária à saúde
DAC	Doença Arterial Coronariana
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DRCT	Doença Renal Crônica Terminal
ESF	Estratégia de Saúde da família
IAM	Infarto Agudo do miocárdio
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
ICSAPS	Internações por condições sensíveis a atenção primária à saúde
IECAs	Inibidores da enzima conversora da angiotensina
IMAOs	Inibidores da monoaminoxidase
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americanana da saúde
PA	Pressão arterial
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PD	Pressão diastólica
PSF	Programa de Saúde da família
PS	Pressão sistólica
RVP	Resistência vascular periférica
SBH	Sociedade brasileira de hipertensão
SUS	Sistema único de saúde
USP	Universidade de São Paulo
WHO	World health organization

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>2 OBJETIVOS</b>	<b>16</b>
2.1 Objetivo geral	17
2.2 Objetivo específico	17
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>17</b>
3.1 Atenção primária á saúde e condições sensíveis a atenção primária à saúde	17
3.2 Doenças crônicas não- transmissíveis	19
3.3 Conceito, etiologia e epidemiologia da hipertensão	19
3.4 Diagnóstico e tratamento	21
<b>4 METODOLOGIA</b>	<b>23</b>
4.1 Tipo de estudo	23
4.2 Coleta e análises das informações	24
4.3 Questões éticas	25
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>26</b>
5.1 Quanto ao perfil da produção	26
5.2 Quanto as categorias temáticas	33
5.2.1 Prevalência de hospitalização por agravos de hipertensão em indivíduos tratados na atenção primária à saúde	37
5.2.2 Demanda de pacientes em serviço de saúde terciário por condições cardiológicas sensíveis a atenção primária à saúde	39
5.2.3 Análise das taxas de internações por condições sensíveis a atenção primária à saúde	39
5.2.4 Analise da atenção prestada a pacientes hipertensos na Atenção primária à saúde	40
<b>6 CONCLUSÃO</b>	<b>42</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>44</b>
<b>APENDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS</b>	<b>50</b>
<b>ANEXO A- LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA</b>	<b>51</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é manutenção de altos níveis pressóricos, definido por pressão arterial sistólica (PAS)  $\geq 140$  mmHg e pressão arterial diastólica  $\geq 90$  mmHg, que persistem no decorrer do tempo causando alterações hemodinâmicas e estruturais, de forma definitiva (ROBBINS; COLTRAN; KUMAR, 1996; SBH, 2013a ).

O aumento dos níveis pressóricos pode acelerar o acúmulo de placas de ateroma no sistema vascular, tornando-se o principal fator de risco para doenças vasculares e cardiovasculares, como Acidente Vascular Encefálico (AVE), Doença Renal Crônica Terminal (DRCT), Infarto Agudo do miocárdio (IAM), Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), e Doença Arterial Coronariana (DAC) (ANDRADE et al., 2002; BRASIL, 2006a).

É um importante problema de saúde pública, classificada como uma doença crônica não transmissível (DCNT). Representa a maior causa de morbimortalidade no Brasil, levando custos à serviços públicos e privados de saúde, além de repercussões na qualidade de vida dos indivíduos acometidos (BRASIL 2006a).

As DCNT, principalmente aquelas relacionadas ao aparelho circulatório, são doenças com caráter multifatorial associadas a fatores de riscos não modificáveis e modificáveis. Dentre os modificáveis incluem-se variáveis como idade, sexo e raça, e os modificáveis destacam-se o tabagismo, o consumo excessivo de álcool, a obesidade, o consumo excessivo de produtos industrializados ricos em sal, alimentação inadequada e sedentarismo (BRASIL, 2013a).

A elevação da prevalência desta patologia é mantida graças ao estilo de vida levado pelos pacientes, no que se refere à inatividade física, alimentação inadequada que leva à obesidade, consumo do álcool, consumo excessivo de produtos industrializados ricos em sal e envelhecimento da população (ANDRADE et al., 2002; BARROSO, 2012, p.576).

No Brasil em torno de 17 milhões de pessoas são portadoras HAS, sendo que em média 35% desta população encontra-se na faixa etária de 40 anos e mais. Este número é crescente e estima-se que 4% das crianças e adolescentes também portem a HAS (BRASIL, 2006b).

Para viabilizar o aprimoramento do controle e, assim, promover diminuição da prevalência da HAS e do Diabetes mellitus, o governo federal aprovou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes mellitus, através da Portaria Ministerial nº16 de 03/01/2002 (BRASIL, 2002). A qual organiza a assistência, prevenção e promoção da saúde no cuidado ao paciente Hipertenso e diabético em território nacional, bem como outras providências. Mesmo com a implantação do Hiperdia e todas as outras medidas

de prevenção e controle contra os efeitos deletérios da HAS, as internações secundárias aos agravos da hipertensão continuam frequentes em registros hospitalares.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é definida, de acordo com a Declaração de Alma-Ata, como a atenção essencial à saúde baseada em uma prática científica socialmente aceita e em tecnologias acessíveis a indivíduos e seus grupos familiares que residem nas comunidades, desenvolvidas a partir de custos racionalizados que permitem sua operacionalização em diversos países, independentes do seu estágio de desenvolvimento (WHO,1978). No Brasil, utiliza-se atenção básica (AB) como termo análogo à APS, portanto, possuem mesma significância (TESTA, 1987 apud BRASIL, 2007)

Um dos instrumentos de avaliação e monitoramento da qualidade da APS são as condições sensíveis à atenção primária à saúde (CSAPS). As “Condições Sensíveis à Atenção Primária” (CSAP) representam, de acordo com Alfradique et al. (2009, p.1.337), “um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da atenção primária diminuiria o risco de internações”. Ainda segundo esses autores, o marco conceitual para as CSAP assume que, para algumas condições de saúde, a atenção básica oportuna e de boa qualidade pode evitar ou reduzir o risco de internações. Tal constatação implica dizer que o cuidado deve ser resolutivo e abrangente, de forma que a hospitalização será realizada nos casos mais graves e raros.

No Brasil, a lista Brasileira de condições sensíveis a atenção primária à saúde foi elaborada em 2008 e compreende a dezenove grupos de causas e o resultado de um trabalho de validação por consenso de vários especialistas em Saúde Pública do país. As hospitalizações por causas evitáveis servem de instrumento de avaliação e monitoramento da efetividade da Atenção Primária (ALFRADIQUE et al., 2009).

Diante da magnitude e do impacto que a HAS causa para a saúde pública e para o paciente, sabendo da importância da organização da rede de atenção primária, dos problemas envolvendo a assistência da equipe multiprofissional, questões da gestão e culturais, inquietei-me com as relações existentes entre pacientes hospitalizados por agravos da Hipertensão e quais condições seriam sensíveis à atenção primária.

Diversas bibliografias apontam a HAS como patologia crônica, progressiva, multifatorial, incapacitante e fator de risco para muitas doenças que acabam em óbito por todo o mundo. Contudo, Uma doença crônica, quando descoberta prematuramente e devidamente monitorada, tem maiores chances de ser controlada e de melhorar a qualidade de vida do indivíduo acometido, evitando complicações secundárias ou óbito. Desta forma, investir na prevenção desta patologia é uma medida decisiva não só para garantir a qualidade de vida do

usuário, bem como evitar futuras hospitalizações e consequentes gastos para o sistema (OMS, 2005; BRASIL,2006a).

Neste contexto, a equipe de saúde define o diagnóstico clínico, a terapêutica a ser utilizada pelo paciente e, ainda tem o papel de mantê-lo sensibilizado para adesão ao tratamento. Portanto estes profissionais estão na linha de frente, em relação a controle da hipertensão arterial e o bom prognostico do usuário no decurso de sua vida (BRASIL, 2006a).

O recorte deste tema para a atenção primária foi por considerar que neste contexto, a equipe pode atuar juntamente com o usuário na promoção da saúde dos mesmos. Desta forma, surgiu a seguinte questão norteadora: qual a relação existente entre hospitalização de pacientes hipertensos por condições sensíveis a atenção primária à saúde?

Esta pesquisa se justifica pela necessidade de compreender, o comportamento das hospitalizações por causas evitáveis, especificamente a hipertensão e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. A escolha pela hipertensão deve-se a morbi-mortalidade desta patologia e incidência nos indivíduos usuários da Atenção Primária e por estarem mais suscetíveis ao adoecimento pelas doenças presentes na lista brasileira de ICSAP e por suas condições de saúde serem mais influenciadas pela oferta de serviços de saúde e pelos determinantes sociais.

Esperamos que, com este estudo possa ser caracterizada a produção científica nacional sobre a temática de modo que permita correlacionar as condições sensíveis à Atenção Básica e as internações por hipertensão, de forma a suscitar reflexões sobre as ações da equipe multiprofissionais de modo a aumentar a adesão e eficácia do tratamento e diminuir internações por agravos decorrentes da hipertensão.

## **2 OBJETIVO**

### **2.1 Objetivo geral**

- Mapear a produção científica brasileira sobre complicações de pacientes hipertensos hospitalizados por condições sensíveis à atenção primária à saúde.

### **2.2 Objetivo específico**

- Caracterizar a produção científica brasileira sobre complicações de pacientes hipertensos hospitalizados e sua relação com condições sensíveis na atenção primária à saúde, quanto a base de dados, ano de publicação, região geográfica da publicação, profissão e titulação do autor, método, objetivo e resultados do estudo.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 Atenção primária à saúde e condições sensíveis a atenção primária à saúde**

A APS é também considerada a porta de entrada nos serviços de saúde, funcionando como o primeiro contato de indivíduos, família e comunidade com o sistema de saúde, estando sempre o mais próximo possível ao ambiente em que vivem, constituindo também o elemento inicial de um processo contínuo de atenção (WHO, 1978).

No Brasil, a APS teve sua introdução por intermédio de uma professora da Universidade de São Paulo (USP), porém só houve consolidação na década de noventa com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF). Através da implantação do PSF logo constatou-se avanços em relação a estrutura, os processos e os resultados nas situações de saúde (BRASIL, 2007). Vale ressaltar que, em território nacional, o Ministério da saúde utilizou o termo AB para se referir a APS em um contexto histórico-político, com o intuito de diferenciar PSF e cuidados primários à saúde, os quais eram utilizados como termos similares, porém possuíam significados diferentes (TESTA, 1987 apud BRASIL, 2007).

No contexto da Saúde Pública brasileira, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) representou a redefinição do modelo de atenção à saúde, no qual o modelo hospitalocêntrico hegemônico, centrado na doença e com priorização de usos de tecnologias de alto custo, deu lugar a um modelo centrado na comunidade. Sob esse novo olhar, a manutenção da saúde e a prevenção de doenças dos usuários do sistema se transformam no eixo principal das ações, e estas passaram a ser desenvolvidas levando em conta tecnologias mais baratas, no entanto, não menos efetivas. No modelo atual focado na promoção e prevenção, a assistência curativa e as tecnologias de alto custo não são excluídas do processo de cuidado, garantindo, dessa forma, a integralidade e equidade da assistência (PAIM, 2006).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), antes conhecida como Programa Saúde da Família (PSF), representa a reorganização da rede de assistência à saúde que aponta para a universalização do acesso à Atenção Básica (AB) no Brasil (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006). A ESF, considerada o eixo organizacional da APS no Brasil, comunga com as diretrizes do SUS (universalidade, integralidade, equidade e controle social) e incorpora os princípios ordenadores da atenção primária, que são: o primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família e orientação comunitária (MENDES, 2002).

A criação da ESF busca garantir uma assistência à saúde que se configure resolutiva às necessidades de saúde dos usuários do SUS, evitando as hospitalizações desnecessárias. Nesse contexto, os indicadores da atividade hospitalar representam uma medida de

efetividade da APS, trazendo ao bojo das discussões o conceito e a aplicabilidade de uma análise da ESF a partir das Condições Sensíveis à Atenção Primária. As “Condições Sensíveis à Atenção Primária” (CSAP) representam, de acordo com Alfradique et al. (2009, p.1.337), “um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da atenção primária diminuiria o risco de internações”. Ainda segundo essas autoras, o marco conceitual para as CSAP assume que, para algumas condições de saúde, a atenção básica oportuna e de boa qualidade pode evitar ou reduzir o risco de internações. Tal constatação implica dizer que o cuidado deve ser resolutivo e abrangente, de forma que a hospitalização será realizada nos casos mais graves e raros.

Como já mencionado, as hospitalizações por causas evitáveis servem de instrumento de avaliação e monitoramento da efetividade da Atenção Primária. No Brasil, o seu uso tem se dado de maneira crescente após o Ministério da Saúde ter lançado, no ano de 2008, a Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária (NEDEL et al., 2010). Esta lista compreende dezenove grupos de causas e é resultado de um trabalho de validação por consenso entre diversos especialistas da área de Saúde Coletiva no Brasil (ALFRADIQUE et al., 2009).

Os primeiros estudos em internações por causas sensíveis foram desenvolvidos nos Estados Unidos, nos anos 1990. Billings e Teicholz (1990), pioneiros nos estudos dessa temática, apontaram que a eliminação de barreiras de acesso aos serviços de saúde era responsável pela redução das hospitalizações evitáveis. Em outros estudos, Billings et al. (1993) reafirmaram as suas constatações iniciais e identificaram a prevalência de maiores taxas de internações por causas evitáveis em áreas de pobreza, evidenciando, assim, as relações entre as barreiras de acesso e os determinantes sociais. Desde então, diversos países vêm desenvolvendo estudos nessa temática, destacando-se Espanha, Austrália, Inglaterra e Canadá (NEDEL et al., 2010).

Em relação a HAS, apesar dos evidentes avanços e esforços do governo para controlar esta doença, os índices de controle pressóricos permanecem baixos e, estima-se que somente dois terços da população hipertensa tenha sua pressão controlada. A HAS não controlada, à longo prazo, pode acarretar internações decorrentes de AVC e ICC. Atribuindo morbimortalidade às pessoas com hipertensão e gastos onerosos aos cofres públicos. Outro estudo aponta que mais de 50% das internações por HAS poderiam ser prevenidas pela APS (RABETTI; FREITAS, 2011; BARRETO; MARCON, 2013)

A Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008, da Secretaria de Atenção à Saúde, vinculada ao Ministério da Saúde, além de publicar a Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção

Primária (ANEXO 1), ainda define que este documento será utilizado 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 (BRASIL, 2008).

### **3.2 Doenças crônicas não- transmissíveis**

As DCNT são grupos de doenças que se caracterizam por história natural prolongada, longo período de latência, interação entre fatores etiológicos conhecidos e desconhecidos, longos períodos de latência, multiplicidade de fatores complexos e progresso para morte ou invalidez (LESSA, 1998 apud SILVA JUNIOR, 2003).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS/OPAS, 2005) de um total 58 milhões de óbitos por todas as causas no ano de 2005, é provado que as DCNT correspondem por 35 milhões deles, representando o dobro de mortes a serem causadas por doenças infecciosas como HIV/Aids, Tuberculose, condições perinatais e deficiências nutricionais.

No decorrer dos anos, houve uma mudança nos padrões de morbi-mortalidade mundial e no Brasil não foi diferente. O Brasil, seguindo essa tendência, sofreu processos de transições demográficas, nutricional e epidemiológica. Estudos recentes demonstram que as DCNT são o problema de saúde de maior impacto para saúde pública. Acometem as camadas pobres e grupos vulneráveis, correspondendo a 72% das causas de mortes e de 75% dos gastos com atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL 2013b; OMS,2005).

A ameaça de incidência das DCNT é crescente causando mais pobreza, e dificultando o desenvolvimento econômico de muitos países considerados subdesenvolvidos (OMS,2005).

Desta forma, o Ministério da saúde confirma:

“[...] A carga econômica das DCNT produz elevados custos para os sistemas de saúde e da previdência social devido à mortalidade e invalidez precoces, e, sobretudo para a sociedade, famílias e as pessoas portadoras dessas doenças [...]” (BRASIL,2001,p 9).

Devido ao grande impacto econômico que as DCNT acarretam aos serviços de saúde, o Ministério da Saúde (MS) vêm formulando diversas estratégias e ações para reduzir o ônus dessas doenças e conseqüente qualidade de vida e prevenção da invalidez e morte (BRASIL, 2013b).

### **3.3 Conceito, etiologia e epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica**

Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2013a), HAS é quando a pressão sistólica e diastólicas estão elevadas, ou seja,  $PAS \geq 140$  E  $PAD \geq 90$  mmHg, de modo corriqueiro. De acordo com Grim e Grim (2004), a pressão arterial (PA) é a ejeção rítmica do sangue que do ventrículo esquerdo (VE) em direção à artéria aorta. A PA é determinada pelo débito cardíaco (volume de contração x Frequência cardíaca) somado a resistência que o fluxo sanguíneo encontra em seu trajeto através dos vasos sanguíneos periféricos (RPV). A PA aumenta-se durante a sístole, devido à contração do ventrículo, e diminui-se no relaxamento do coração; gerando, desta forma, o pulso de pressão.

As mesmas autoras afirmam que a pressão no ápice do pulso de pressão é denominada pressão sistólica (PS) e pressão mais baixa, chama-se pressão diastólica (PD). Fazendo a diferença entre PS e PD ( $PS - PD$ ) encontra-se a pressão média (PP). É de fundamental importância que se conheça essas pressões pois elas influenciam de modo simultâneo ou individual na alteração da pressão. Acredita-se que diversos fatores como mecanismos hemodinâmicos, humorais, neurais e renais sejam os vilões que mantêm a PA elevada à longo prazo. Todavia, como toda DCNT, não há uma causa atribuída para determinação da HAS e, sim, uma conjunção de fatores. Dentre eles, já citados, raça, história familiar, modo de vida, alimentação, idade, sexo.

O Ministério da Saúde (2001) ainda salienta que não basta avaliar somente a pressão nos vasos, mas também, é importante avaliar o risco cardiovascular daquele paciente.

Em relação à epidemiologia, o mesmo autor mostra que, a HAS afeta adultos e adultos jovens sendo que estes pacientes sofrem outras complicações de caráter cardiovascular.

Como observa-se em:

“[...] A hipertensão afeta de 11 a 20% da população adulta com mais de 20 anos. Cerca de 85% dos pacientes com acidente vascular encefálico (AVE) e 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresentam hipertensão associada [...]” (BRASIL, 2001, p.5) .

O Ministério da Saúde (2013a) também diz que a prevalência da HAS no Brasil corresponde a 35% da população com idade acima de 40 anos, o que em números, absolutos quer dizer que 17 milhões de pessoas. Cerca de 75% destas pessoas recorrem ao SUS para obter atendimento. Diante desta elevada prevalência, há que se reforçar a prevenção desta doença para diminuir o número de internações, a melhoria da qualidade de vida, mortalidade e a diminuição dos gastos com tratamentos.

### 3.4 Diagnóstico e tratamento

A PA deve ser avaliada de maneira contínua, mesmo que de início ela se apresente em seus níveis pressóricos normais. O diagnóstico do paciente é clínico-laboratorial e tem como alguns de seus objetivos, a confirmação da PA elevada, identificar fatores de risco e risco cardiovascular global, o que possibilita a estratificação da doença, gerando tratamento e conduta mais adequada à situação problema do indivíduo a ser tratado (BRASIL, 2006a).

Ao realizar a anamnese, o profissional deverá pesquisar, abuso de álcool, consumo excessivo de sal, sedentarismo, estresse, hábito de fumar, ganho de massa. Além de história familiar de Hipertensão, utilização de medicamentos como, inibidores da Monoaminoxidase (IMAOs), antiinflamatórios não-esteroidais (AINES), estrógenos, anorexígenos e anticoncepcionais. Pois, acredita-se que estes medicamentos possam contribuir para o aumento da PA (BRASIL, 2001).

O diagnóstico clínico é realizado através da medida da pressão e os testes laboratoriais são, geralmente, utilizados para realização de um diagnóstico diferencial, excluindo os casos de hipertensão secundária (GRIM; GRIM, 2004). O que é reafirmado pelo Ministério da Saúde:

[...] “Pacientes com relato de hipertensão arterial de difícil controle e apresentando picos tensionais graves e frequentes, acompanhados de rubor facial, cefaleia intensa e taquicardia, devem ser encaminhados à unidade de referência secundária, para pesquisa de feocromocitoma”  
[...] (BRASIL, 2001, p.19).

O diagnóstico é realizado através de quatro tipos de medida da pressão: a medida da pressão arterial realizada no ambulatório; automedida da PA (AMPA); monitorização residencial da PA (MRPA); monitorização ambulatorial da pressão arterial de 24h (MAPA) (VI DBH, 2010)

A medida da pressão arterial no consultório é realizada por profissionais da saúde, onde a primeira avaliação deve ser realizada na posição supina e posição sentada, nos dois braços do paciente. A AMPA é realizada pelo próprio paciente com equipamentos validados. A MRPA é realizada com o paciente em estado de vigília, no lar ou no ambiente de trabalho do mesmo, no período de três em três horas durante cinco dias. E por fim, a MAPA verifica os diversos valores da PA durante 24h, tanto em estado de vigília quanto no estado de sono do paciente. A MAPA é medida mais utilizada para diagnosticar a HAS, no entanto, a AMPA e

MRPA auxiliam para excluir ou confirmar diagnóstico de hipertensão mascarada e hipertensão do jaleco branco.

Para a seleção de um sistema terapêutico, primeiramente é necessário que se realize o diagnóstico de hipertensão essencial, excluindo formas de hipertensão secundária. Bem como é necessária a estratificação do risco cardiovascular para análise de fatores de risco, acometimentos de órgãos importantes, ocorrência de IAM, nefropatias, doença arterial periférica, dentre outros. A hipertensão essencial não tem cura, porém é passível de controle e tratamento, o qual é baseado em duas linhas: não – farmacológica e farmacológica (BRASIL, 2006a; SBH, 2013b).

O tratamento não-farmacológico é baseado na modificação de estilo de vida do paciente no que se refere a alimentação, realização de exercícios físicos, emagrecimento. Onde o profissional vai orientar e estimular o paciente a reduzir o hábito de fumar, reduzir o uso de bebidas alcoólicas, a começar a se exercitar, diminuir o sal nos alimentos ingeridos e controle do estresse. O tratamento farmacológico, tem como objetivo a redução dos níveis pressóricos e assim afastar o risco de ocorrência de eventos cardiovasculares fatais ou debilitantes. Os medicamentos que estão na primeira linha de escolha são os: antagonistas do canal de cálcio, inibidores da enzima conversora da angiotensina II (IECAS), betabloqueadores, bloqueadores do receptor da angiotensina II (BRA) (SBH, 2013b).

Existe também a associação de fármacos de classes distintas em baixas doses como, por exemplo, a associação de diurético tiazídico com um IECA (BRASIL, 2006a).

Vale ressaltar que o papel da equipe de saúde é fundamental na adesão ao tratamento sendo o farmacológico ou não-farmacológico e, principalmente, na manutenção destas condutas, visto que, muitos pacientes abandonam a terapêutica, o que acarreta complicações para mesmo, aumentando o risco de morte e de aparecimento de comorbidades.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica com o objetivo de mapear a produção científica brasileira sobre complicações de pacientes hipertensos hospitalizados por condições sensíveis a atenção primária à saúde.

Ao apresentar a metodologia que compõe determinada pesquisa busca-se apresentar o “caminho do pensamento” e a “prática exercida” na apreensão da realidade, e que se encontram intrinsecamente constituídos pela visão social de mundo veiculada pela teoria da qual o pesquisador se vale. O processo de apreensão e compreensão da realidade inclui as concepções teóricas e o conjunto de técnicas definidos pelo pesquisador para alcançar respostas ao objeto de estudo proposto. É a metodologia que explicita as opções teóricas fundamentais, expõe as implicações do caminho escolhido para compreender determinada realidade e o homem em relação com ela (MINAYO, 1994, p. 22).

Neste contexto, a revisão de literatura ou revisão bibliográfica significa identificar, obter e consultar a literatura e outros recursos que sejam interessantes para atingir o objetivo de retirar e reunir informações que sejam úteis e necessárias para abordar e subsidiar um problema de pesquisa (SAMPIERI; COLLADO; LÚCIO, 2006).

A escolha pela pesquisa bibliográfica considerou a frequência do método nos estudos exploratórios ou descritivos casos em que o objeto de estudo proposto é pouco estudado, tornando difícil a formulação de hipóteses precisas e operacionalizáveis. A sua indicação para esses estudos relaciona-se ao fato de a aproximação com o objeto ser dada a partir de fontes bibliográficas. Portanto, a pesquisa bibliográfica possibilita um amplo alcance de informações, além de permitir a utilização de dados dispersos em inúmeras publicações, auxiliando também na construção, ou na melhor definição do quadro conceitual que envolve o objeto de estudo proposto (GIL, 1994).

Em concordância com a autoria supracitada, Lakatos e Marconi (2003) definem que, a pesquisa bibliográfica abrange toda a bibliografia publicada sobre o tema que se quer estudar, tendo como intuito aproximar o pesquisador a todas as obras escritas, filmadas e até mesmo faladas do tipo de estudo.

A pesquisa bibliográfica tem sido um procedimento bastante utilizada nos trabalhos de caráter exploratório-descritivo, reafirma-se a importância de definir e de expor com clareza o método e os procedimentos metodológicos (tipo de pesquisa, universo delimitado, instrumento de coleta de dados) que envolverão a sua execução, detalhando as fontes, de

modo a apresentar as lentes que guiaram todo o processo de investigação e de análise da proposta (LAKATOS; MARCONI, 2003).

#### **4.2 Coleta e análise das informações**

A coleta dos dados foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde/BIREME (BVS), uma base de dados nacional que viabiliza, *online*, o acesso a outras bases de dados organizada por temas e países (GIL, 2010).

SciELO – *Scientific Eletronic Library Online* que, segundo Gil (2002), é uma biblioteca eletrônica brasileira que permite o acesso a produções científicas de várias áreas do conhecimento; LILACS – Ciências da saúde, é uma base de dados alimentada por instituições que compõem o Sistema Latino-Americano e Caribenho com teses, artigos, anais de congresso, capítulos de livros e revista com o tema saúde, desde 1982 (GIL, 2002, p.72).

A coleta de artigos e outros estudos publicados, foi realizada entre os meses de julho à setembro de 2014, não sendo estabelecido limite temporal de autoria dos artigos. Desta forma, buscou-se alcançar o maior número de publicações que versavam sobre o objeto de estudo.

A definição das palavras chaves foram definidas pelo Descritores da Saúde (DeCS): Atenção primária à Saúde, hospitalização, hipertensão, qualidade da atenção.

A estratégia de busca foi dividida em três momentos. Primeiro momento: atenção primária à saúde, internação, hipertensão; segundo momento: atenção primária à saúde, hospitalização, hipertensão; terceiro momento: atenção primária à saúde, qualidade da atenção, hipertensão. Todas precedidas do booleano AND.

Foram definidos como critérios de inclusão: artigos que mostrassem relação entre hipertensos, atenção primária à saúde e hospitalização; disponíveis gratuitamente, na íntegra, nos idiomas português e inglês. Os critérios de exclusão foram: artigos repetidos na base de dados, que após leitura de título e/ou resumos não contemplassem os objetivos do estudo.

Após a busca na base de dados, foram lidos os títulos e resumo dos artigos de modo a selecionar a amostra de acordo com o objeto e objetivo do estudo.

Posteriormente, foram lidos na íntegra e transcrito os itens de caracterização para uma matriz no *word* versão 2010, com as seguintes informações: ano, título do artigo/trabalho, base de dados, nome do periódico, região brasileira do periódico, profissão e titulação dos autores, objetivo do estudo, método (tipo do estudo), síntese dos resultados.

Para categorização dos objetivos e resultados dos estudos, utilizou-se análise temática de conteúdo que envolveu as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação (BARDIN, 2009).

A análise de dados consiste na análise crítica e interpretação do material pesquisado. Na análise, o pesquisador consegue detalhes sobre aquilo que está sendo estudado, desta forma ele poderá responder seus questionamentos (LAKATOS; MARCONI, 2003).

Sendo assim, neste estudo, os artigos selecionados foram lidos de maneira criteriosa e colocado em dois quadros de coleta de dados. A seguir constam os dois quadros:

Ano	Título	Identificação (ID)	Base de dados	Periódico
-----	--------	-----------------------	---------------	-----------

Quadro 1– Quadro de caracterização da produção, ano de publicação, título, identificação, base de dados, periódico

Identificação	Objetivo	Método (tipo do estudo)	Síntese dos resultados
---------------	----------	----------------------------	------------------------

Quadro 2– Quadro de caracterização da produção científica segundo os objetivos, métodos e síntese dos resultados.

### 4.3 Questões éticas

Após a submissão à Comissão de Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), deu-se continuidade a esta revisão bibliográfica com as devidas análises de resultados, discussão e conclusões. Não foi necessário aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa por se tratar de uma pesquisa de revisão bibliográfica.

Nesta pesquisa, a citação dos autores, obedeceu conforme legislação que regula os direitos autorais, Lei nº 12.853 (BRASIL, 2013c)

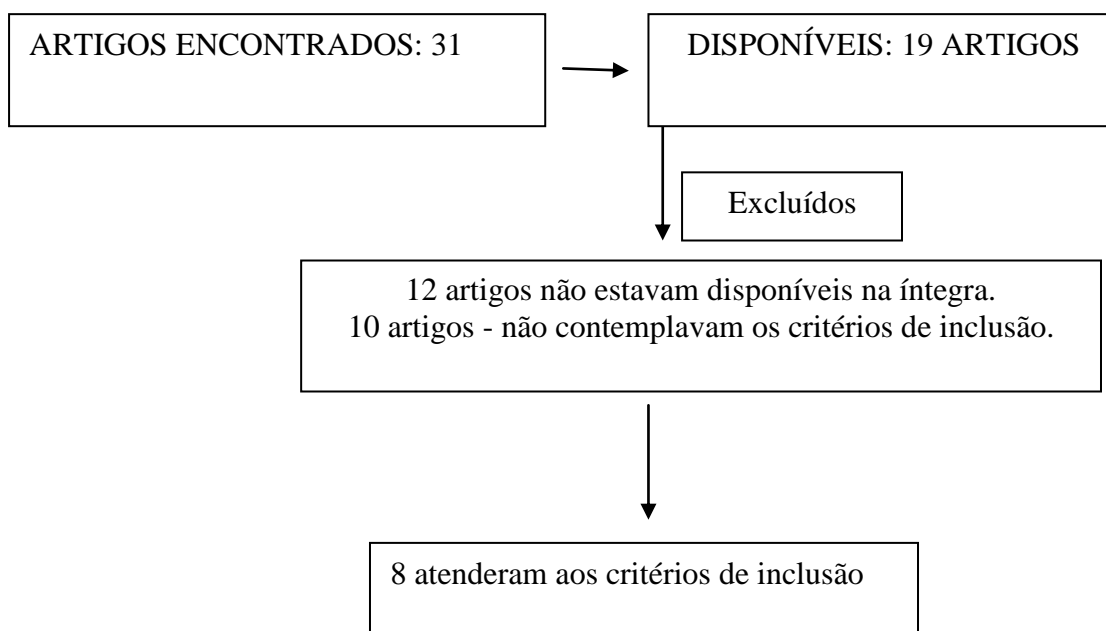
## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 5.1 Quanto ao ano de produção, quantitativo, disponibilidade em base de dados e periódicos

Após o levantamento dos artigos foram selecionados 12 documentos textuais, sendo 09 (nove) artigos originais, 1 (um) artigo de revisão (revisão sistemática da literatura), 1 (uma) dissertações de mestrado e 1 (uma) tese de doutorado, publicados no período entre 2008 a 2013, que estavam relacionados a hospitalização de pacientes hipertensos por condições sensíveis a atenção primária à saúde.

Os dados permitiram inferir que uma atenção primária à saúde de qualidade contribui significativamente para diminuição das taxas de internação hospitalares de pacientes hipertensos.

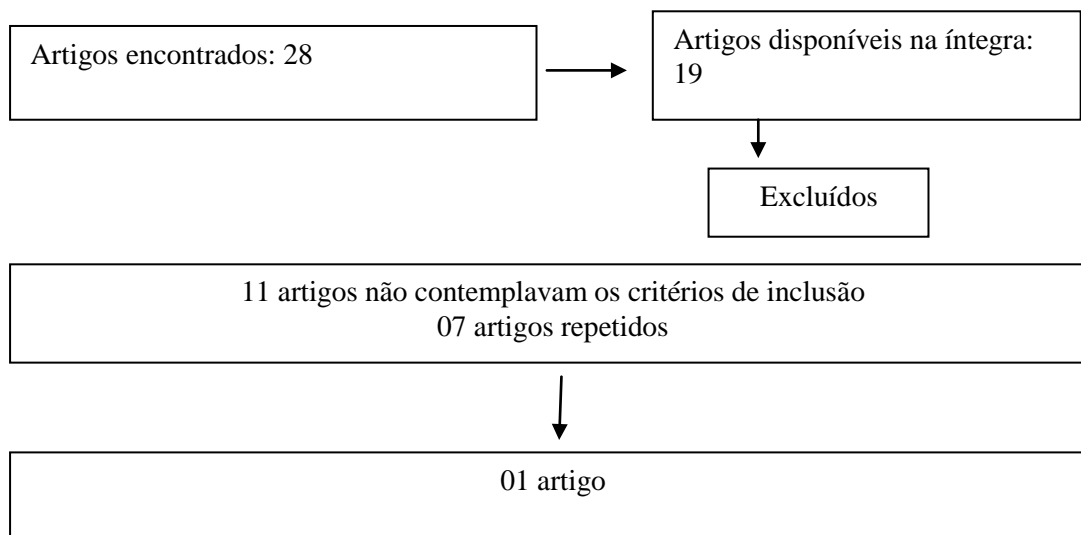
Em relação à permutação dos descritores: atenção primária à saúde, internação, hipertensão, através do booleano AND foram encontrados: 31 (trinta e um) artigos, dos quais 19 (dezenove) estavam disponíveis na íntegra. Desses 19 (dezenove), 08 (oito) foram incluídos ao estudo, pois contemplavam os critérios de inclusão.



**Figura 1:** Diagrama da coleta de dados com descritores atenção primária à saúde, internação, hipertensão.

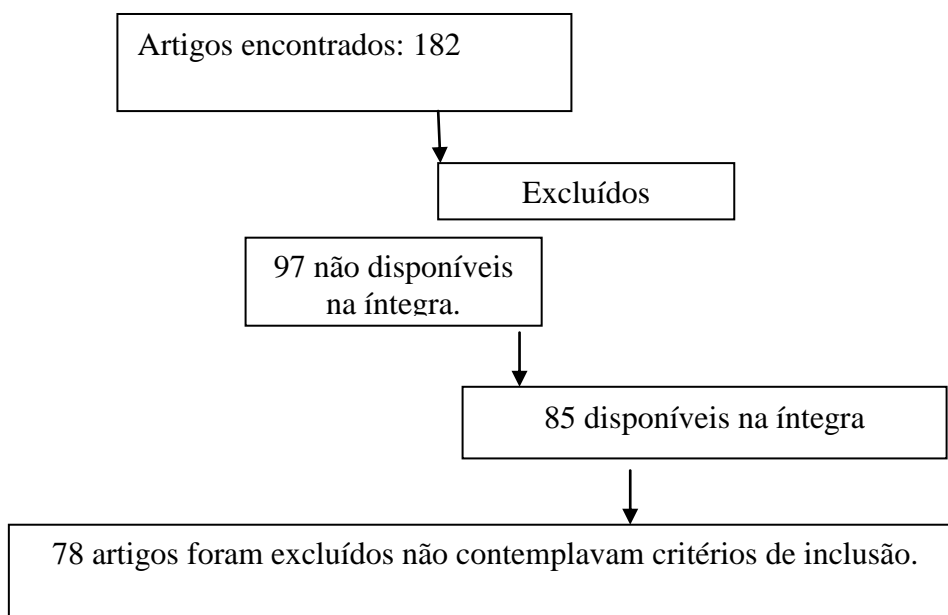
Em relação à permutação dos descritores: atenção primária à saúde, hospitalização, hipertensão, através do booleano AND: foram encontrados 28 (vinte e oito) artigos. Dos

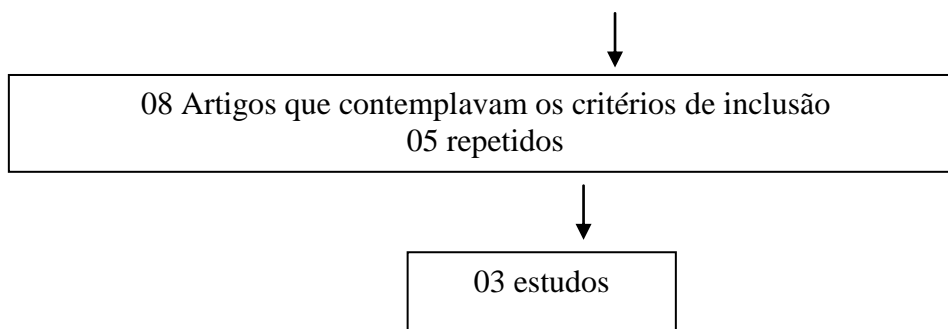
quais, 19 (dezenove) artigos estavam disponíveis na íntegra. Desses 19 (dezenove), 08 (oito) estavam de acordo com os critérios de inclusão, porém somente 01 (um), não havia sido selecionado para análise.



**Figura 2:** Diagrama da coleta de dados com descritores atenção primária à saúde, hospitalização, hipertensão.

Em relação à permutação dos descritores: atenção primária à saúde, qualidade da atenção, hipertensão, através do booleano AND foram encontrados: 182 (cento e oitenta e dois) artigos, dos quais 85 (oitenta e cinco) estavam disponíveis na íntegra. Desses 85 (oitenta e cinco), somente 07 (sete) se adequavam ao objetivo do estudo, porém somente 03 (três) não haviam sido selecionados.





**Figura 3:** Diagrama da coleta de dados com descritores: atenção primária à saúde, qualidade da atenção, hipertensão.

Em relação aos periódicos, verificou-se uma distribuição difusa, com presença de 10 (dez) periódicos (Figura 6), os quais foram: Revista da associação médica brasileira (8,33%), revista da escola de enfermagem da Universidade de São Paulo (8,33%), Saúde debate (8,33%), epidemiologia e serviços de saúde (8,33%) instituto de medicina Social (8,33%), Acta Paulista de Enfermagem (8,33%), Revista brasileira de enfermagem (8,33%), São Paulo medical journal (8,33%), faculdade de saúde publica da USP (8,33%), Caderno de Saúde Publica (25%).

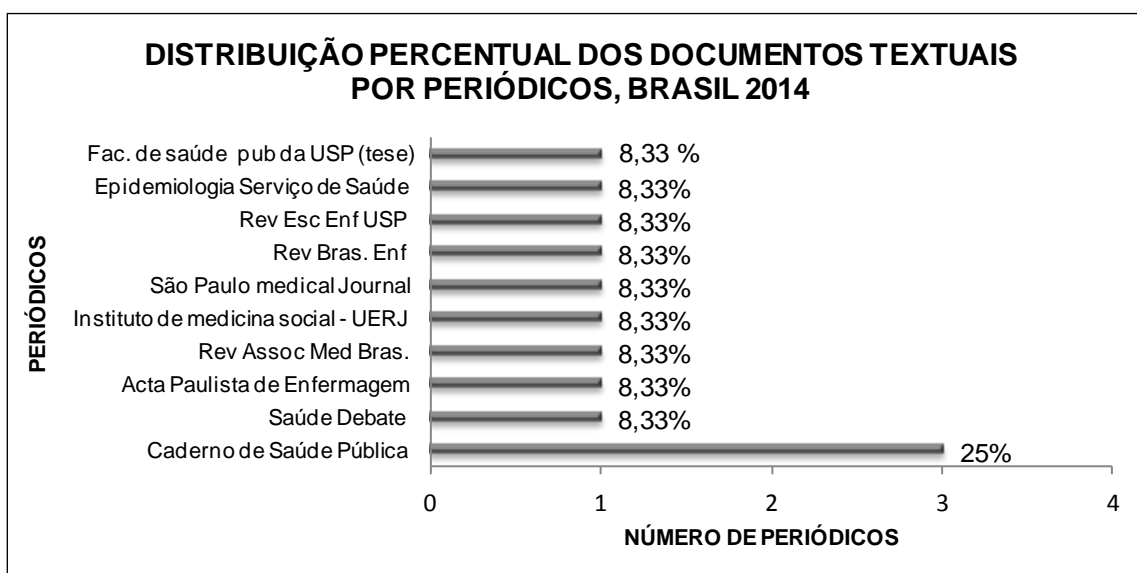


Figura 4: Distribuição percentual dos documentos textuais por periódicos, Brasil, 2014

Verificou-se a predominância do caderno de saúde pública que estava atribuído a 3 (três) estudos. Trata-se de um periódico que tem como ênfase a área de saúde e políticas

públicas, que permitem a publicação de trabalhos de diferentes áreas da saúde e que são geralmente acessadas por pesquisadores e docentes. Contudo, observa-se a necessidade de publicações direcionadas à temática de ICSAP em periódicos que tenham como escopo a produção técnico-científica relacionada à área da saúde no âmbito assistencial, gerencial, permitindo a ampla divulgação dos resultados e frequente acesso pelos discentes e profissionais do serviço.

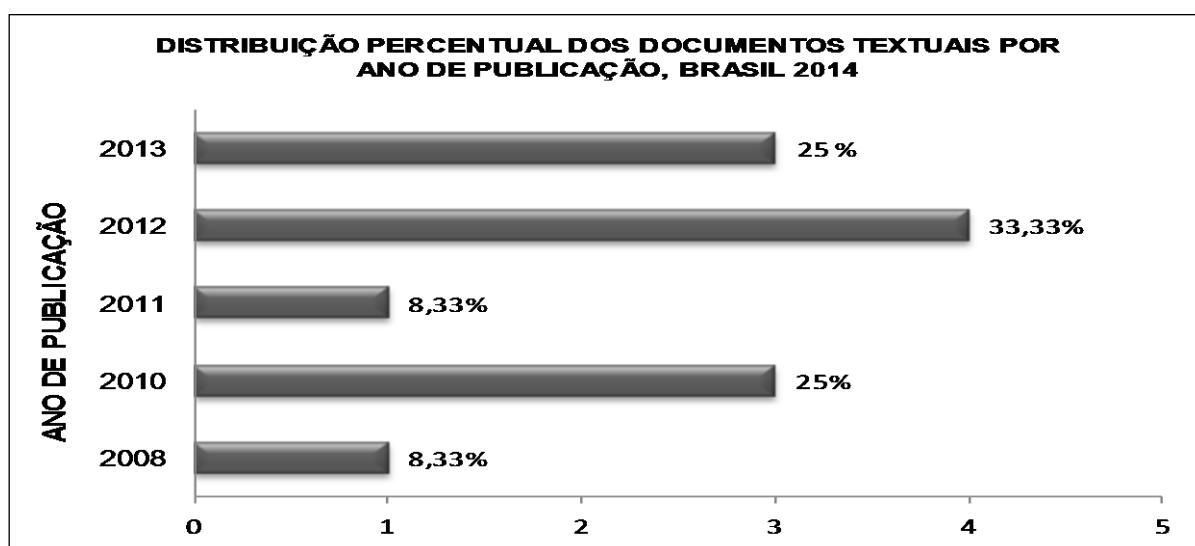
Em relação às bases de dados verificou-se a predominância da Lilacs, representada com 12 (doze) publicações, tendo percentual de 100% .

**Quadro 1:** Caracterização dos artigos analisados, segundo ano, título, base de dados e periódico, Brasil, 2014.

<b>Ano</b>	<b>ID</b>	<b>Título do artigo</b>	<b>Base de dados</b>	<b>Periódico</b>
2013	P1	Fatores associados à prevalência de hipertensão e medidas de controle entre idosos residentes no Município de São Paulo, Brasil	LILACAS / SCIELO	Caderno de Saúde Pública
2013	P2	Condições cardiológicas sensíveis à atenção primária em serviço terciário de saúde: apenas a ponta do iceberg	LILACS	Saúde Debate
2013	P3	Hospitalização por agravos da hipertensão arterial em pacientes da atenção primária	LILACAS / SCIELO	Acta Paulista de Enfermagem
2012	P4	Internações por condições sensíveis à atenção primária em município do sudeste do Brasil	LILACS	Rev Assoc Med Bras.
2012	P5	Análise da atenção prestada aos pacientes portadores de hipertensão arterial no município de Piraí com bases nos registros dos prontuários ambulatoriais e hospitalares	LILACS	Instituto de medicina social - UERJ (dissertação)
2012	P6	Blood pressure control in hypertensive patients within Family Health Program versus at Primary Healthcare Units: analytical cross-sectional study	LILACAS / SCIELO	São Paulo medical Journal
2012	P7	Assistência à pessoa com hipertensão arterial na ótica do profissional de saúde	LILACAS / SCIELO	Rev Bras. Enf
2011	P8	O panorama das internações por condições sensíveis à atenção primária em um distrito de São Paulo	LILACS/SCIELO/BDENF	Rev Esc Enf USP
2010	P9	Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil.	LILACS/ SCIELO	Caderno de Saúde Pública

2010	P10	Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura	LILACS	Epidemiologia Serviço de Saúde
2010	P11	Promoção da saúde e a reorientação dos serviços de saúde no Município de Fortaleza: a hipertensão arterial como analisador	LILACS	Faculdade de saúde pub da Universidade de São Paulo (Tese)
2008	P12	Qualidade da atenção básica mediante internações evitáveis no Sul do Brasil	LILACS/ SCIELO	Caderno de Saúde Pública

Em relação aos anos de publicação, observou-se um quantitativo maior de publicações no período de 2010 a 2013 , provavelmente devido à publicação da lista de CSAP no Brasil. Na figura 8 , apresenta-se o percentual em relação ao quantitativo de publicações.



**Figura 5:** Percentual Dos documentos textuais por ano de publicação, Brasil, 2014

Em relação procedência geográfica dos estudos, verificou-se que 01 (uma) publicação foi produzida na região Nordeste, correspondendo a 8,33%, 5 (cinco) publicações na região Sudeste correspondendo a 41,66% , 6 (seis) na região Sul o que corresponde a 50% (figura 6).

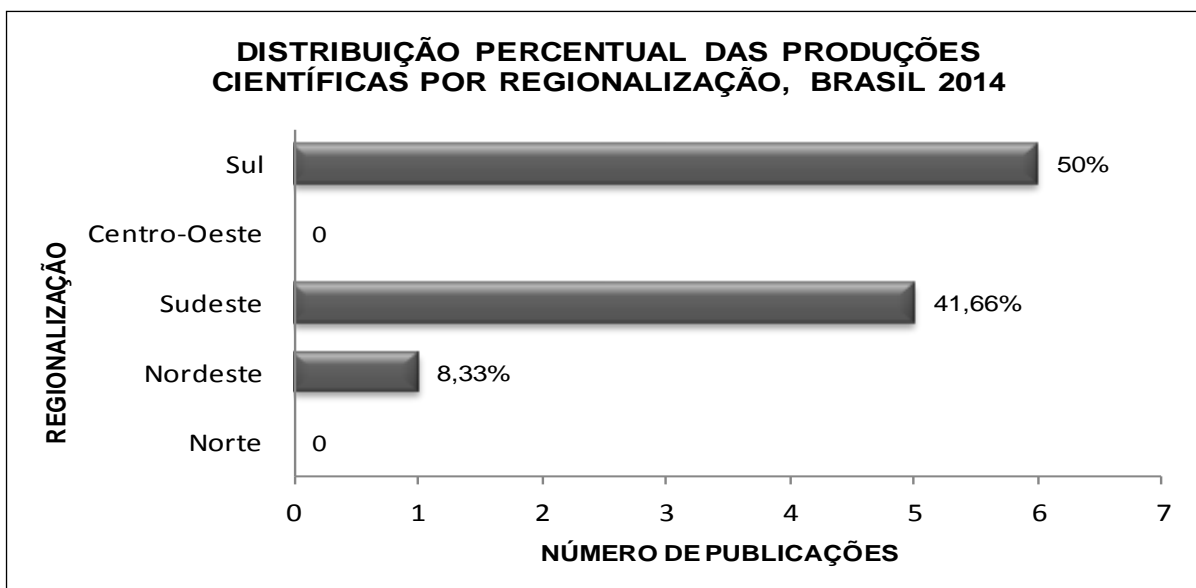


Figura 6: Percentual dos documentos textuais por região geográfica, Brasil, 2014

Observou-se que a produção científica relacionada ao tema obtiveram maior expressividade nas regiões Sudeste e Sul, o que caracteriza a produção científica centrada nessas regiões do país, o que pode ser associado ao incentivo dos programas de pós-graduação na temática.

Não houve publicações referentes à região norte e centro oeste e com base nestes resultados, percebeu-se que a região Sudeste foi a que gerou maior impacto percentual, o que pode estar relacionado ao fato de concentrar um elevado número de instituições de ensino e pesquisa, reconhecidas nacional e internacionalmente (GUIMARÃES et al., 2006; MENDES; MARZIALE, 2003).

Tal cenário coaduna com a concentração dos grupos de estudos e de pós-graduação existentes nesses centros. Fato também evidenciado pela concentração de renda do País, acompanhando a distribuição do Produto Interno Bruto (PIB), reafirmando as desigualdades regionais.

Para identificar a titulação dos autores e a instituição de suas vinculações, buscou-se por informações em seus currículos disponíveis na Plataforma Lattes do CNPq/Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

A plataforma Lattes é um sistema único de informações pertencente ao Conselho nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) que integra bases de dados de grupo de pesquisa, de currículos e de instituições de ensino (LATTES, 2014).

Em relação ao perfil profissional dos autores, foram identificados 38 médicos (52,63%), 12 (doze) enfermeiros (25%), 01 (um) fisioterapeuta (2,63%), nutricionista (2,63%)

e 01 (um) psicólogo (2,63%). No que tange às titulações dos autores (Figura 10), evidenciam-se doutores e mestres: 2 pós –doutores, 20 são doutores, 32 mestres , somente 3 profissionais possuíam apenas a graduação e 3 profissionais possuíam apenas alguma especialização (pós-graduação *latu sensu*). Vale ressaltar que aqueles que eram Doutrores, possuíam o diploma de mestre e também portavam diploma de especialização.

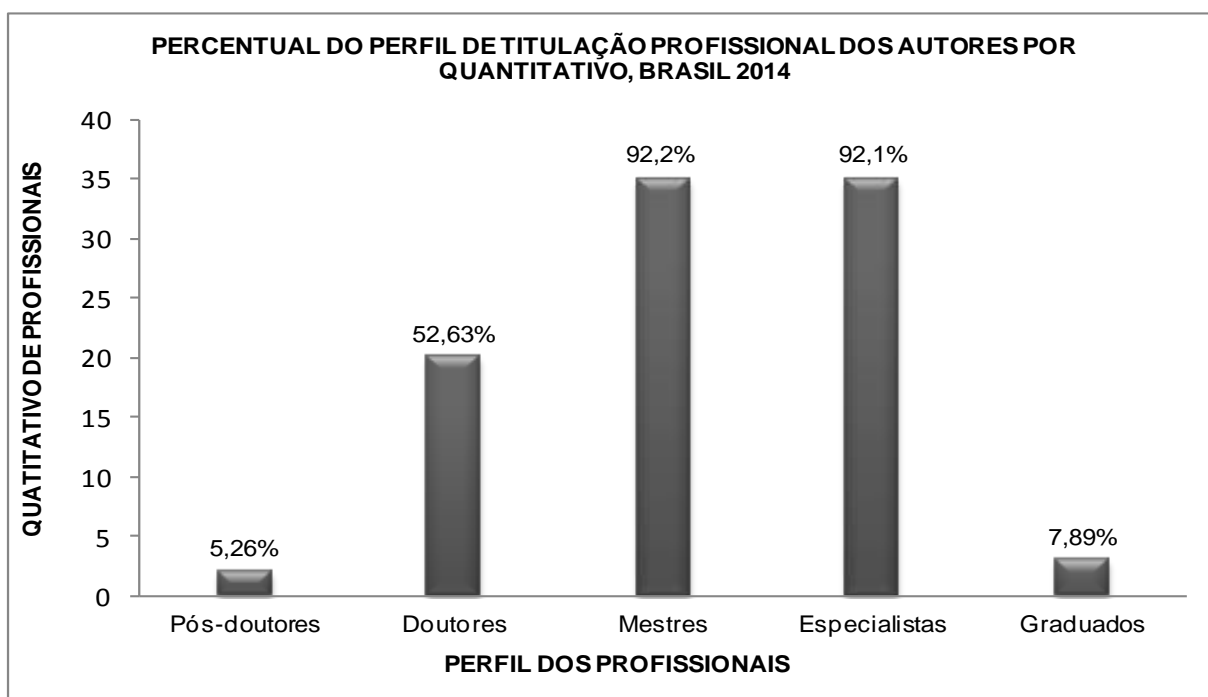


Figura 7: percentual do perfil de titulação profissional dos autores, Brasil, 2014

Tal resultado pode estar relacionado ao elevado número de docentes nas publicações que integram grupos de pesquisa, instituições de ensino de graduação e de pós-graduação, favorecendo assim a produção científica.

No que se refere a metodologia dos estudos, observou-se a prevalência de estudos transversais, em consonância com os estudos de Nedel et al., 2010, que também demonstra a predominância de estudos com esta abordagem metodológica (tabela 1).

Tabela 1: caracterização dos artigos segundo método, Brasil, 2014

<i>ID</i>	<i>Tipo do estudo</i>
P1	TRANSVERSAL
P2	TRANSVERSAL

P3	TRANSVERSAL
P4	TRANSVERSAL
P5	PESQUISA DOCUMENTAL
P6	TRANSVERSAL
P7	TRANSVERSAL
P8	TRANSVERSAL
P9	ECOLÓGICO
P10	REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA
P11	TRANSVERSAL
P12	TRANSVERSAL

## 5.2 Categorias temáticas

Ao analisar as 12 produções científicas, emergiram 4 categorias: Categoria 1: Prevalência de hospitalização por agravos da hipertensão; Categoria 2: Análise das taxas de ICSAP; Categoria 3: Avaliação da demanda de pacientes em serviços terciários de saúde; Categoria 4: Avaliação da qualidade da atenção prestada a pacientes hipertensos na APS (Quadro 2).

**Quadro 2:** Caracterização das publicações, segundo objetivo, método e resultados, Brasil, 2014.

ID	Objetivos	MÉTODOS	Síntese dos Resultados
P1	Analisar a prevalência de hipertensão e práticas de controle em idosos	Transversal	A prevalência de hipertensão referida entre os idosos foi de 46,9%. As variáveis associadas à hipertensão foram autopercepção de saúde, consumo de álcool, sexo e hospitalização no último ano, independentemente da idade. As três medidas mais adotadas para o controle da hipertensão, embora pouco praticadas, são tomar medicação oral de rotina, dieta sem sal e atividade física.

P2	Quantificar e descrever a demanda de pacientes em relação a um serviço de saúde terciário por CCSAP e determinar o coeficiente e a proporção de internação por CCSAP	Transversal	O coeficiente de internação foi de 11,4 por 10 mil e apenas 18,8% foram internados. Houve predomínio de angina seguida de hipertensão arterial e ICC.
P3	Determinar a prevalência de hospitalização por agravos ou complicações da hipertensão arterial em indivíduos tratados na Atenção Primária e identificar fatores associados.	Transversal	Alguns fatores associados à hospitalização são modificáveis e passíveis de intervenção, indicando a necessidade de atuação diferenciada dos profissionais de saúde junto aos hipertensos, especialmente os do sexo masculino, idosos e que possuam comorbidades.
P4	Analisar as causas mais frequentes de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) em Juiz de Fora, MG, Brasil, por faixa etária e sexo, nos períodos de 2002 a 2005 e 2006 a 2009. Ou azul?	Transversal	A prevalência de hipertensão referida entre os idosos foi de 46,9%. As variáveis associadas à hipertensão foram autopercepção de saúde, consumo de álcool, sexo e hospitalização no último ano, independentemente da idade. As três medidas mais adotadas para o controle da hipertensão, embora pouco praticadas, são tomar medicação oral de rotina, dieta sem sal e atividade física.
P5	Analisar a atenção prestada aos portadores de Hipertensão Arterial no município de Pirai com base nos registros dos prontuários ambulatoriais e hospitalares	Pesquisa documental	A gravidade dos pacientes internados, pode ser associada ao elevado número de óbitos.
P6	The objective of this study was to evaluate the rate of blood pressure control among patients followed up at FHP units	Transversal	Blood pressure was under control in 29.2% (n = 73) at FHP units and 39.23% (n = 98) at PHUs (odds ratio = 0.64; confidence interval =

	compared with those at primary healthcare units (PHUs).		0.44-0.93; P = 0.024).
P7	Conhecer os aspectos da assistência prestada as pessoas com HA na Atenção Básica em Saúde sob a ótica de profissionais que participaram desta assistência.	Transversal	Observou-se que, apesar de o estudo ter sido realizado com equipes de diferentes municípios, os significados e percepções relativos ao atendimento prestado e as dificuldades experienciadas são semelhantes em muitos aspectos.
P8	Identificar as principais Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) do Hospital Geral de Pedreira (HGP) e as Unidades Básicas de Saúde que demandaram maior número destas internações.	Transversal	Obtiveram no período do estudo 10.616 internações; dessas 1.689 (15,9%) foram por ICSAP. As principais causas das internações por condições sensíveis foram: pneumonias bacterianas (17,4%); infecções no rim e trato urinário (13,6%) e hipertensão arterial (11,1%). Da análise dos prontuários encontramos 122 ICSAP, sendo 73,7% na área de estudo (Pedreira, Cidade Ademar e Campo Grande). A Cidade Ademar gerou mais ICSAP, 38,5%, porém, é a que apresenta maior população e densidade demográfica.
P9	Avaliar a qualidade dos cuidados da APS por meio da taxa de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária, no período de 1995 a 2005.	Ecológico	Foram consideradas as internações hospitalares por: diabetes mellitus, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, doença pulmonar obstrutiva crônica e doenças imunopreveníveis em indivíduos na faixa etária de 20 a 59 anos. Verificou-se diminuição das taxas em quase todos os municípios do estado. A regressão de Poisson não mostrou tendências de diminuição das taxas após a adesão à gestão plena. Nos municípios menores, as taxas foram mais elevadas.

P10	<p>Sintetizar as características da APS associadas ao risco de hospitalização por CSAP, em estudos publicados em revistas científicas da área da saúde sobre o indicador.</p>	Transversal	<p>A maioria dos estudos foi realizada nos Estados Unidos e Espanha, utilizando análise transversal de dados secundários. Na Espanha, as taxas de internação por CSAP não se associaram ao tamanho da população adscrita, ao médico ou enfermeiro. A continuidade da atenção associou-se a menores taxas, nos Estados Unidos e Canadá. A continuidade da atenção, a equipe multidisciplinar e, em menor destaque, a população adscrita ao médico mostraram-se associadas em diferentes estudos à menor probabilidade de hospitalização por CSAP</p>
P11	<p>Identificar e analisar as práticas de promoção da saúde e sua utilização para reorientação dos serviços de saúde no município de Fortaleza com foco no controle da Hipertensão arterial.</p>	Estudo de caso	<p>Embora o novo modelo tenha modificado o padrão da atenção ao município, verificou-se que a visão biomédica ainda é predominante no atendimento dos centros de saúde. Alguns centros conseguem quebrar esse paradigma e têm uma visão mais abrangente do território. Através de atividade em conjunto com a população, fortalecem a comunidade e o controle da hipertensão arterial, amenizando desigualdades e iniquidades.</p>
P12	<p>Analisar mediante taxa de internações hospitalares evitáveis a qualidade dos cuidados oferecidos pela rede básica de saúde em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, no período entre 1995 a 2004.</p>	Transversal	<p>Os percentuais entre as mulheres foram superiores aos encontrados nos homens. Foi observada uma diminuição dos percentuais de internações tanto nos homens como nas mulheres no decorrer do período. Mesmo após a padronização direta revelou-se que as</p>

			taxas de internação de Pelotas foram inferiores às do Rio Grande do Sul. Os custos das hospitalizações evitáveis acompanharam a queda observada nas taxas de internações.
--	--	--	---

### **5.2.1 Prevalência de hospitalização por agravos de hipertensão em indivíduos tratados na atenção primária à saúde**

Na leitura das publicações selecionadas identificou-se que 02 (dois) artigos (BARRETO; MARCON, 2013; MENDES et al., 2013) tratavam da prevalência de hospitalização por agravos da hipertensão em pacientes tratados na APS.

Apesar de abordarem a prevalência da hipertensão, os estudos se debruçam em diferentes faixa etárias, pois Barreto e Marcon (2013), não escolheram faixa etária para seu estudo e o estudo de Mendes et al. (2013) estudaram hipertensão em idosos de faixa etária de 60 anos a mais. Todavia, Barreto e Marcon (2013), apontam na discussão de seu estudo que os idosos foram mais hospitalizados do que os adultos, fato que pode esta ligado por esta população constituir a maior parcela de pessoas no estudo, ter tempo hábil para buscar um serviço de saúde e reconhecerem a necessidade de dirigir-se a uma unidade de saúde.

Os dois estudos (BARRETO; MARCON, 2013; MENDES et al., 2013) utilizaram entrevistas através de questionários, porem escolheram variáveis diferentes. O estudo de Mendes et al, 2013, abordou variáveis socioeconômicas, demográficas, condições de saúde e estilo de vida. Já Barreto e Marcon, escolheram apenas idade, adesão ao tratamento e comorbidades, corroborando com Mendes et al. (2013) neste quesito. Ademais, Barreto e Marcon (2013) completou o outro estudo (MENDES et al., 2013), pois citou as principais complicações da hipertensão não controlada além de associá-las com a APS.

No que se refere ao contexto da doença no decorrer dos anos, ocorreram notáveis avanços no tratamento da Hipertensão. Todavia, as últimas décadas demonstraram que o controle da hipertensão ainda é considerado baixo em diversos países, inclusive no Brasil. Isso faz com que as pessoas portadoras de hipertensão arterial sistêmica busquem os serviços de emergência, motivados pelos níveis pressóricos aumentados, decorrente, em geral, um controle ambulatorial ineficaz (BARRETO; MARCON, 2013).

Mendes et al., 2013, concordam com os autores supracitados quando demonstram em seu estudo que a falta de controle dos níveis pressóricos são encontrados em países

desenvolvidos e países em desenvolvimento. Em países desenvolvidos, menos de 25% da população hipertensa possui níveis pressóricos controlados e esta porcentagem decai para 10% quando se trata de países em desenvolvimento que é o caso do Brasil. Adicionalmente, apontam que estratégias que envolvam mudança na dieta e no estilo de vida da população possam reverter esse quadro.

Em relação às características epidemiológicas, acredita-se que as características sociodemográficas e econômicas somadas às informações sobre a doença e a área geográfica de abrangência da unidade de saúde subsidiam o perfil epidemiológico desta população. Estas informações viabilizam conhecer e prever fatores contributivos para a hospitalização de pacientes hipertensos por complicações desta comorbidade. E assim, permitir o planejamento de políticas de saúde voltadas a pessoas com hipertensão, diminuindo as internações por complicação de hipertensão (BARRETO; MARCON, 2013; MENDES et al., 2013).

Em relação às características associadas à hospitalização, Barreto e Marcon (2013), apontam em seu estudo que ser do sexo masculino; ter idade igual ou superior a 60 anos, não adesão ao tratamento farmacológico, níveis pressóricos descontrolados e associação de comorbidades são fatores de risco a internação de pacientes hipertensos. Mendes et al. (2013), completam este estudo, porque também abordam que a dieta, estilo de vida, acesso e nível de escolaridade também inferem resultados no controle da pressão de pacientes hipertensos.

As principais complicações da hipertensão foram crise hipertensiva ou a pseudocrise hipertensiva e problemas cardiovasculares. As crises hipertensivas estão prevalentes em adultos o que pode acarretar problemas cerebrovasculares futuramente a esta população, constituindo-se um fator de risco para outras doenças (BARRETO; MARCON, 2013).

Apesar de abordagens metodológicas diferentes, os dois estudos trataram da prevalência da hipertensão, atribuíram a falta de controle pressórico aos serviços da APS e que a estratégia de controle de nível pressórico mais conhecida pelos pacientes é a medida farmacológica oral. Este último fato pode elucidar quanto a educação em saúde voltada para os pacientes hipertensos na APS.

Neste contexto, a tese de doutorado (ALMEIDA, 2010), completa estes estudos, pois demonstra que mesmo a APS ainda é voltada para o modelo biomédico e poucas unidades de saúde conseguem quebrar esse paradigma, estabelecem vínculo com a comunidade, neutralizam as desigualdades e conseguem promover o controle da pressão naquela população.

Os estudos (BARRETO; MARCO, 2013; MENDES et al., 2013) não apontaram e não observaram o modelo de atenção, se era ESF ou UBS.

### **5.2.2 Demanda de pacientes em serviço de saúde terciário por condições cardiológicas sensíveis a atenção primária à saúde**

Na leitura das publicações selecionadas identificou-se 01 (uma) publicação (MARTINS; FRANCO, 2013) que tratava da demanda de pacientes em serviços terciários por condições cardiológicas sensíveis a APS.

É um artigo original que teve como objetivo demonstrar as demandas de internamento em serviços de emergências por condições cardiológicas que poderiam ser evitáveis através de um serviço na APS de qualidade. Para tanto, realizou-se um estudo transversal em um hospital público no Sul do Brasil, onde se coletou os dados através das informações da ficha do atendimento de emergência ou no prontuário.

Na lista brasileira de CSAPS, as doenças cardiológicas fazem compõem três grupos: insuficiência cardíaca, hipertensão arterial sistêmica e angina (MARTINS; FRANCO, 2013).

Neste estudo, a hipertensão arterial ficou em segundo lugar no que tange complicações aos pacientes, representando 38,8%. Sendo pessoas do sexo feminino a porcentagem mais acometida. Em relação aos internamentos, este quadro muda, a HAS fica em terceiro lugar e as pessoas mais acometidas foram do sexo masculino. Nos dois estudos (MARTINS;FRANCO,2013; TORRES et al., 2013) foi atribuído à maior procura o sexo feminino pelos serviços de saúde, sendo um fator determinante para efetivação das ações da ESF em doenças cardiovasculares e consequente diminuição da taxas de internações por pessoas do sexo feminino quando comparada com o sexo masculino.

Outra inversão ocorreu, quando se avaliou a faixa etária. Em registros de emergência a predominância era de adultos médios (40-59 anos), motivados por descompensações de doenças crônicas e quando se analisou os internamentos a faixa etária era de idosos (60 anos ou mais) motivados pelos agravamentos de suas doenças crônicas (MARTINS;FRANCO,2013).

O artigo ainda questiona se o nível básico é realmente capacitado a atender HAS, angina ou IC descompensada, pois não dispõem de aparato tecnológico ou atenção especializada para este tipo de demanda (MARTINS;FRANCO,2013).

### **5.2.3 Análise das taxas de internações por condições sensíveis a atenção primária à saúde**

Na leitura das publicações selecionadas identificou-se que 03 (três) artigos (DIAS-DA-COSTA et al., 2008; DIAS-DA-COSTA et al., 2010; RODRIGUES-BASTOS et al., 2012; que debatiam sobre as taxas de internação por CSAPS.

Foram analisadas as causas de internação por faixa etária durante o período do estudo, onde apesar de diminuir a porcentagem, no decorrer do tempo, a HAS permaneceu como a terceira causa de internamentos em pessoas do sexo feminino (DIAS-DA-COSTA et al., 2012)

Observou-se dois estudos realizados por um mesmo autor (DIAS-DA-COSTA et al., 2008, 2010), porém no estudo de 2008 ele avalia as taxas de CSAPS no período de 1995-2004 e no estudo de 2010, ele avalia os anos de 1995 – 2005.

Dias-da-costa et al. (2008, 2010), aponta a HAS como terceira causa de internamento na faixa etária de 20-59 anos, com predominância do sexo feminino, apesar dessa diminuição, a HAS continuou como terceira causa de internamentos.

O estudo de Rodrigues-Bastos et al., avalia taxas de Internação por CSAPS de 2002-2005 e 2006 -2009. Adicionalmente, conclui diminuição das taxas de internamentos da hipertensão, porém aumento das taxas para Insuficiência cardíaca em homens, no período de 2006 – 2009.

Os dois estudos atribuem a diminuição das taxas a melhora da qualidade de vida e à expansão da ESF. Porém, Dias-da-costa et al. (2010), não conseguiu concluir se essa diminuição era decorrente de uma melhora da atenção na APS ou se este fato está associado a falta de oferta de leitos na atenção terciária.

#### **5.2.4 Análise da atenção prestada a pacientes hipertensos na Atenção primária à saúde**

Na leitura das publicações selecionadas identificou-se que 05 (cinco) documentos textuais que apresentavam como abordagem temática a análise da atenção prestada aos pacientes hipertensos na APS. Sendo 02 (três) artigos originais (MARTINS; ATALLAH; SILVA, 2012; WAIDMAN et al., 2012), 01 (um) artigo de revisão (NEDEL et al., 2010), 01 (uma) dissertação de mestrado (MAIA,2012) e 01 (uma) tese de doutorado (ALMEIDA,2010).

Almeida (2010), aponta que atenção nos serviços básico de saúde ainda é voltada para o modelo biomédico, este fato precisa ser modificado pois e precisa de separar desse paradigma. Para tanto, ainda diz que as poucas unidade de saúde que conseguem mobilizar a população, além de promover o controle da HAS, conseguem minimizar desigualdades sociais. Completando o estudo supracitado, outros estudos apontam que as unidades básicas

estavam voltadas a cuidados emergenciais e não cuidados voltados a promoção da saúde e prevenção de doenças (MAIA, 2012; WAIDMAN et al., 2012)

Ainda sobre este assunto, Nedel et al., 2010, demonstra que houve diminuição das taxas de internação quando os pacientes tinham acesso a equipe multiprofissional.

Estudo de Martins, Atallah e Silva (2012) comparou o controle da HAS nos modelos ESF e UBS e apontou que os usuários hipertensos da UBS tiveram melhor controle da PA e conseqüentemente menores complicações associadas aos elevados níveis pressóricos. Todavia não soube explicar esse dado, ratificando a necessidades de outros estudos para reforçar e oferecer mais subsídios a estes resultados.

## 6 CONCLUSÃO

Apesar de crescentes, os estudos na temática das hospitalizações evitáveis no Brasil, ainda vislumbram lacunas no conhecimento das relações entre tais hospitalizações e a evolução da cobertura da Estratégia Saúde da Família, principalmente em estados da Região Nordeste. Nesse cenário de dúvidas, não é possível identificar uma análise multidimensional que aborde com mais clareza as relações entre a hipertensão, o controle da PA na ESF e na UBS, a qualidade dos serviços de saúde, as ICSAP e os determinantes sociais de saúde.

O principal fator que se destacou como obstáculo para o andamento da pesquisa foi a quantidade reduzida de artigos disponíveis, bem como a escassez de publicações que vislumbrassem o objetivo da mesma.

A produção científica sobre Internação por condições sensíveis à Atenção Primária e hipertensão no Portal da Biblioteca Virtual de Saúde ainda é pequena, concentrando-se na região Sudeste do Brasil. Evidenciando os financiamentos e recursos para os diversos grupos de estudos e de pós-graduação desta região brasileira.

Os resultados dos estudos apontaram diminuição das taxas de internação por CSAP, desde a implantação do PSF/ESF, porém esses internamentos ainda existem. Poucos estudos avaliaram o controle da PA na ESF e somente um comparou o controle da PA na ESF versus UBS. Isto emerge a necessidades de maiores quantidades de estudos relacionados a esta abordagem específica. Ademais, ficou claro a importância do aumento de variáveis (sexo, etnia, estilo de vida, estado civil, nível de escolaridade, etc) em estudos que têm esta abordagem e não somente observar taxas de internamento e sexo do paciente.

Adicionalmente, todos os estudos através de suas diferentes metodologias, evidenciaram que a APS necessita de algumas mudanças, nos diferentes aspectos do seu modelo, para conseguir efetividade no controle dos níveis pressóricos dos pacientes hipertensos. Porém, é importante que o controle da PA tenha iniciativa e manutenção dos próprios pacientes.

Observou-se que as CSPAP, é uma ferramenta de baixo custo, que permite avaliar de modo indireto a APS, configurando-se uma ferramenta para gestores e para o próprio governo. Através desta análise é possível identificar os erros ou problemas da unidade de saúde e corrigi-los. Bem como, elaborar e implementar políticas de saúde para populações específicas, para que ocorra diminuição dos internamentos e menores gastos para os cofres públicos.

O perfil dos autores esta concentrado entre médicos e enfermeiros, com a predominância de médicos. O que demonstra a necessidade do desenvolvimento da produção

conjunta multidisciplinar, expressando a necessidade de interdisciplinaridade para educandos e educadores. Em relação a titulação dos mesmos, apresentou-se diversificada, porém o nível de doutoramento ainda é mais expressivo, seguido por mestres e especialistas.

É importante refletir sobre todos os âmbitos das ICSAPS, levando em consideração a proteção à saúde e prevenção de complicações desses pacientes, minimizando desigualdades, favorecendo mudanças necessárias à implementação dos princípios do Sistema Único de Saúde.

Por fim, as medidas de controle para níveis pressóricos são complexas, pois implicam em mudanças definitivas em todos os aspectos da vida do paciente hipertenso. Também constitui-se como um desafio tanto para equipe de saúde quanto para o paciente . Pois é dever da equipe multiprofissional na conformação de APS elaborar estratégias que sejam interessantes e palatáveis, para que o paciente procure a unidade de saúde não por conta de uma emergência e sim para aprender a controlar seus níveis pressóricos em seu cotidiano. É um desafio para o paciente porque ele precisa ter motivação, disciplina e força para querer mudar seu estilo de vida e manter essa mudança.

## 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, 25(6):1337-1349, jun, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/16.pdf> > Acesso: 20 de JUN de 2014.

ALMEIDA, AMB. **Promoção da saúde e a reorientação dos serviços de saúde no município de Fortaleza: a hipertensão arterial como analisador**. 2010.( Tese de Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-19012011-135424/>>. Acesso em: 15 de OUT de 2014

ALVES,B.H. Abordagens métricas: análise da produção científica de artigos e rede de colaboração científica dos docentes do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, na linha de pesquisa Organização da Informação da UNESP/Marília. **Rev de In Cient. da FFC**, Marília: SP, 9(2): 104-15, 2009. Disponível em: <<http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/ric/article/view/248/208>> . Acesso em 17 de Julho de 2014

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; BEZERRA, R.C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W.S. et.al.(org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro:Fiocruz, 2006. p. 783-836.

ANDRADE, J.P. et al .Epidemiological aspects of adherence to the treatment of hypertension. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 79, n. 4, Oct. 2002 . Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2002001300005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2002001300005&lng=en&nrm=iso)> . Access on: 20 de ABR de 2013

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 5ª ed. Portugal: Edições 70; 2009.

BARRETO, M.S; MARCON, S.S. Hospitalização por agravos da hipertensão arterial em pacientes da atenção primária. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 26, n. 4, 2013 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002013000400003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000400003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 OUT 2014.

BARROSO, W.K.S. et al. I Posicionamento Brasileiro Sobre Hipertensão Arterial. Resistente. **Arq Bras Cardiol**, Goiânia, v.99, n. 1, p. 576-585, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v99n1/02.pdf>> Acesso em: 10 de Mai de 2013.

BILLINGS, J. et al. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. **Health Affairs**, v. 1, p. 162-73, 1993. Available from: <<http://content.healthaffairs.org/content/12/1/162.full.pdf+html>>. Access on: 20 JUL 2014

BILLINGS, J.; TEICHOLZ, N. Uninsured patients in District of Columbia hospitals. **Health Affairs**, v. 9, n. 4, p. 158-165, nov. 1990. Available on: <<http://content.healthaffairs.org/content/9/4/158.long>>. Access on: 20 JUL 2014

Brasil. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05\\_06.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_06.pdf)> Acesso em: 20 de JUN de 2013

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Nº 16, de 03 de janeiro de 2002. Aprova o Plano de Reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus, organizando a assistência, prevenção e promoção da saúde no cuidado ao paciente Hipertenso e diabético em território nacional, **Diário oficial da união**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 03 de Janeiro de 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0371\\_04\\_03\\_2002\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0371_04_03_2002_rep.html)>. Acesso em: 20 de Jul de 2014

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica15.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf)> Acesso: 5 Maio de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília, 2006b. 56 p. Disponível em: <[http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/cad\\_AB\\_CRONICAS.pdf](http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/cad_AB_CRONICAS.pdf)> Acesso: 5 Maio de 2013.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional dos secretários de Saúde. **A evolução do termo atenção primária à saúde**. Brasília: CONASS, 2007. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec\\_progestores\\_livro8.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro8.pdf)>. Acesso em: 19 de OUT de 2014

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Aprova a lista brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária, de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Poder legislativo, Brasília: DF, 17 de Abril de 2008. Disponível em <

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-221.htm> . Acesso em 20 de JUL de 2014

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Brasília : Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=31877&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31877&janela=1)> acesso : 5 Maio de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sal aumenta a pressão. Ninguém merece trabalhar sob pressão.** Brasília : Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: < [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=23616](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23616) > acesso: 10 Junho de 2013.

\_\_\_\_\_. Presidência da república. Lei nº 12.853 de 14 de Agosto de 2013b. Dispõe sobre a gestão coletiva de direitos autorais, altera, revoga e acrescenta dispositivos à Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. **Casa civil**, Poder legislativo, Brasília: DF, 13 de Agosto de 2013. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato20112014/2013/Lei/L12853.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20112014/2013/Lei/L12853.htm)>. Acesso: 20 de Julho de 2014

\_\_\_\_\_. 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. 26, n. 2, Fev. 2010 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2010000200014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 de OUT de 2014

GRIM,C.E; GRIM, C.M. Alteração na Pressão Arterial: Hipertensão e Hipotensão Ortostática. In: PORTH, C. ; KUNERT, M.P. **Fisiopatologia**. 6. ed. Rio de Janeiro, 2004 1451p.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1994

\_\_\_\_\_, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 175p.

\_\_\_\_\_. A.C.**Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 184p.

GUIMARAES, M.C.S. et al . Indicadores de desempenho de bibliotecas na Fiocruz: um caminho em construção. **Ci. Inf.**, Brasília , v. 35, n. 3, Dez. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-19652006000300024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-19652006000300024&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 de OUT de 2014

LAKATOS, E.M; MARCONI, M.A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. rev. e ampl São Paulo: Atlas, 2003 312 p.

MAIA, H.P.B. **Análise da atenção prestada aos pacientes portadores de hipertensão arterial no município de Piraí com bases nos registros dos prontuários ambulatoriais e hospitalares** (Dissertação)- Instituto de Medicina Social Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2012. Disponível em: [http://ims.uerj.br/i\\_dissertacoes.php?t=MP&a=PS&y=2012&s=c&c=t#](http://ims.uerj.br/i_dissertacoes.php?t=MP&a=PS&y=2012&s=c&c=t#)> Acesso em: 15 de OUT de 2014

MARTINS, T.L; ATALLAH, A.N; SILVA, E.M.K. Blood pressure control in hypertensive patients within Family Health Program versus at Primary Healthcare Units: analytical cross-sectional study. **Sao Paulo Med. J.**, São Paulo, v. 130, n. 3, 2012 . Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-31802012000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802012000300003&lng=en&nrm=iso)>. Access on: 19 de OUT de 2014

MARTINS, J.A.F; FRANCO, S.C. Condições cardiológicas sensíveis à atenção primária em serviço terciário de saúde: apenas a ponta do iceberg. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 37, n. 98, Set. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042013000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000300003&lng=en&nrm=iso)> Acesso em: 15 de out 2014

MENDES, E.V. **A Atenção Primária à Saúde**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 92p.

MENDES, I.A.C; MARZIALE, M.H.P. Uma trajetória de trabalho e sucesso. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 11, n. 1, Feb. 2003 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692003000100001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000100001&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 de NOV de 2014.

MENDES, T.B.A. et al. Factors associated with the prevalence of hypertension and control practices among elderly residents of São Paulo city, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 11, Nov. 2013 . Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X20130011000014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X20130011000014&lng=en&nrm=iso)> Acesso em: 15 OUT 2014

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, 19(1):61-75, jan-mar. 2010. Disponível em [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742010000100008&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742010000100008&lng=pt&nrm=iso) . Acesso 19 de Outubro de 2014

OMS/OPAS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Doenças crônicas não transmissíveis**. 2005. Disponível em : <[http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/contents/en/index.html](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/index.html)> Acesso Maio 2013.

PAIM, J.S. **Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006. 154 p.

PLATAFORMA LATTES. **Sobre a plataforma**. Disponível em: < <http://lattes.cnpq.br/>> . Acesso: 09 de NOV 2014

RABETTI, A.C; FREITAS, S.F.T. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 45, n. 2, Apr. 2011 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102011000200004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000200004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 DE OUT DE 2014

ROBBINS, S.L; COTRAN, R.S.; KUMAR, V.R. **Patologia estrutural e funcional**. 6. ed Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, c2000 1277 p.

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, Abril. 2013 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302013000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302013000200010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 de OUT de 2014

SAMPIERI, R.H; COLLADO, C.F; LUCIO, P.B . **Metodologia de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: McGraw Hill, 2006. 583 p

SANTILONE, M.A. et al. Mapeamento da produção científica dos docentes vinculados aos programas de pós-graduação em Ciência da Informação credenciados pela CAPES. **CRB-8 Digital [on-line]**, 5(1): 86-101, jan, 2012. Disponível em:< <http://revista.crb8.org.br/index.php/crb8digital/article/view/72>> Acesso em: 17 de Junho de 2014

SILVA JUNIOR. et al. Doenças e Agravos não - transmissíveis: Bases epidemiológicas. In: ROUQUAYROL, M.Z; ALMEIDA FILHO, N . **Epidemiologia e saúde**. 6. ed Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. 708p.

SBH. SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **O que é hipertensão?**. São Paulo, 2013a. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/geral/oque-e-hipertensao.asp>> Acesso Maio de 2013.

SBH. SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **Como tratar**. São Paulo, 2013b. Disponível em: < [http://www.sbh.org.br/geral/como\\_tratar.asp](http://www.sbh.org.br/geral/como_tratar.asp)> Acesso Junho de 2013.

DBH. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 95, n. 1, supl. 1, 2010 . Available from

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2010001700001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001700001&lng=en&nrm=iso)>. 23 de JUL de 2014.

WAIMAN, M.A.P. et al. Assistência à pessoa com hipertensão arterial na ótica do profissional de saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 65, n. 3, Junho, 2012 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672012000300008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000300008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 OUT de 2014.

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. spe2, Dez. 2011 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000800004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000800004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 de OUT de 2014.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. **Alma-Ata**, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Geneva: WHO, 1978.

**APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS**

FICHAMENTO
TÍTULO:
REFERÊNCIA:
DESCRITORES UTILIZADOS:
RESUMO:
CONTEXTUALIZAÇÃO
RESULTADOS E DISCUSSÃO
CONCLUSÃO

**ANEXO 1- 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	Kwashiokor e outras formas de desnutrição protéico calórica	E40 a E46
4,2	Outras deficiências nutricionais	E50 a E64
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	
5,1	Otite média supurativa	H66
5,2	Nasofaringite aguda [resfriado comum]	J00
5,3	Sinusite aguda	J01
5,4	Faringite aguda	J02
5,5	Amigdalite aguda	J03
5,6	Infecção Aguda VAS	J06
5,7	Rinite, nasofaringite e faringite crônicas	J31
6	Pneumonias bacterianas	
6,1	Pneumonia Pneumocócica	J13
6,2	Pneumonia por Haemophilus influenzae	J14
6,3	Pneumonia por Streptococcus	J15.3, J15.4
6,4	Pneumonia bacteriana NE	J15.8, J15.9
6,5	Pneumonia lobar NE	J18.1
7	Asma	
7,1	Asma	J45, J46
8	Doenças pulmonares	
8,1	Bronquite aguda	J20, J21
8,2	Bronquite não especificada como aguda ou crônica	J40
8,3	Bronquite crônica simples e a	J41

	mucopurulenta	
8,4	Bronquite crônica não especificada	J42
8,5	Enfisema	J43
8,6	Bronquectasia	J47
8,7	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J44
9	Hipertensão	
9,1	Hipertensão essencial	I10
9,2	Doença cardíaca hipertensiva	I11
10	Angina	
10,1	Angina pectoris	I20
11	Insuficiência Cardíaca	
11,1	Insuficiência Cardíaca	I50
11,3	Edema agudo de pulmão	J81
12	Doenças Cerebrovasculares	
12,1	Doenças Cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13	Diabetes melitus	
13,1	Com coma ou cetoacidose	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1
13,2	Com complicações (renais, oftálmicas, neurol., circulat., periféricas, múltiplas, outras e NE)	E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8
13,3	Sem complicações específicas	E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14	Epilepsias	
14,1	Epilepsias	G40, G41
15	Infecção no Rim e Trato Urinário	
15,1	Nefrite túbulo-intersticial aguda	N10

15,2	Nefrite túbulo-intersticial crônica	N11
15,3	Nefrite túbulo-intersticial NE aguda crônica	N12
15,4	Cistite	N30
15,5	Uretrite	N34
15,6	Infecção do trato urinário de localização NE	N39.0
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	Síndrome da Rubéola Congênita	P35.0