



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

EVANDRO BAZAN DE CARVALHO

**CARACTERIZAÇÃO DAS PESSOAS INTERNADAS POR  
HIPERTENSÃO ARTERIAL E DOENÇAS  
CEREBROVASCULARES EM UM HOSPITAL DE  
REFERÊNCIA REGIONAL: PERFIL DE RISCO E  
UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS**

Londrina  
2010

EVANDRO BAZAN DE CARVALHO

**CARACTERIZAÇÃO DAS PESSOAS INTERNADAS POR  
HIPERTENSÃO ARTERIAL E DOENÇAS  
CEREBROVASCULARES EM UM HOSPITAL DE  
REFERÊNCIA REGIONAL: PERFIL DE RISCO E  
UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

**Orientadora:** Prof. Dr<sup>a</sup>. Regina Kazue Tanno de Souza.

Londrina  
2010

**Catálogo na publicação elaborada pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina.**

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)**

C331c	Carvalho, Evandro Bazan de. Caracterização das pessoas internadas por hipertensão arterial e doenças cerebrovasculares em um hospital de referência regional: perfil de risco e utilização de serviços ambulatoriais / Evandro Bazan de Carvalho. – Londrina, 2010. 95f. : il.  Orientador: Regina Kazue Tanno de Souza. Dissertação (Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde, 2010. Inclui bibliografia.  1. Hipertensão – Teses. 2. Acidente cerebrovascular – Teses. 3. Hospitalização – Teses. I. Hirooka, Elisa Yoko. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências Agrárias. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. III. Título.  CDU 616.12
-------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

EVANDRO BAZAN DE CARVALHO

**CARACTERIZAÇÃO DAS PESSOAS INTERNADAS POR  
HIPERTENSÃO ARTERIAL E DOENÇAS CEREBROVASCULARES  
EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA REGIONAL: PERFIL DE RISCO  
E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr<sup>a</sup>. Regina Kazue Tanno de Souza.  
UEL – Londrina – PR

---

Prof. Luiz Cordoni Junior  
UEL – Londrina – PR

---

Prof. Marcos Aparecido Sarria Cabrera  
UEL – Londrina – PR

Londrina, 14 de outubro de 2010.

*Dedico este trabalho a todos que fizeram  
da história do SUS a história  
de suas vidas!*

## AGRADECIMENTOS

*Deixada para o final, essa parte parece agora a mais difícil, mas tentarei ser justo:*

*Agradeço a Deus pela família que tive, em especial à minha mãe, sempre nos incentivando ao gosto pelo estudo e o meu pai, que nos ensinava a sermos “bons” antes das outras coisas.*

*Agradeço aos funcionários do Nesco, pela dedicação, colaboração e permanente boa vontade.*

*Agradeço àqueles que colaboraram durante o curso auxiliando com seus conhecimentos: Agnaldo Nunes, Marcelo da Silva e Aparecida Mariani.*

*Agradeço aos funcionários da Casa de Misericórdia de Cornélio Procópio pela colaboração com os entrevistadores.*

*Agradeço aos pacientes, parentes e acompanhantes pela participação nas entrevistas.*

*Agradeço aos entrevistadores, Juliana Maria Signoretti, Carlos César Custódio e Paulo Vanuchi da Silva pela dedicação e determinação.*

*Agradeço à Diretoria da Casa de Misericórdia de Cornélio Procópio pela permissão em realizar a pesquisa nessa Instituição.*

*Agradeço especialmente à Luciana Gonçalves Lopes pela inestimável ajuda.*

*Agradeço a minha esposa Andréa e a meus filhos Júnior, Ana Carolina e Daniel pela compreensão nas horas e dias que deixamos de estar juntos.*

*Agradeço aos colegas de turma, depois amigos, pela convivência fraterna e construtiva.*

*Agradeço aos professores pela dedicação pessoal ao nosso processo de aprendizado.*

*Agradeço ao coordenador, Dr. Luiz Cordoni Junior pela condução estratégica e liderança brilhante de todo o processo de formação.*

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

*Agradeço especialmente à minha orientadora Dra. Regina Kazue Tanno de Souza, ser humano de elevada grandeza, cuja simpatia, alegria e disposição, andam lado a lado com seu profundo conhecimento e dedicação. Nada teria sido igual sem ela!*

## **HOMENAGEM ESPECIAL**

*No início o Prof. João Campos propôs a eleição da bela “Sibipiruna”, árvore quase sempre florida, localizada entre as salas de madeira, como o símbolo de nossa turma. Um belo dia chegamos para a aula e ela havia sido tombada pelo vento. Tempos depois a própria sala de madeira seria desmanchada, para dar lugar a um novo prédio. Não poderíamos imaginar naqueles momentos que aquelas perdas seriam quase nada perto da que viria, a do nosso querido professor de Epidemiologia, Dr. Darli Antonio Soares, que em curto período de convivência conquistou o respeito e admiração de todos. No início de sua carreira ajudou a estruturar o curso de medicina e no final dedicou-se à Pós-Graduação. Do início ao fim, exemplo para todos. Essa perda doeu fundo na minha alma!*

*“Aprender é mudar posturas.”*

[Platão]

CARVALHO, Evandro Bazan. **Caracterização das pessoas internadas por hipertensão arterial e doenças cerebrovasculares em um hospital de referência regional**: perfil de risco e utilização de serviços ambulatoriais. 2010. 95 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

## RESUMO

As doenças do aparelho circulatório têm se revelado importante causa de morbimortalidade no Brasil. Na região da 18ª Regional de Saúde do Estado do Paraná as taxas estão superiores às do Estado e do País. Dentre as doenças do aparelho circulatório, as doenças cerebrovasculares (DCV) constituem as principais causas de óbitos e de sequelas incapacitantes em adultos, com forte impacto na população devido à sua prevalência, morbidade, mortalidade e ainda elevado ônus social e familiar. A hipertensão arterial (HA) é o principal fator de risco, podendo ser evitada, tratada e controlada por mudanças de hábitos de vida, prevenção de fatores de risco e terapêutica medicamentosa. Existe relação muito próxima entre DCV e HA, sendo cerca de 80,0% os casos de DCV relacionados à HA. O objetivo da pesquisa foi caracterizar a população de estudo, constituída por adultos internados no hospital de referência da 18ª Regional de Saúde do Paraná por hipertensão arterial e por doenças cerebrovasculares quanto aos aspectos sociodemográficos, presença de fatores de risco e utilização de serviços ambulatoriais. Os dados foram coletados por meio de entrevistas realizadas entre 13 de outubro de 2009 e 13 de fevereiro de 2010. Entre os 108 pacientes internados, a idade mediana foi de 65 anos, com predomínio de mulheres (59,6%), de pessoas analfabetas ou que cursaram até a 3ª série do ensino fundamental (52,8%), de baixa renda (88,4% pertencentes às classes C, D e E pelos critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa) e que se internaram pelo SUS (79,6%). A hipertensão arterial respondeu por 71,3% das internações. A prevalência referida de fatores de risco modificáveis foi de 13,2% para tabagismo, 9,8% de consumo de álcool, 42,2% de sobrepeso ou obesidade, 79,0% de inatividade física, 33,0% de colesterol elevado, 49,0% de baixo consumo de frutas, 59,3% baixo consumo de legumes e verduras. O diagnóstico médico anterior de HA (82,0%), diabetes (42,2%) e internações nos últimos 12 meses (60,4%) foram superiores aos valores observados na população geral. A utilização de serviços de saúde nos últimos 12 meses mostrou-se elevada para consultas médicas (91,7%), dosagem de colesterol (83,3%) e verificação de pressão arterial (77,7%), com dificuldade referida pelos usuários do SUS para obtenção de consultas médicas, realização de exames complementares e encaminhamento a especialistas. Entre os entrevistados, 79,8% referiram residir em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família. Destes, 69,6% mencionaram visitas mensais dos agentes comunitários de saúde, sem diferença significativa entre as faixas etárias, portadores de hipertensão e diabetes e internados nos últimos 12 meses. Os resultados sugerem a necessidade de melhorar a atenção à saúde a essa população, com organização de estratégias específicas para diferentes perfis de risco e ênfase nas ações de educação em saúde, prioridade no acompanhamento dos indivíduos com risco cardiovascular aumentado pelas equipes saúde da família, melhoria no acesso aos serviços especializados e fornecimento regular de medicamentos.

**Palavras chave:** Hipertensão. Acidente cerebrovascular. Hospitalização. Atenção Primária à Saúde. Avaliação de Serviços de Saúde.

CARVALHO, Evandro Bazan. **Characterization of Hospitalized People by Arterial Hypertension and Cerebrovascular Diseases in a reference Regional Hospital: Risk Profile and the Use of Ambulatory Services.** 2010. 95 f. Dissertation (Master's Degree in Management of Health Service) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

## ABSTRACT

The diseases of the circulatory system has proven to be an important cause of morbidity and mortality in Brazil. In the eighteenth "Regional de Saúde" of the State of Paraná (18<sup>th</sup> RS-PR) the rates are above all the State and the country. Among the Circulatory System Diseases (CSD), the Cerebrovascular disease (CVD) constitute the main cause of disease and disabling sequelae in adults, with strong impact on the population due to its prevalence, morbidity and mortality and still high social burden and family. Hypertension is the major risk factor for CVD and can be avoided, treated and controlled by changing living habits, prevention of risk factors and drug treatment. Close to 80% of cases of CVD are related to hypertension. The goal of the study was to characterize the studied population, constituent by adults hospitalized in the hospital of reference of the 18<sup>th</sup> RS-PR by hypertension and CVD as to sociodemographic aspects, presence of risk factors and ambulatory services. The data were collected through interviews performed between 13<sup>th</sup> October 2009 and 13<sup>th</sup> February 2010. Among the 108 hospitalized patients, whose average age was 65 years old, being most women (59,6%), illiterate people or people who have concluded only 3 years of elementary school (52,8%), with low income (88,4% belonging to Class C, D and E (Brazilian Research Company Association) and were hospitalized by SUS (79,6%). Hypertension responded for 71,3% of hospital admissions. The prevalence referred as the modifiable risk factors was 13,2% for smoking, 9,8% alcohol consume, 42,2% for overweight or obesity, 79,0% for physical inactivity, 33,9% for dyslipidemia, 49,0% low fruits consume, 59,3% low consume of vegetables. The previous hypertension diagnosis (82,0%), diabetes (42,2%) and the hospital admissions in the last 12 months (60,4%) were superior to values observed in the general population. The use of the health services in the last 12 months showed to be elevated for doctor visits (91,7%), cholesterol check (83,3%) and blood pressure checking (77,7%), with reported difficulty to SUS users related to appointments, complementary examinations, referring to specialists. Among the interviewed, 79,8% reported to be living in areas covered by the Family Health Strategy. From those, 69,6% mentioned monthly visit from the Health Community Agent, without significant differences among the age groups, hypertension and diabetes carrier and hospitalized in the last 12 months. The results suggest the need to improve health attention to those population, organizing specific strategies to different risk profiles and emphasis to the health education actions, priority in observing individuals with increased cardiovascular risk by the family health teams, improvement related to the specialized health access and regular medicament supplying.

**Keywords:** Hypertension. Stroke. Hospitalization. Health Primary Attention. Health Service Assessment.

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Características sociais e demográficas das pessoas internadas por hipertensão arterial e doenças cerebrovasculares no Hospital de Referência da 18ª Regional de Saúde-PR, out. 2009 a fev. 2010. ....39
- Tabela 2** – Distribuição das pessoas internadas por hipertensão arterial e doenças cerebrovasculares segundo sexo, faixa etária, escolaridade, classe social, adesão planos privados no Hospital de Referência da 18ª Regional de Saúde-PR, out. 2009 a fev. 2010 .....40
- Tabela 3** – Distribuição das pessoas internadas por hipertensão arterial e doenças cerebrovasculares por faixa etária segundo diagnóstico médico de problemas de saúde e internação nos 12 meses anteriores no Hospital de Referência da 18ª Regional de Saúde –PR, out. 2009 a fev. 2010. ....41
- Tabela 4** – Distribuição das pessoas internadas por hipertensão arterial e doenças cerebrovasculares por sexo segundo presença de fatores de risco relacionados aos hábitos de vida no Hospital de Referência da 18ª Regional de Saúde-PR, out. 2009 a fev. 2010 .....42
- Tabela 5** – Utilização de Serviços Ambulatoriais por pessoas internadas por hipertensão arterial e doenças cerebrovasculares no Hospital de Referência da 18ª Regional de Saúde-PR, out. 2009 a fev. 2010 .....43
- Tabela 6** – Local de obtenção de medicamentos e tipo de serviços de saúde utilizados entre pessoas internadas por hipertensão arterial e doenças cerebrovasculares no Hospital de Referência da 18ª Regional de Saúde-PR, out. 2009 a fev. 2010 .....44
- Tabela 7** – Distribuição das pessoas internadas por hipertensão arterial e doenças cerebrovasculares por plano de saúde segundo percepção da facilidade de obter atendimentos no Hospital de Referência da 18ª Regional de Saúde –PR, out. 2009 a fev.2010 .....45

<b>Tabela 8</b> – Classificação econômica (ABEP) e cobertura da Estratégia Saúde da Família entre pessoas internadas por hipertensão arterial e doenças cerebrovasculares no Hospital de Referência da 18ª Regional de Saúde-PR, out. 2009 a fev. 2010 .....	45
<b>Tabela 9</b> – Visita mensal dos agentes comunitários de saúde entre pessoas internadas por hipertensão arterial e doenças cerebrovasculares, residentes em áreas cobertas pela ESF no Hospital de Referência da 18ª Regional de Saúde-PR, out. 2009 a fev. 2010 .....	46

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>18ª RS-PR</b>	Décima Oitava Regional de Saúde do Paraná
<b>ABEP</b>	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>AVC</b>	Acidente Vascular Cerebral
<b>CID – 10</b>	Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças
<b>DAC</b>	Doenças do Aparelho Circulatório
<b>DCV</b>	Doenças Cerebrovasculares
<b>DATASUS</b>	Banco de Dados do Sistema Único de Saúde
<b>DIC</b>	Doenças Isquêmicas do Coração
<b>DM</b>	Diabetes Mellitus
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>GM</b>	Gabinete do Ministério
<b>HA</b>	Hipertensão arterial
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>ICSAP</b>	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
<b>IMC</b>	Índice de massa corporal
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PA</b>	Pressão arterial
<b>PR</b>	Paraná
<b>SAB</b>	Serviços de Atenção Básica
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UBS</b>	Unidades Básicas de Saúde
<b>VIGITEL</b>	Vigilância de fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
1.1	FATORES DE RISCO PARA AS DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATORIO .....	16
1.2	ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	21
1.2.1	Avaliação dos Serviços de Saúde .....	22
1.3	MAGNITUDE DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA 18ª REGIONAL DE SAÚDE – PR .....	27
1.4	JUSTIFICATIVA.....	28
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	29
2.1	OBJETIVO GERAL .....	29
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	29
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	30
3.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA .....	30
3.2	POPULAÇÃO DE ESTUDO .....	30
3.3	LOCAL DO ESTUDO .....	30
3.4	COLETA DE DADOS.....	31
3.5	SELEÇÃO E TREINAMENTOS DOS ENTREVISTADORES .....	32
3.6	PRÉ-TESTE .....	32
3.7	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS .....	33
3.8	ASPECTOS ÉTICOS .....	33
3.9	VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	33
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	38
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	47
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	58
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	60
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	62

<b>APÊNDICES</b> .....	73
APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados .....	74
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	79
<b>ANEXOS</b> .....	80
ANEXO A – Manual de normas técnicas do Ministério da Saúde - Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais .....	81
ANEXO B – Portaria Nº. 21/GM, de 5 de janeiro de 2005 .....	84
ANEXO C – Portaria Nº. 221/2008, de 17 de abril de 2008... ..	88
ANEXO D – Municípios Integrantes da 18ª Regional de Saúde do Estado do Paraná .....	92
ANEXO E – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	93
ANEXO F – Autorização da Instituição .....	94
ANEXO G – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa .....	95

## 1 INTRODUÇÃO

A preocupação com a prevenção das doenças crônicas, principalmente as do aparelho circulatório, vem ganhando força nas últimas décadas por parte de várias organizações internacionais, em especial nos países em desenvolvimento. O envelhecimento da população e o aumento da vida média atinge o mundo todo. Bilhões de pessoas estão vivendo mais, enquanto as doenças do aparelho circulatório (DAC) estão em crescimento. Apesar do maior conhecimento e avanço dos meios diagnósticos e de tratamento, as DAC continuam sendo um dos mais sérios problemas de saúde pública (PONTES et al, 2009).

Essas doenças constituem grupo de afecções que afetam o coração e as artérias, sendo as doenças isquêmicas do coração (DIC) e as doenças cerebrovasculares (DCV) as duas principais entidades que, por sua gravidade, estão associadas às ocorrências mais graves e principalmente aos óbitos (PARANÁ, 2008).

As DCV constituem as principais causas de óbitos no Brasil (BRASIL, 2009a) e de sequelas incapacitantes em adultos, com forte impacto na população devido à sua prevalência, morbidade, mortalidade e ainda elevado ônus social e familiar. A hipertensão arterial (HA) é o principal fator de risco, existindo relação muito próxima entre DCV e HA, sendo cerca de 80,0% os casos de DCV relacionados à HA, entretanto, quando a HA é devidamente controlada reduz significativamente as taxas de incidência de DCV (GAGLIARDI, 2009). A HA pode ser evitada, tratada e controlada por mudanças de hábitos de vida, prevenção de fatores de risco e pela terapêutica medicamentosa, sendo de até 42,0% a possibilidade de se reduzir o risco de acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico pelo adequado controle da HA (PIRES; GAGLIARDI; GORZONI, 2004).

Dentre as principais condicionalidades ligadas à morbidade e mortalidade por DAC estão a maneira como se organizam os serviços de saúde e a presença de fatores de risco na população (PARANÁ, 2008).

## 1.1 FATORES DE RISCO PARA AS DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO

Estudos epidemiológicos têm mostrado relação consistente entre determinados fatores e doenças. A remoção da exposição a estes fatores leva à redução da mortalidade e/ou da prevalência e/ou retardamento das patologias em estudo (REGO et al., 1990). O termo “fator de risco” surgiu a partir dos achados do Framingham Heart Study. Esse estudo pioneiro realizou seguimento de uma amostra populacional de aproximadamente 5000 indivíduos dos sexos masculino e feminino, residentes na cidade de Framingham, Massachusetts, EUA, objetivando identificar fatores de risco ao se comparar indivíduos que tinham desenvolvido DAC com aqueles que não tinham. Portanto, "tudo que foi medido e mais tarde relacionado com uma maior incidência de doença foi denominado fator de risco, isto é, fator que desempenha um papel no desenvolvimento da doença" (MANCILHA-CARVALHO, 1992).

Após décadas de avaliação dos fatores de risco cardiovascular do Framingham Study, chegou-se à conclusão de que a avaliação de risco cardiovascular é melhor realizada a partir de um conjunto de riscos preestabelecidos. Os fatores de risco raramente ocorrem de forma isolada e os riscos associados a cada um variam muito. Cerca de metade das DAC na população em geral decorrem da associação de vários fatores de risco e anormalidades. Corrigir os fatores de risco para DAC, em particular, pode conferir proteção para a maioria dos outros fatores de risco. Segundo a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão-DBH VI (2010), os fatores de risco para HA são: idade, gênero e etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos e genética. Para DCV o principal fator de risco é a HA (PIRES; GAGLIARDI; GORZONI, 2004).

Os fatores de risco conhecidos para DAC dividem-se em modificáveis e não modificáveis. Os fatores de risco não modificáveis são: idade, sexo, raça e tendência hereditária. Os fatores de risco modificáveis têm relação com o estilo de vida e sua influência ou exposição são passíveis de serem modificados, controlados, tratados, diminuídos ou excluídos, são eles: hipertensão arterial não controlada, diabetes mellitus (DM), dislipidemias, excesso de peso e obesidade,

sedentarismo, tabagismo, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, hábitos alimentares inadequados, estresse, menopausa (COLOMBO; AGUILLAR, 1997).

Em relação à hipertensão arterial os atuais estudos permitem afirmar que existe correlação positiva e direta entre níveis de pressão arterial (PA) aumentada e risco cardiovascular, a qual é contínua, independente, preditiva, consistente e etiologicamente significativa para indivíduos com ou sem doença arterial coronária em ambos os sexos, diferentes faixas etárias, etnias, níveis socioeconômico e cultural. A hipertensão arterial apresenta proporções elevadas em todo o mundo e no Brasil estudos de base populacional indicam prevalência entre 22,0% e 44,0% (BOING; BOING, 2007). A hipertensão arterial é o principal fator de risco para DCV, sendo responsável por 40% das mortes por acidente vascular encefálico (DÓREA; LOTUFO, 2004). De acordo com o Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS) (BRASIL, 2009a), os acidentes vasculares cerebrais isquêmicos e hemorrágicos continuam a representar a principal causa de morte no país.

A mensuração da pressão arterial é o principal motivo de consulta médica e os medicamentos anti-hipertensivos encontram-se entre as drogas mais prescritas em todo o mundo (DÓREA; LOTUFO, 2004).

O Diabetes Mellitus (DM) constitui-se em grave problema de saúde pública, pelo elevado número de pessoas acometidas e por complicações crônicas da doença, principalmente as vasculares, que levam a incapacitações e mortalidade prematura, envolvendo um alto custo com o tratamento da doença e de suas complicações. A prevalência de DM nos diversos países varia de 5 a 10% da população (7,6% no Brasil) (YOUNG; PIRES; LIMA, 2001).

A presença de DM é um fator de risco independente para doença arterial coronariana, acidente vascular cerebral, doença vascular periférica e insuficiência cardíaca, principais causas de morte em pacientes diabéticos. O risco relativo para doença cardiovascular aumenta de duas a quatro vezes nos pacientes com DM comparados à população em geral. Esses pacientes apresentam freqüentemente associação de fatores de risco cardiovascular, hipertensão arterial, níveis sanguíneos de colesterol alterados, microalbuminúria e doença renal, aumento do índice de massa corporal (IMC) e da relação cintura quadril, estimando-se que a maioria dos portadores da doença sejam obesos (SARTORELLI; FRANCO,

2010). A incidência de doença cerebrovascular também é maior em pacientes com DM do que em indivíduos não diabéticos. Entre os pacientes com DM, a prevalência de DCV é três vezes maior do que nos indivíduos sem DM (TRICHES et al., 2009).

As dislipidemias caracterizam-se por alterações nos níveis de lipídios circulantes. Estudos experimentais, epidemiológicos, ensaios clínicos e metanálises estabeleceram claramente a associação entre dislipidemia e aumento do risco de morte. A elevação dos níveis plasmáticos de colesterol de baixa densidade, a redução dos níveis de colesterol de alta densidade e também o aumento de triglicérides são fatores de risco para eventos cardiovasculares (TADDEI et al., 1997). Podem ser oriundas de causas modificáveis e não modificáveis. Entre as causas modificáveis incluem-se o sedentarismo, dieta com ingestão calórica excessiva e ou com alto teor de gordura e colesterol. Entre os fatores não modificáveis estão os distúrbios genéticos, raça, idade, sexo e hereditariedade. A aterosclerose inicia-se lentamente, desde a infância e caracteriza-se por formação de ateromas (depósitos de lipídios na camada íntima das artérias) que causam a restrição ao fluxo sanguíneo. O estreitamento da luz do vaso pode levar à obstrução e surgimento de suas manifestações clínicas, como infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral e doença vascular periférica (COELHO et al., 2005).

Vários ensaios clínicos demonstram que a redução do colesterol de baixa densidade diminui a taxa de eventos cardiovasculares. Usados na prevenção primária e secundária de DAC, estes tratamentos podem reduzir a incidência de doença isquêmica do coração em 25% a 60% e o risco de morte em 30%, além de outros efeitos em eventos mórbidos, como angina e acidentes vasculares cerebrais. A redução de risco pode ser atingida por procedimentos dietéticos associados a mudanças no estilo de vida bem como com tratamento farmacológico (BARRETO et al., 2005).

A prevalência de obesidade tem aumentado em todo o mundo e vem se tornando o maior problema de saúde na sociedade moderna na maioria dos países desenvolvidos e em desenvolvimento (PONTES et al., 2009). Quando comparados aos indivíduos com peso normal, aqueles com sobrepeso possuem maior risco de desenvolver diabetes mellitus, dislipidemia e hipertensão arterial,

condições que favorecem o desenvolvimento de DAC (PINHEIRO; CORSO; FREITAS, 2004).

Indivíduos obesos apresentam maior resistência à ação da insulina, o que leva a uma situação de hiperinsulinemia, que promove ativação do sistema nervoso simpático e reabsorção tubular de sódio, o que contribui para aumentar a resistência vascular periférica e a pressão arterial. A obesidade associada à dislipidemia, hipertensão arterial, resistência à insulina e hiperinsulinemia e/ou intolerância à glicose, no mesmo indivíduo, constitui a chamada síndrome metabólica (CARNEIRO et al., 2003; CERCATO et al., 2000; BARROSO; ABREU; FRANCISCHETTI; 2002).

Além desses fatores, incluem-se os relacionados aos hábitos de vida, como a inatividade física, tabagismo, consumo de álcool, frutas e legumes. O exercício físico ajuda a prevenir e tratar muitos dos fatores de risco cardiovasculares, como hipertensão arterial, dislipidemias, diabetes mellitus, obesidade e outros. A prática regular de exercícios físicos é benéfica tanto na prevenção quanto no tratamento da hipertensão arterial. O sedentarismo aumenta a incidência de hipertensão arterial, sendo quase 30% maior o risco de os sedentários desenvolverem hipertensão quando comparados a indivíduos fisicamente ativos. Metanálise com 54 ensaios clínicos randomizados, nos quais a única diferença entre os grupos intervenção e controle foi um programa de exercícios aeróbicos, mostrou redução nos níveis da pressão arterial sistólica e diastólica. As reduções de pressão arterial foram observadas tanto em hipertensos como em normotensos, com sobrepeso e com peso normal (RAMOS, 2006).

O consumo de frutas e legumes tem sido associado à redução nos níveis de colesterol e de fatores de risco para DAC. Em estudo realizado pela Harvard School of Public Health, Boston, EUA, com cerca de 40.000 pessoas no ano de 1993, concluiu pela existência de relação direta entre o maior consumo de frutas e legumes e redução nos casos de DAC, demonstrando efeito protetor contra as DAC (LIU et al., 2000). Acredita-se que as fibras solúveis presentes nesses alimentos promovam redução da concentração sanguínea de colesterol via aumento da excreção de ácidos biliares, o que faz com que o fígado remova colesterol do sangue para a síntese de novos ácidos e sais biliares e ainda que produtos da fermentação das fibras solúveis inibam a síntese hepática de colesterol.

Recomenda-se consumo de quatro porções diárias de fibras por dia pelos evidentes benefícios das fibras solúveis na prevenção das DAC (RIQUE; SOARES; MEIRELLES, 2002).

O efeito do álcool no coração tem relação com as doses de ingestão diária, sendo observado efeito paradoxal. Enquanto doses menores, de até 30 gramas diárias, parecem ter efeito protetor, com diminuição do risco cardiovascular e mortalidade, doses maiores, dependendo da susceptibilidade individual, estão associadas a maior incidência de miocardiopatia dilatada. Esta relação de toxicidade é confirmada pelo agravamento ou melhoria do quadro na dependência da continuidade ou abstinência alcoólica (GONÇALVES et al., 2005). Apesar de diversos estudos mencionarem a utilização de bebidas alcoólicas como fator de proteção miocárdica, principalmente para doenças coronarianas, é indiscutível o papel citotóxico que o etanol exerce sobre o cardiomiócito, lesando-o e levando ao desenvolvimento de insuficiência cardíaca quando ingerido em altas doses (TAVARES, MESQUITA, IANNI, 2003).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera o tabagismo como o principal fator de risco isolado de adoecimento e morte existente, pois é responsável por 25 doenças e 4 milhões de mortes anuais no mundo, sendo 80 mil delas no Brasil. Quatro substâncias presentes na fumaça do cigarro foram identificadas e relacionadas como causadoras de danos cardiovasculares: o monóxido de carbono, a nicotina, o benzopireno e os radicais livres. O risco relativo de desenvolver infarto do miocárdio está relacionado ao número de cigarros fumados e varia de 2,1 a 4,0 (média 2,8), não sendo reduzido pelo uso de cigarros pobres em nicotina (STUCHI, CARVALHO, 2003). De acordo com estimativas do Instituto Nacional do Câncer, o tabagismo relaciona-se a 30% das mortes por câncer, 90% dos casos de câncer de pulmão, 85% dos óbitos por doença pulmonar obstrutiva crônica, 25% das mortes por doença coronariana e 25% daquelas decorrentes de doença cerebrovascular. A maioria desses óbitos poderia ser evitada pela cessação do hábito de fumar (PEREIRA, 1999).

De acordo com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) a modificação no estilo de vida com a adoção de hábitos saudáveis deve ser intensamente estimulada como mecanismo de prevenção primária da HA, sendo que entre essas modificações as que mais impactam na redução da pressão arterial

estão o controle de peso, a regularização do padrão alimentar com redução no consumo de sal, moderação no consumo de álcool e exercícios físicos.

## 1.2 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Um dos principais condicionantes das DAC é a forma como estão organizados os serviços de saúde, pois o atual conhecimento da possibilidade de controle e redução dos efeitos dos fatores de risco, aliados às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), orientam a organização dos serviços com prioridade à atenção primária, focada na vigilância, promoção e prevenção da saúde (BRASIL, 2004a).

A seção de saúde da Constituição Federal e as Leis n. 8.080 e 8.142 de 1990 constituem as bases jurídicas, constitucionais e infraconstitucionais do SUS. Foram adotados princípios sociais bastante avançados, tais como: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, participação social. Encontra-se organizado em três níveis de complexidade; primário, secundário e terciário. Os níveis secundário e terciário do SUS, compreendendo a média e alta complexidade, são referências para a atenção primária. Nos municípios, os serviços de complexidade primária são de sua responsabilidade, chamados de Serviços de Atenção Básica (SAB). Nos SAB estão previstas todas as ações de promoção, prevenção e proteção à saúde. Atualmente, os SAB tem na Estratégia Saúde da Família (ESF) a base de sua organização (BRASIL, 2004a).

A ESF prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de saúde uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (BRASIL, 2010b).

O manual de normas técnicas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b) define a equipe mínima de Saúde da Família, a maneira como deve atuar, estabelece níveis de competência na abordagem da avaliação de risco

cardiovascular, medidas preventivas primárias e atendimento à hipertensão arterial e diabetes mellitus (ANEXO A).

O funcionamento satisfatório dos SAB é essencial para a qualidade da saúde da população, pois fornece não apenas a porta de entrada do cidadão no sistema, prestando os atendimentos iniciais de assistência, prevenção e promoção, mas também é responsável pelo seu encaminhamento a serviços de maior complexidade, quando necessários. A efetividade dos SAB tem reflexos no restante da cadeia assistencial, ou seja, nos níveis secundários e terciários de assistência (STARFIELD, 2002).

A opção pela priorização dos SAB na organização das redes de serviços de saúde é capaz de produzir os melhores resultados na saúde da população. Estes serviços têm a capacidade de resolver de 85 a 90 % de todos os problemas de saúde. Esta posição tem sido defendida pela Organização Panamericana de Saúde e está respaldada em ampla literatura internacional (MENDES, 2007).

### 1.2.1 Avaliação dos Serviços de Saúde

Monitorar os serviços prestados é fundamental para desenvolver estratégias que garantam a assistência integral aos usuários do SUS, assim como assegurar os recursos para sua realização. A avaliação é essencial para orientação das práticas de saúde na medida em que permite monitorar a situação de saúde da população (BRASIL, 2004a). A avaliação das ações oriundas das políticas de saúde deve ser encarada como integrante de seu próprio processo estrutural, pois permite reconhecer se o esforço empreendido está resultando na melhoria das condições de saúde da população (LIMA-COSTA, 2005).

A avaliação nos serviços deve ser institucionalizada, incorporando-se às rotinas operacionais, podendo contribuir nas decisões que interfiram nos seus resultados (STARFIELD, 2002). Figueiredo e Tanaka (1996) referem que a avaliação sistemática pode instaurar uma nova cultura e interferir na lógica assistencial,

satisfazendo necessidades sem apenas se ocupar com a viabilidade da oferta de serviços. Para planejar necessita-se primeiramente avaliar.

Os indicadores da saúde representam a melhor maneira de se avaliar a situação epidemiológica de uma população em determinado momento. Avaliar a qualidade dos SAB é necessário também para identificação e adoção de medidas que possam interferir positivamente em suas estruturas e processos de trabalho (BRASIL, 2007).

Os processos tradicionais de avaliação enfatizam três fases principais: análises de estrutura, do processo de trabalho e dos resultados. Avalia-se a estrutura examinando o conjunto de recursos, bens materiais e humanos disponíveis para realização dos serviços, utilizando-se de referências conhecidas para as necessidades de determinada população. A comparação entre o disponível e o considerado necessário permite estabelecer critérios de avaliação. A estrutura disponível indica apenas se os recursos materiais e humanos são suficientes para as necessidades previstas, não estabelecendo relação direta, de maneira isolada, com a qualidade desejável dos serviços. A avaliação do processo de trabalho é realizada pela verificação dos métodos e critérios de organização e planejamento dos serviços prestados, a interação interna entre os diversos profissionais envolvidos nos atendimentos, entre estes e os usuários (DAL POZ, 1998).

Nagahama e Santiago (2006, p. 174) salientam que a avaliação do processo “reflete exatamente a essência da qualidade da atenção à saúde e contribui para chamar a atenção sobre a necessidade de corrigir o curso do programa [...]”.

A avaliação do processo da atenção à saúde tem sido considerada relevante, pois identifica se os cuidados estão sendo oferecidos e recebidos efetivamente. “Assim, são igualmente importantes tanto as atividades dos profissionais envolvidos no diagnóstico e na terapêutica, quanto as atividades dos pacientes na procura e na utilização dos tratamentos disponibilizados” (COUTINHO et al., 2003, p. 718).

O desenvolvimento de metodologia para avaliação da qualidade dos serviços de atenção primária à saúde é considerado complexo em razão da especificidade do processo e da confiabilidade exigida do instrumento de medida, somados à complexidade do conceito de qualidade na área da saúde. No contexto

operacional, técnico e político, são de grande importância os processos de controle e avaliação, que necessitam ser contínuos, permanentes, abrangendo todas as etapas do sistema, desde os conceitos, estruturas, processos de trabalho e resultados, sendo que essas fases tem relação direta entre si. Assim, uma boa estrutura aumenta as possibilidades de se obter um bom processo de trabalho e um bom resultado, assim como um bom processo de trabalho favorece a obtenção de bons resultados. Se houver problema nos resultados, deve-se buscar na avaliação da estrutura e nos processos de trabalho o diagnóstico do problema (DONABEDIAN, 1992).

Uma das maneiras de avaliar os serviços de saúde é por resultados que tenham relação direta com sua atuação, utilizando indicadores epidemiológicos que reflitam consequência de sua atuação. Diversos indicadores epidemiológicos e sistemas de informações existentes são utilizados pelos gestores, serviços de auditoria, controle e avaliação, como ferramentas em suas atividades (VIACAVA et al., 2004).

Os indicadores de saúde, como instrumento de avaliação, revelam-se importante medida do estado de saúde/doença, consistindo em medidas-síntese que contém informações relevantes sobre o estado de saúde e o desempenho do sistema de saúde, podendo refletir a situação sanitária de uma população e servir de vigilância para as condições de saúde (PIRES, 2008).

Uma das principais dificuldades encontradas pelos gestores do SUS tem sido a formulação de metodologias e definição de instrumentos que permitam uma satisfatória operacionalização do processo de avaliação e monitoramento (BRASIL, 2004a). Entre os esforços governamentais realizados nesse sentido, citam-se o Sistema de Informações da Atenção Básica, o Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família, o Pacto de Indicadores da Atenção Básica e editais de financiamento de pesquisa, entretanto, faltam instrumentos e estudos de avaliação do impacto da atenção primária sobre a saúde da população (NEDEL et al. 2008).

A portaria nº. 21/GM, de 5 de janeiro de 2005 (BRASIL, 2005) estabeleceu a Relação de Indicadores da Atenção Básica a serem pactuados entre os municípios, estados e Ministério da Saúde considerando a importância do monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde referentes a esse nível de

atenção. Entre os indicadores, incluiu a taxa de internações por acidente vascular cerebral como “Indicador Principal” para o monitoramento e avaliação do programa de controle da HA (ANEXO B).

Mais recentemente, tem-se discutido a utilização do percentual das internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) como um dos indicadores mais potentes para medir a qualidade da atenção primária à saúde. Essas internações não avaliam determinantes pessoais da condição clínica do paciente ou a qualidade do ato médico que leva à hospitalização, mas o resultado de políticas e ações executadas frente a tais problemas de saúde, cuja internação é possível ser evitada (NEDEL et al. 2008). Esse indicador capta as condições que poderiam ser evitadas na presença de uma atenção primária à saúde de qualidade (BILLINGS; ANDERSON; NEWMAN, 1996). As ICSAP são aquelas que os serviços de atenção básica têm possibilidade tecnológica conhecida e disponível, se bem estruturados, de evitar que venham a ser necessárias. Algumas podem ser totalmente evitáveis, outras podem ser sensivelmente reduzidas. Nesses casos o fator determinante é a atuação dos SAB (PERPETUO; WONG, 2006).

A Relação Brasileira de Internação por Condições Sensíveis a Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2008b) lista cerca de 120 patologias conforme Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (ANEXO C). Essa relação foi precedida de consulta pública e de amplos debates entre especialistas e estudiosos, que chegaram ao consenso de quais patologias deveriam integrar tal lista, para poder ser utilizada por gestores em processos de controle, avaliação e auditoria de serviços e sistemas de saúde (DOURADO; BERENICE, 2008).

Essas patologias são reconhecidas como aquelas que podem e devem ser tratadas inicialmente nos SAB, cuja eficiência pode evitar ou diminuir a necessidade de internação, considerando-se “necessidade de internação” como fato decorrente do agravamento da condição clínica inicial por impossibilidade de controle no nível ambulatorial. A identificação de ICSAP, dentro do universo de internações ocorridas, pode ser utilizada como indicador da qualidade dos SAB, permitindo avaliar as condições de acesso e qualidade dos serviços. A comparação entre épocas distintas pode demonstrar sua evolução, tendência e relação com os serviços (ELIAS; MAGAJEWSKI, 2008).

As internações por algumas patologias, como as doenças imunopreveníveis, poderiam ser totalmente evitadas, outras, de caráter crônico e ou metabólico podem ser eficientemente controladas ambulatorialmente, não sendo totalmente evitáveis, mas a necessidade de internação por essas causas pode ser sensivelmente diminuída, havendo relação com a política de atenção primária, as características do sistema de saúde, assim como a situação epidemiológica e o comportamento de procura aos serviços de saúde (PERPETUO; WONG, 2006).

Segundo Starfield (2002), qualquer comunidade com taxas de hospitalização mais altas do que a esperada para problemas sensíveis a atenção ambulatorial deveria examinar seus serviços ambulatoriais para determinar se estão adequados na oferta da atenção necessária na comunidade. A literatura científica tem mostrado, com crescente consistência, uma associação inversa entre o acesso a serviços ambulatoriais e as hospitalizações por essas causas (NEDEL et al., 2008).

No capítulo das doenças do aparelho circulatório a Relação Brasileira de ICSAP (BRASIL, 2008b) incluiu a HA, angina, insuficiência cardíaca e as DCV, pela possibilidade conhecida de serem evitadas, tratadas e controladas pela adequada atuação dos serviços de atenção básica e pela ESF. A ocorrência de internações por DCV e HA pode ser reduzida através do adequado controle da HA. O controle da pressão arterial é um item fundamental e prioritário na prevenção primária ou secundária das DCV, devendo ser feito de modo exaustivo e contínuo, sendo essa a melhor maneira de se prevenir os casos de DCV (GAGLIARDI, 2009).

A maioria dos estudos desenvolvidos sobre ICSAP utiliza-se de dados secundários e agregados. Recente artigo elaborado por Nedel et al. (2008) estudou o indicador utilizando-se de dados primários não agregados tendo encontrado 42,6% de proporção de ICSAP entre 1.200 pessoas internadas entre 2006 e 2007 num hospital da cidade de Bagé-RS, proporção muito acima da relatada em estudos australianos e espanhóis, mas próxima de outros estudos brasileiros, o que aponta a importância de estudos envolvendo dados primários não agregados.

### 1.3 MAGNITUDE DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA 18ª REGIONAL DE SAÚDE-PR.

As ICSAP, segundo os dados divulgados pelo DATASUS (BRASIL, 2009a), utilizando-se da Relação Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (BRASIL, 2008b) apresentaram entre os anos de 2000 e 2007 tendências regressivos no Brasil e no Estado do Paraná, passando respectivamente de 38,55% e 40,33%, para 35,15% e 37,15% das internações pelo SUS. Na região da 18ª Regional de Saúde do Paraná (18ª RS-PR), ao contrário, no mesmo período passou-se de 30,87% para 36,37% (CARVALHO, 2009). Essas proporções estão próximas das de outros estudos brasileiros, mas muito acima de referências de países (Austrália, Espanha) com sistema universal de assistência médica e extensas listas de ICSAP, onde variaram de 7,0% a 13,0% (RUIZ et al., 2003; NEDEL et al., 2008).

A magnitude das DAC, pelos dados divulgados pelo DATASUS (BRASIL, 2009a), tem se mostrado muito preocupante, com proporções de morbidade e mortalidade elevadas na região da 18ª RS-PR, maiores do que as do Estado do Paraná e do Brasil: 18ª RS > PR > BR. A mortalidade proporcional por DAC, nos últimos anos, tem crescido progressivamente na 18ª RS-PR, acima das do Estado do Paraná e do Brasil.

Analisando-se apenas os casos de HA e de DCV nos dados divulgados pelo DATASUS para a 18ª RS-PR, constata-se que a mortalidade por HA passou de uma taxa de 21/100.000 habitantes no ano 1998 para 32/100.000 habitantes em 2007, enquanto as taxas de mortalidade por DCV passaram de 108/100.000 habitantes em 1998 para 79/100.000 habitantes em 2007. As taxas de morbidade hospitalar por HA passaram de 65/100.000 habitantes em 1998 para 160/100.000 habitantes em 2007, enquanto que a por DCV passou de 253/100.000 habitantes em 1998 para 213/100.000 habitantes em 2007. Portanto, verifica-se redução na morbimortalidade por DCV e aumento por HA.

#### 1.4 JUSTIFICATIVA

Importantes condicionantes das DAC, tais como o envelhecimento da população e mudanças no estilo de vida, estão presentes na atualidade. Essa sinergia entre crescimento populacional nas faixas etárias mais susceptíveis e mudanças no estilo de vida, que favorecem a presença dos fatores de risco conhecidos, está resultando em elevadas taxas de morbidade e mortalidade por DAC (PARANÁ, 2008).

Os serviços de saúde e a maneira como estão organizados desempenham importante papel nas condições de saúde de uma população e deveriam estar contribuindo para um melhor controle e redução nas taxas de DAC, pois a organização dos serviços de saúde a partir dos cuidados primários, em especial pela ESF, prevê atenção focada em medidas de vigilância, prevenção e promoção à saúde, direcionadas à redução desses agravos, muitos considerados sensíveis à atenção primária. Os serviços de atenção básica passaram a constituir política pública estruturante e os programas de prevenção e controle das DAC são dos mais antigos já implementados no país.

Sendo assim, indaga-se como se caracterizam, nos aspectos sóciodemográficos, presença de fatores de risco e utilização de serviços ambulatoriais as pessoas internadas por HA e DCV (causas sensíveis à atenção primária à saúde). Em face da gravidade do problema e da disponibilidade de serviços para diagnóstico, tratamento e controle, há necessidade de investigar em maior profundidade para que se possam definir estratégias específicas visando redução da ocorrência desses agravos.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar o perfil de risco cardiovascular e uso de serviços ambulatoriais entre as pessoas internadas por hipertensão arterial e doenças cerebrovasculares no Hospital de Referência da 18ª Regional de Saúde do Paraná.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Caracterizar as pessoas internadas segundo variáveis sociodemográficas e presença de fatores de risco.

Verificar a utilização e a cobertura dos serviços ambulatoriais em ações de prevenção, acompanhamento e tratamento, previamente à ocorrência das internações.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo transversal, individuado.

#### 3.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO E AMOSTRAGEM

Residentes nos municípios da região da 18ª RS-PR com idade igual ou superior a 18 anos, que se internaram na Casa de Misericórdia de Cornélio Procópio de 13 de outubro de 2009 a 13 de fevereiro de 2010 por hipertensão arterial e doenças cerebrovasculares, classificadas pela Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) como hipertensão essencial (I10) e doenças cerebrovasculares: Infarto cerebral (I63); Acidente vascular cerebral não especificado hemorrágico ou isquêmico(I64); Outras doenças cerebrovasculares (I67) e Acidentes vasculares cerebrais isquêmicos transitórios e síndromes correlatas (G45), integrantes da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (BRASIL, 2008b).

#### 3.3 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em um hospital localizado na região central da cidade de Cornélio Procópio, município sede da 18ª RS-PR, denominado Casa de Misericórdia de Cornélio Procópio, contratualizado pelo SUS como “Hospital Referência” para os municípios pertencentes a essa região de saúde (ANEXO D) nas especialidades disponíveis, atendendo às necessidades de internação oriundas dos serviços de atenção primária e hospitais de pequeno porte e de menor

complexidade. A população total desta região, situada no Norte do Estado do Paraná (Norte Pioneiro), manteve-se constante entre 1996 e 2009, com as pessoas acima de 60 anos representando 9,56% da população em 1996 e 14,44% em 2009, quando totalizou 232.703 habitantes distribuídos em seus 21 municípios, dos quais 7 têm população inferior a 5.000 habitantes, 7 entre 5.000 e 10.000 habitantes e apenas 7 mais de 10.000 habitantes, dos quais apenas 3 contam com mais de 20.000 habitantes.

Trata-se de hospital de médio porte, com 150 leitos, sendo 75% destes destinados ao SUS. Presta atendimentos de média complexidade e alguns de alta complexidade, como Gestação de Alto Risco, UTI neonatal, infantil, adulto e Terapia Renal Substitutiva. Casos de HA e DCV são encaminhados dos municípios para atendimento nesse hospital. Os casos que necessitam atendimento de alta complexidade na especialidade de cardiologia e cirurgia cardiovascular são encaminhados para os hospitais de referência para essas especialidades no município de Londrina-PR.

### 3.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio de entrevistas com os pacientes internados e, na impossibilidade, com os familiares ou responsáveis. Para a identifica o dos pacientes e aplica o do instrumento de coleta de dados foram realizados os seguintes procedimentos:

- Visita diária ao hospital para identificar nas fichas de atendimento do setor de urgência e emergência os casos atendidos e internados pelas causas selecionadas.
- Visita aos setores do hospital para verificar a internac o dos pacientes identificados no serviço de urgência e emergência e outros encaminhados diretamente para as unidades de internac o.
- Revisão dos casos pelo pesquisador principal para assegurar a inclusão de todas as internac es pelas causas selecionadas.

- Contato com familiares e responsáveis, preferencialmente com o próprio paciente, para a aplicação do instrumento de coleta de dados.
- Realização das entrevistas com utilização de um instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A), previamente testado, garantindo-se uso restrito dos dados, anonimato dos pacientes, sendo previamente precedido pela assinatura do Termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B).

### 3.5 SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS ENTREVISTADOS

Foram selecionados como entrevistadores, uma enfermeira e um acadêmico do curso de enfermagem do 8º período da Universidade Estadual Norte do Paraná, Campus Luiz Meneguel - Bandeirantes, que cumpria seu estágio curricular na instituição onde foi realizada a pesquisa.

Os entrevistadores foram orientados e treinados antes da fase de pré-teste, para esclarecimento de dúvidas em relação ao projeto de pesquisa, seus objetivos, instrumento de coleta de dados, importância dos dados e discussão de aspectos que pudessem contribuir para a facilidade dos trabalhos.

### 3.6 PRÉ-TESTE

O pré-teste foi realizado na mesma instituição em que se realizou a pesquisa, na semana que antecedeu o período de coleta, com o instrumento de coleta de dados, seguido de reunião entre os entrevistadores para avaliação dos resultados, esclarecimento de dúvidas e discussão de sugestões que pudessem contribuir para melhoria do processo de trabalho.

### 3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados obtidos do instrumento de coleta de dados foram digitados em planilha Excel, processados no aplicativo Epi Info versão 3.5.1, e os resultados apresentados em tabelas.

Para a análise das diferenças na distribuição proporcional foi utilizado o teste de qui-quadrado, com correção de Yates ou teste exato de Fisher nas tabelas 2x2. Foram consideradas significativas as diferenças quando o valor de  $p < 0,05$ .

### 3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Em cumprimento às normas estabelecidas pela Resolução 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), o projeto de pesquisa foi submetido previamente à análise do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, Londrina-PR, obtendo-se parecer favorável (parecer nº 141/09 (ANEXO E). Foi obtida previamente autorização da instituição (Casa de Misericórdia de Cornélio Procópio) para a realização da pesquisa (ANEXO F).

Os participantes foram previamente informados quanto aos objetivos da pesquisa, a garantia de anonimato e de não utilização dos dados para outros fins. Somente após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e obtenção do consentimento foram realizadas as entrevistas.

### 3.9 VARIÁVEIS DE ESTUDO

- **Variáveis sócio-demográficas**

- a) Sexo: Masculino; Feminino

- b) Idade em anos completos e posteriormente categorizada em: Menores de 65 anos; 65 anos e mais.
- c) Situação conjugal: Solteiro; Casado; Separado/Divorciado/Viúvo
- d) Escolaridade: Analfabeto/ até 3º série fundamental; Primário completo (4º série do fundamental); Fundamental completo; Médio completo; Superior completo.
- e) Classe econômica: Esta classificação compreende dados do Critério de Classificação Econômica Brasil, (ANEXO G), da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2009). Tal instrumento estima o poder de compra das pessoas, estratifica por pontuação em oito classes econômicas (A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E), sendo Nível A1: 42 a 46 pontos; Nível A2: 35 a 41 pontos; Nível B1: 29 a 34 pontos; Nível B2: 23 a 28 pontos; Nível C1: 18 a 22 pontos; Nível C2: 14 a 17 pontos; Nível D: 8 a 13 pontos; Nível E: 0 a 7 pontos. Para análise dos dados foram considerados as oito categorias econômicas em três Classes sociais: Alta (A1, A2 e B1); Média (B2, C1 e C2); Baixa (D e E).
- f) Atividade de Trabalho: condição em que se encontrava o entrevistado em relação ao trabalho e categorizado em: Trabalhando; Desempregado; Aposentado.
- g) Adesão a planos de saúde privados: Sim; Não.
- h) Fonte financiadora da internação: SUS; Planos de Saúde Privados; Particulares.
- i) Causas da internação atual, segundo análise de prontuários: HA; DCV.
- j) Causas de Internação nos últimos 12 meses (referida): HA; DCV; Outras causas.

- **Prevalência referida de diagnóstico médico anterior para doenças do aparelho circulatório entre os internados por HA e DCV: Foram consideradas as respostas afirmativas de conhecimento de diagnóstico anterior por médico da presença de HA, DCV, Colesterol e ou triglicerídeos elevados e diabetes.**

- a) HA: Sim; Não.
- b) DCV: Sim; Não.
- c) Colesterol e Triglicerídeos elevados: Sim; Não.
- d) Diabetes: Sim; Não.

- **Antecedentes familiares das pessoas internadas por HA e DCV. Foi considerada a história familiar de antecedentes de 1º grau acometidas por doenças do aparelho circulatório.**

- a) HA: Sim; Não.
- b) DCV: Sim; Não.
- c) Diabetes: Sim; Não.

- **Variáveis Relacionadas aos Fatores de Risco modificáveis para Doenças Cardiovasculares**

- a) Tabagismo: foi considerado fumante todo indivíduo que fuma independentemente da frequência e intensidade do hábito de fumar. O ex-fumante, todo indivíduo não fumante que já fumou em algum período da vida. Hábito de fumar: Sim; Não. Exfumante: Sim; Não.
- b) Consumo de bebidas alcoólicas: A ingestão de bebidas alcoólicas foi verificada a partir da frequência referida do hábito de ingestão de bebida alcoólica, da frequência semanal com que consome bebida alcoólica e do consumo diário superior a 4 doses de bebida alcoólica para mulheres e 5 para homens nos últimos 30 dias. Foi considerado consumo regular de álcool a informação referida de consumo de álcool de no mínimo uma vez por semana e consumo abusivo de álcool a informação referida de consumo diário igual ou acima de 4 doses para mulheres ou 5 para homens nos últimos 30 dias.
- c) Excesso de peso e obesidade: O excesso de peso foi constatado por meio do cálculo do índice de massa corporal (IMC) preconizado pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1995), obtido pela divisão entre o peso (em quilogramas) e o quadrado da altura (em metros) obtendo o peso por  $m^2$  de superfície corporal, considerando-se peso normal valores inferior ou igual a  $25 \text{ Kg}/m^2$  de superfície corporal, excesso de peso ou sobrepeso entre  $25$  e  $30 \text{ Kg}/m^2$  e obesidade acima de  $30 \text{ Kg}/m^2$ . Nesse estudo foram utilizados peso e altura referidos. Peso em kg (valor aproximado:.....), Altura (.....),  $\text{IMC}=(\text{.....})$ : Normal; Sobrepeso; Obeso.

- d) Inatividade física: A prática de atividade física foi pesquisada através da informação referida da prática de atividade física e do tempo diário que pratica, sendo considerados ativos fisicamente os que informaram prática superior a 30 minutos pelo menos três vezes por semana.
- e) Consumo alimentar (frutas, verduras, carnes e leite): Foram consideradas a frequência de consumo de frutas, verduras e gorduras, ingestão de carnes vermelhas com gordura visível, frango com pele e o hábito de consumir leite com teor integral de gordura tomando-se como referência os critérios da Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel) (BRASIL, 2008d): Consumo regular de frutas e hortaliças, a frequência de adultos que consomem frutas e hortaliças em cinco ou mais dias da semana, denominado consumo regular de frutas e hortaliças; Consumo de carnes com excesso de gordura, a frequência de adultos que referem o hábito de consumir carne vermelha gordurosa ou frango com pele, sem remover a gordura visível desses alimentos, denominado consumo de carnes com excesso de gordura; Consumo de leite com teor integral de gordura, a frequência de adultos que referem o consumo de leite com teor integral de gordura, denominado consumo de leite integral.
- f) Baixo consumo de verduras e legumes - Inferior a cinco dias por semana: Sim, Não.
- g) Baixo consumo de frutas - Inferior a cinco dias por semana: Sim; Não.
- h) Hábito de ingestão de carne vermelha com gordura visível: Não; Sim.
- i) Consumo de frango com pele: Não; Sim.
- j) Consumo de leite: Inferior a cinco dias por semana; Cinco ou mais dias por semana.
- k) Tipo de leite consumido: Integral; Desnatado ou semidesnatado; Os dois tipos.

• **Utilização dos Serviços Ambulatoriais pelas pessoas internadas por HA e DCV**

- a) Frequência da realização das consultas médicas: Mensalmente; Entre 2 e 12 meses; Acima de um ano/nunca.
- b) Tipo de serviço: Privado; Unidades Básicas de Saúde (UBS); Ambos.

- c) Reside em área coberta pela ESF: Sim; Não.
- d) Frequência de visita domiciliar por Agentes Comunitários de Saúde (ACS): Até 30 dias; Uma vez por ano; Nunca ou superior a um ano.
- e) Frequência com que verifica PA: Mensalmente; Entre 2 e 6 meses; Uma vez por ano; Nunca ou superior a um ano.
- f) Local de verificação da PA: UBS; UBS + Farmácia; Farmácia; Na residência; Em consulta; Outros.
- g) Dosagem de colesterol/ triglicerídeos em até um ano: Sim; Não.
- h) Explicação sobre prevenção de fatores de risco: Sim; Não. Explicação relacionada a: Hipertensão; Diabetes; Dieta; Exercício físico; Obesidade; Consumo de Álcool; Tabagismo; Menopausa, admitindo-se múltiplas respostas.

- **Utilização de medicamentos para doenças crônicas, orientação profissional e dependência do fornecimento público para obtenção:**

- a) Utilização de medicamentos para doenças crônicas: Sim; Não.
- b) Utilização desses medicamentos com orientação médica: Sim; Não.
- c) Local de obtenção de medicamentos: UBS/serviços públicos; UBS/serviços públicos e Farmácia comercial; Farmácia comercial.

- **Percepção da facilidade de acesso a serviços médicos ambulatoriais na perspectiva do usuário**

- a) Facilidade em obter consultas médicas: Sim; Não.
- b) Facilidade em obter exames complementares: Sim; Não.
- c) Facilidade em obter encaminhamento para consultas com especialistas: Sim; Não.

## 4 RESULTADOS

Foram entrevistados cento e oito pacientes internados no Hospital de Referência Regional em Cornélio Procopio-PR por HA e DCV. Ocorreram seis perdas, cinco devido à alta antes da visita diária dos entrevistadores e um transferido para outro hospital. Não houve recusa.

Os critérios de exclusão foram os com idade inferior a 18 anos, os residentes fora dos municípios integrantes da região da 18ª Regional de Saúde-PR, os que foram atendidos apenas em ambulatório ou que tiveram permanência hospitalar inferior a 12 horas.

Entre as pessoas estudadas, a idade mediana foi de 65 anos e 59,3% eram do sexo feminino. A proporção de mulheres nas faixas etárias abaixo e acima de 65 anos foi semelhante (respectivamente 59,6% e 58,9%). Verificou-se que a maioria vivia com companheiro (63,0%). Quanto à escolaridade, 52,8% eram analfabetos ou cursaram até a 3ª série fundamental. Na categorização por classe social, 34,3% foram classificados como classe baixa, 60,2% como média e apenas 5,5% como alta. A estratificação dos dados nas oito categorias da classificação ABEP mostrou que 88,4% pertenciam às categorias C, D e E.

A adesão a planos privados de saúde foi referida por 17,8% e apesar de mais freqüente entre pessoas com 65 anos e mais, a diferença não foi significativa ( $p=0,071$ ).

Quanto à situação de trabalho, 11,1% informaram estar trabalhando, 18,5% desempregados e os demais aposentados (70,4%). A totalidade dos que estavam trabalhando tinha menos de 65 anos. A proporção de aposentados foi de 48,1% entre menores de 65 anos e de 91,1% nos de 65 e mais anos (tabela 1), com diferença significativa entre as faixas etárias ( $p<0,01$ ).

**Tabela 1 –** Características sociais e demográficas das pessoas internadas por hipertensão arterial e doenças cerebrovasculares no Hospital de Referência da 18ª Regional de Saúde - PR, out. 2009 a fev. 2010.

Características	<65 anos		65 e mais		Total		p
	N	%	n	%	n	%	
<b>Total</b>	52	48,1	56	51,9	108	100,0	
<b>Sexo</b>							0,901
Masculino	21	40,4	23	41,1	44	40,7	
Feminino	31	59,6	33	58,9	64	59,3	
<b>Com companheiro</b>							0,776
Sim	34	65,0	34	60,7	68	63,0	
Não	18	35,0	22	39,3	40	37,0	
<b>Escolaridade</b>							0,021
Analfabeto ou até 3ª série fundamental	21	40,4	36	64,3	57	52,8	
4º série ou mais	31	59,6	20	35,7	51	47,2	
<b>Classe social</b>							0,594
Baixa	16	30,8	21	37,5	37	34,3	
Média e alta	36	69,2	35	62,5	71	65,7	
<b>Plano de Saúde</b>							0,071
Sim	05	9,8	14	25,0	19	17,8	
Não	46	90,2	42	75,0	88	82,2	
<b>Fonte fin. da Internação</b>							0,317
SUS	44	84,6	42	75,0	86	79,6	
Não SUS	08	15,4	14	25,0	22	20,4	
<b>Aposentado*</b>							<0,001
Sim	25	48,1	51	91,1	76	70,4	
Não	17	51,9	05	8,9	22	27,6	

\* Excluídos casos de informação ignorada

Em relação à causa da internação, 71,3% foram por HA e 28,7 por DCV. A diferença na proporção de internações por DCV foi significativamente mais elevada entre os que referiram ter plano de saúde (52,6%) ( $p=0,018$ ).

Apesar da proporção de internação por DCV ser mais elevada no sexo masculino (38,6%), nos de 65 anos e mais, nas classes sociais média e alta (29,2%) e entre os aposentados (32,9%), as diferenças não foram significativas.

**Tabela 2** – Distribuição das pessoas internadas por hipertensão arterial e doenças cerebrovasculares segundo sexo, faixa etária, escolaridade, classe social e adesão a planos privados no Hospital de Referência da 18ª Regional de Saúde - PR, out. 2009 a fev. 2010.

Características	Causas						p
	DCV		HA		Total		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Total</b>	31	28,7	77	71,3	108	100,0	
<b>Sexo</b>							0,093
Masculino	17	38,6	27	61,4	44	100,0	
Feminino	14	21,9	50	78,1	64	100,0	
<b>Faixa etária</b>							0,144
<65 anos	11	21,2	41	78,8	52	100,0	
65 e mais	20	35,7	36	64,3	56	100,0	
<b>Escolaridade*</b>							0,810
Analf/ até 3º série fund.	23	39,0	36	61,0	59	100,0	
4º série ou mais	09	39,1	14	60,9	23	100,0	
<b>Classe social</b>							0,342
Baixa	08	21,6	29	78,4	37	100,0	
Média e alta	23	29,2	48	70,8	71	100,0	
<b>Plano de Saúde*</b>							0,018
Sim	10	52,6	09	47,4	19	100,0	
Não	20	22,7	68	77,3	88	100,0	
<b>Trabalho atual</b>							0,276
Sim	03	25,0	09	75,0	12	100,0	
Não	03	15,0	17	85,0	20	100,0	
Aposentado	25	32,9	51	67,1	76	100,0	

\* Excluídos casos de informação ignorada

Na tabela 3 são apresentados dados relacionados a alguns problemas de saúde. Verifica-se que 82,0% referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial e 42,2% de diabetes. Além disso, 37,0% mencionaram as duas condições. O colesterol elevado foi relatado por 33% e o sobrepeso/obesidade foi verificado em 42,2% das pessoas estudadas. A internação nos últimos 12 meses que antecederam a entrevista foi de 60,4%. Embora a prevalência de diabetes tenha

vido mais elevada entre pessoas de 65 anos e mais (49%), tanto para essa variável quanto para os demais problemas de saúde analisados não se observaram diferenças significativas entre as faixas etárias (tabela 3).

**Tabela 3 –** Distribuição das pessoas internadas por hipertensão arterial e doenças cerebrovasculares por faixa etária, segundo diagnóstico médico de problemas de saúde e internação nos 12 meses anteriores no Hospital de Referência da 18ª Regional de Saúde - PR, out. 2009 a fev. 2010.

Características	<65 anos		65 e mais		Total		P
	N	%	n	%	n	%	
<b>Hipertensão arterial*</b>							0,527
Sim	41	85,4	36	78,3	77	82,0	
Não	07	14,6	10	21,7	17	18,0	
<b>Diabetes mellitus*</b>							0,205
Sim	17	34,7	26	49,0	43	42,2	
Não	32	65,3	27	51,0	59	57,8	
<b>Hipertensão arterial e diabetes mellitus</b>							0,271
Sim	16	30,8	24	42,9	40	37,0	
Não	36	69,2	32	57,1	68	63,0	
<b>Colesterol elevado*</b>							0,876
Sim	13	32,5	14	33,3	27	33,0	
Não	27	67,5	28	66,7	55	67,0	
<b>Obesidade ou sobrepeso</b>							0,693
Sim	18	34,6	20	35,7	38	42,2	
Não	28	65,4	24	64,3	52	57,8	
<b>Internação nos 12 meses anteriores*</b>							0,649
Sim	30	63,8	31	57,4	61	60,4	
Não	17	36,2	23	42,6	40	39,6	

\* Excluídos casos de informação ignorada

A presença de antecedentes familiares com HA foi apontada por 57,4%, diabetes por 35,2% e DCV por 29,9%. Quanto à prevalência referida de fatores de risco relacionados aos hábitos de vida, o hábito de fumar foi mencionado por 13,2%, o consumo regular de bebida alcoólica por 9,8%, sendo metade de maneira abusiva. A inatividade física foi referida por 79,0%, o consumo de verduras e legumes com frequência inferior a cinco dias na semana por 59,3% e o de frutas por 49,0%. Não houve diferença significativa entre os sexos na prevalência desses

fatores de risco (tabela 4). O consumo de carne vermelha com gordura visível foi relatado por 29,0% e o de carne de frango com pele por 33,3%.

**Tabela 4** – Distribuição das pessoas internadas por hipertensão arterial e doenças cerebrovasculares por sexo segundo presença de fatores de risco relacionados aos hábitos de vida no Hospital de Referência da 18ª Regional de Saúde - PR, out. 2009 a fev.2010.

Fatores de risco	Masculino		Feminino		Total		p
	n	%	N	%	n	%	
<b>Hábito de fumar*</b>							0,856
Sim	05	11,4	09	14,5	14	13,2	
Não	39	88,6	53	85,5	92	86,7	
<b>Consumo regular de bebida alcoólica</b>							0,212
Sim	06	13,6	04	6,9	10	9,8	Fisher
Não	38	86,4	54	93,1	92	90,2	
<b>Inatividade física*</b>							0,224
Sim	31	72,1	52	83,9	22	79,0	
Não	12	27,9	10	16,1	83	21,0	
<b>Baixo consumo de verduras e legumes (&lt; 5 dias/sem.)</b>							0,172
Sim	30	68,2	34	53,1	64	59,3	
Não	14	31,8	30	46,9	44	40,7	
<b>Baixo consumo frutas (&lt;5 dias/sem.)</b>							0,668
Sim	20	45,5	33	51,6	53	49,0	
Não	24	54,5	31	48,4	55	51,0	

\* Excluídos casos de informação ignorada

Em relação ao tipo de serviços de saúde que utiliza, 78,1% referiram utilizar as UBS, 14,3% os serviços privados e 7,6% ambos. Quando questionados especificamente se realizaram consultas médicas nos últimos 12 meses, 91,7% referiram que sim. A frequência mensal de consultas médicas foi referida por 42,6% e, entre 2 e 12 meses, por 48,1%. A verificação mensal da pressão arterial foi mencionada por 77,8% e os níveis de colesterol em intervalos de até um ano por 83,3% (tabela 5). A realização das consultas médicas nos últimos 12 meses, a verificação mensal de PA, bem como a frequência da realização foi significativamente mais elevada entre as mulheres ( $p < 0,05$ ).

**Tabela 5** – Utilização de Serviços Ambulatoriais preventivos por pessoas internadas por hipertensão arterial e doenças cerebrovasculares no Hospital de Referência da 18<sup>a</sup> Regional de Saúde - (out./2009 - fev./2010).

Utilização de Serviços Ambulatoriais	Masculino		Feminino		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Tipo de serviço utilizado*</b>							0,776
Privado	07	16,7	08	12,7	15	14,3	
UBS †	34	80,1	48	76,2	82	78,1	
Ambos ‡	01	3,2	07	11,1	08	7,6	
<b>Consulta médica nos últimos 12 meses</b>							0,029
Sim	37	84,1	62	96,9	99	91,7	Fisher
Não	07	15,9	02	3,1	09	8,3	
<b>Frequência na realização de consultas*</b>							0,012
Mensalmente	12	27,3	34	53,1	46	42,6	
Entre 2 a 12 meses	25	56,8	27	42,2	52	48,1	
Acima de um ano/nunca	07	15,9	03	4,7	10	9,3	
<b>Dosagem de colesterol em até um ano*</b>							0,148
Sim	27	75,0	48	88,9	75	83,3	
Não	09	25,0	06	11,1	15	16,7	
<b>Verificação mensal de PA</b>							
Sim	29	65,9	55	85,9	84	77,8	0,026
Não	15	34,1	9	14,1	24	22,2	

\* Excluídos os casos de informação ignorada.

†‡ Agrupadas as categorias UBS e Ambos no cálculo do  $\chi^2$

Considerando-se apenas os 76 pacientes pessoalmente entrevistados (excluídas as respostas por parentes e/ou acompanhantes), 57,9% responderam que receberam alguma orientação profissional sobre fatores de risco para DAC, sem diferença significativa entre os sexos. Quando indagados sobre cada um dos fatores de risco selecionados, 31,6% responderam que receberam explicação sobre HA, 15,8% sobre diabetes e 3,9% sobre a dieta.

A utilização de medicamentos para tratamento de doenças crônicas foi referida por 92,6%. Foram identificados dois entrevistados consumindo medicamentos sem orientação médica.

Quando questionados sobre o local de obtenção dos medicamentos, entre os usuários das UBS, 75,4% mencionaram exclusivamente a UBS ou outro local público. Dos que utilizam UBS e serviços privados, metade referiu obter somente na UBS ou outros serviços públicos. Mesmo entre os que utilizam exclusivamente os serviços privados, apenas metade obtém os medicamentos exclusivamente em farmácia comercial (tabela 6).

**Tabela 6** – Local de obtenção de medicamentos e tipo de serviços de saúde utilizados entre pessoas internadas por hipertensão arterial e doenças cerebrovasculares no Hospital de Referência da 18a Regional de Saúde - PR, (out./2009 - fev./2010).

Local de obtenção de medicamentos*	Serviço que utiliza					
	UBS		UBS e Privado		Privado	
	n	%	n	%	n	%
UBS/Serv. Públicos	55	75,4	04	50,0	02	16,6
UBS/Serv. públicos + Farmácia comercial	09	12,3	03	37,5	04	33,4
Farmácia comercial	09	12,3	01	12,5	06	50,0
Total	73	100,0	08	100,0	12	100,0

\* Excluídos os casos cuja informação é ignorada

Em relação à facilidade na obtenção de atendimentos, 46,2% referiram facilidade na obtenção de consultas médicas, 41,0% na realização de exames laboratoriais e 36,6% para a realização de consulta especializada. Ao estratificar os dados segundo situação de adesão a planos privados de saúde, diferenças significativas foram verificadas para todas as modalidades de atendimento. Entre os beneficiários de planos de saúde, mais de 75% referiram facilidade na obtenção das três modalidades analisadas (tabela 7).

**Tabela 7** – Distribuição das pessoas internadas por hipertensão arterial e doenças cerebrovasculares por plano de saúde segundo percepção da facilidade de obter atendimentos no Hospital de Referência da 18ª Regional de Saúde -PR, out. 2009 a fev.2010.

Facilidade na obtenção	Planos Privados						p
	Sim		Não		Total		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Consulta médica*</b>							0,002
Sim	14	82,4	34	39,0	48	46,2	
Não	03	17,6	53	61,0	56	53,8	
<b>Exames laboratoriais*</b>							0,001
Sim	15	88,2	30	36,1	45	41,0	
Não	02	11,8	53	63,9	55	59,0	
<b>Consulta especializada*</b>							0,001
Sim	13	76,5	25	28,7	38	36,6	
Não	04	23,5	62	71,3	66	63,4	

\* Excluídos casos de informação ignorada

Quanto à cobertura da ESF, 79,8% referiram residir em área coberta. Esta cobertura se apresentou inversamente proporcional às classes sociais, sendo significativamente mais elevada ( $p=0,006$ ) entre os pertencentes à classe baixa e média (81,7%), comparativamente à classe alta (20,0%) (tabela 8).

**Tabela 8** – Classificação econômica (ABEP) e cobertura da Estratégia Saúde da Família entre pessoas internadas por hipertensão arterial e doenças cerebrovasculares no Hospital de Referência da 18ª RS-PR em Cornélio Procópio-PR (out./2009 - fev./2010).

Classe social	Cobertura ESF					
	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
Baixa †	05	14,7	29	85,3	34	100,0
Média ‡	11	18,3	49	81,7	60	100,0
Alta	04	80,0	01	20,0	05	100,0
<b>Total*</b>	20	20,2	79	79,8	99	100,0

\*Excluídos os casos que não sabiam informar  $p=0,006$

† ‡ Agrupadas as categorias baixa e média no cálculo do Teste Exato de Fisher

Considerando-se apenas os 79 residentes nas áreas cobertas pela ESF, 69,6% relataram que receberam visita mensal de ACS nos últimos 12 meses e embora a proporção de visitados mensalmente pelos ACS tenha sido mais elevada entre as mulheres (78,3%) e na faixa etária de 65 ou mais (78,9%), estas diferenças não foram significativas ( $p>0,05$ ). Chama atenção a proporção de pessoas visitadas ter sido superior entre as que não eram portadores de hipertensão arterial e diabetes simultaneamente (67,3%) em relação às portadoras das duas condições (56,4%), bem como entre as que não se internaram nos últimos 12 meses (75,0%), comparativamente às que se internaram (63,6%) (tabela 9).

**Tabela 9** – Visita mensal dos Agentes Comunitários de Saúde entre as pessoas internadas por hipertensão arterial e doenças cerebrovasculares, residentes em áreas cobertas pela ESF, no Hospital de Referência da 18ª Regional de Saúde-PR, out. 2009 a fev.2010.

Características	Visita mensal do ACS						P
	Sim		Não		Total		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Total</b>	55	69,6	24	30,4	79	100,0	
<b>Sexo*</b>							0,084
Masculino	19	57,6	14	42,4	33	100,0	
Feminino	36	78,3	10	21,7	46	100,0	
<b>Faixa etária*</b>							0,136
<65 anos	25	60,1	16	39,9	41	100,0	
65 e mais	30	78,9	08	21,1	38	100,0	
<b>Hipertensão arterial e diabetes*</b>							0,757
Sim	22	56,4	08	43,6	30	100,0	
Não	33	67,3	16	32,7	49	100,0	
<b>Internação nos 12 meses anteriores*</b>							0,454
Sim	28	63,6	16	36,4	44	100,0	
Não	21	75,0	7	25,0	28	100,0	

\* Excluídos casos de informação ignorada

## 5 DISCUSSÃO

O objetivo do trabalho foi o de caracterizar as pessoas entrevistadas pelo perfil socioeconômico, presença de fatores de risco e utilização de serviços ambulatoriais, no intuito de identificar problemas que possam ter contribuído para a ocorrência da internação por HA ou DCV na população pesquisada. A interpretação dos resultados obtidos no presente estudo remete à Portaria n°. 221 de 17 de abril de 2008 (BRASIL, 2008a), que publicou a Relação Brasileira de Internação por Condições Sensíveis a Atenção Primária à Saúde (DOURADO; BERENICE, 2008), na qual as internações pelas causas estudadas figuram entre as patologias que são sensíveis à atenção primária à saúde, pois se acredita que os serviços de atenção básica têm possibilidade tecnológica conhecida e disponível de evitar que as internações venham a ser necessárias ou possam ser sensivelmente reduzidas (PERPETUO; WONG, 2006).

Neste sentido, um primeiro aspecto que merece destaque refere-se à idade mediana de 65 anos observada na população estudada, sugerindo a necessidade de analisar o acesso e as características da assistência ambulatorial prestada ao grupo com idade inferior a 65 anos, pois se sabe que para as patologias crônicas e degenerativas a partir do envelhecimento tornam-se mais difíceis para o nível primário da atenção prevenir as internações (SCOCHI, 1996), mesmo na presença de adequada estrutura. Nas internações por condições sensíveis à atenção primária é importante estabelecer um limite máximo de idade, pois pode haver tendência de aumento nos dias de permanência e readmissões com o aumento da idade. Por esse motivo é importante avaliar a influência destes pontos de corte nas tendências de ICSAP (ALFRADIQUE et al., 2009).

Essa distribuição etária, na qual metade desses pacientes encontra-se abaixo dos 65 anos, reforça a importância de se investir na prevenção de fatores de risco. Apesar de nos mais idosos prevalecer a aterosclerose como causa principal das DAC, na maioria das vezes essa condição inicia-se muitas décadas antes, somente manifestando seus sintomas quando já bem estabelecida, limitando a possibilidade de prevenção mas reforçando a necessidade de intenso controle e tratamento para se evitar as complicações. Entre os mais jovens, as causas ligadas

à hereditariedade, más formações congênitas e uso de drogas ilícitas destacam-se como principais causas de DAC, entretanto, justamente nessa etapa da vida, pode se iniciar a aterosclerose, principal fator de risco associado à maioria das DAC, doença crônica de evolução insidiosa, controlável pela adequação do estilo de vida, controle dos fatores de risco e adequada utilização dos serviços de saúde (PIRES; GAGLIARDI; GORZONI, 2004).

Assim, apesar da idade mais avançada constituir condição em que prevalecem causas evitáveis de DAC e maior frequência de ICSAP, ambas reforçam a necessidade de medidas preventivas e correção do estilo de vida.

A maior proporção de mulheres encontrada nesse trabalho (59,3%) coincide com as informações divulgadas pelo DATASUS (BRASIL, 2009a) para o ano de 2009 na região da 18a RS-PR, onde as mulheres, embora representem 50,4% da população total, responderam por 54,6% do total de internações pelas causas estudadas. A maior proporção do sexo feminino para doenças do aparelho circulatório também foi observada por Giroto (2008). Em outros estudos, como a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio de 1998 e nas populações residentes em São Paulo e Campinas, foi identificada maior prevalência de hipertensão arterial, inatividade física, obesidade e hipercolesterolemia no sexo feminino (PEREIRA; BARRETO; PASSOS, 2008).

O perfil socioeconômico da população estudada, com 88,4% classificados nas categorias econômicas C, D e E, revelou uma população na sua maioria com renda familiar variando entre R\$ 329,00 (categoria E) e R\$ 1.318,00 (categoria C1) pelas referências da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2009), de baixa escolaridade e adesão a planos privados de saúde (17,8%) inferior à média do Estado do Paraná (20,8%) (BRASIL, 2010a). Outros estudos têm mostrado que pessoas com maior tempo de filiação a um plano de saúde têm menores riscos de ICSAP (GOLDMAN; CHATTOPADHYAY; BINDMAN, 2008).

Estudos têm demonstrado relação inversamente proporcional entre nível socioeconômico e internações evitáveis, com os mais pobres internando-se proporcionalmente mais por essas causas (ANSARI, 2007; ROOS et al., 2005; KORENBROT; EHLERS; CROUCH, 2003; SHAH; GUNRAJ; HUX, 2003; LADITKA; LADITKA, 2006; AGHA; GLAZIER; GUTTMANN, 2007).

A renda e escolaridade têm-se apresentado como importantes fatores de risco para as doenças cardiovasculares, havendo relação direta entre o nível de escolaridade e a compreensão dos fatores de risco, das medidas preventivas, da adesão e cuidados necessários ao tratamento (TAVEIRA; PIERIN, 2007; PESSUTO; CARVALHO, 1998), assim como no acesso ao sistema de saúde (CIPULLO et al., 2010). Estes aspectos influenciam diretamente nas taxas de mortalidade por patologias cardiovasculares, proporcionalmente maiores nos níveis mais baixos de instrução (ISHITANI et al, 2006), confirmando a existência de relação entre desigualdade social e desigualdade em saúde (GUS et al., 2004).

É importante destacar que na população estudada não se observaram diferenças significativas entre a variável faixa etária e classe social, bem como faixa etária e internações pelo SUS. Embora a proporção de pessoas analfabetas tenha sido mais elevada entre as pessoas com 65 anos e mais (64,3%) esta se mostrou elevada mesmo entre os menores de 65 anos (40,4%), comparativamente à população residente na Regional de Saúde por ocasião do Censo 2000, na qual na faixa etária de 60 a 69 anos a taxa de analfabetismo foi de 38,95% (DATASUS, 2009a).

A maior proporção de DCV, na faixa etária de 65 anos e mais, explica-se pela natureza da doença aterosclerótica, insidiosa e progressiva, aliada à elevada proporção de HA anteriormente diagnosticada, fator de risco preditivo para as DCV, presente em cerca de 70,0% dos casos. Em estudo retrospectivo realizado em pacientes com diagnóstico de acidente vascular cerebral com idade igual ou superior a 60 anos na Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo evidenciou-se que a HA é significativamente frequente (87,8%) entre pacientes idosos com acidente vascular cerebral, independente de sexo e faixa etária (PIRES; GAGLIARDI; GORZONI, 2004).

A proporção de HA e DCV apresentaram diferenças significativas ( $p=0,018$ ) quando comparados os beneficiários de planos privados de assistência à saúde com os não beneficiários. Enquanto a proporção dos casos de HA e DCV foram equivalentes entre os beneficiários de planos de saúde, entre os não beneficiários a proporção foi de 3,4 casos de HA para cada caso de DCV. Essa situação pode ser explicada analisando-se os dados divulgados pelo DATASUS para a 18ª RS-PR entre 1998 e 2007, (apresentando redução na morbimortalidade por

DCV e aumento por HA) e as condições de acesso a serviços de saúde, pois para 82,4% dos pacientes aderentes a planos privados a obtenção de consultas médicas foi considerada fácil e entre os não beneficiários desses planos apenas 39,0% referiram a mesma facilidade, condição que foi ainda pior para obtenção de exames laboratoriais e encaminhamento a consultas com especialistas (tabela 7). A maior dificuldade de acesso a serviços de saúde pode estar relacionada ao incremento nas taxas de internação por HA e ocorrência de DCV entre os usuários do SUS.

De acordo com a OMS, os fatores de risco mais importantes para a morbimortalidade relacionada às doenças crônicas não-transmissíveis são: hipertensão arterial sistêmica, hipercolesterolemia, ingestão insuficiente de frutas, hortaliças e leguminosas, sobrepeso ou obesidade, inatividade física e tabagismo (WHO, 2002). No presente estudo, a prevalência de HA e diabetes foram superiores à média da população, porém os demais fatores de risco apresentaram-se em níveis próximos aos da população em geral, questionando-se qual seria o padrão esperado, uma vez que esses pacientes sendo conhecedores de sua condição de saúde poderiam apresentar-se mobilizados a modificar seus hábitos de vida. Outros trabalhos têm relacionado menor frequência de fatores de risco a maior contato com serviço de saúde (BERMUDEZ et al., 2004).

Diagnósticos médicos (anteriores à internação) de HA e diabetes, assim como de internação nos últimos 12 meses, apresentaram-se elevados entre as faixas etárias abaixo e acima de 65 anos, sem diferenças significativas.

A relação fisiopatológica entre esses agravos remete aos conceitos de prevenção e evitabilidade, pois nos mais idosos a exposição por maior tempo a essas condições de risco contribui para a maior prevalência das DCV, que têm como uma das principais causas a presença prévia de HA. Esses dados apontam a conveniência das medidas preventivas nessa população, pois enquanto a HA é frequente desde a faixa etária mais baixa, ao mesmo tempo, é o principal fator de risco para as DCV. Portanto, o adequado tratamento e controle da HA podem contribuir para a redução dos casos de DCV. As internações por doenças cerebrovasculares, juntamente com os óbitos por esta causa, são consideradas, pelo Ministério da Saúde, principais indicadores de monitoramento e avaliação da efetividade do Programa de Controle de Hipertensão Arterial, a serem pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde (Anexo B). Em estudo realizado

com pacientes internados por DCV no Hospital Nossa Senhora da Conceição, na cidade de Tubarão-SC, entre os anos de 2006 e 2007, foram identificados como principais fatores de risco a HA e a presença de antecedentes familiares para doença aterosclerótica (ALVES et al., 2009).

Estiveram internados nos 12 meses anteriores à atual internação 60,4% dos entrevistados. Ao verificar os dados divulgados pelo DATASUS (BRASIL, 2009a), do total da população dessa região, 8,1% estiveram internados pelo SUS no ano de 2009 e quando se analisa apenas a faixa etária acima de 60 anos essa proporção sobe para 19,4%. Ao comparar a frequência de 60,4% referida pelos nossos entrevistados com os dados do DATASUS, constata-se que os entrevistados apresentaram elevadas taxas de internação, muito acima da média populacional. Em estudo realizado por Simonetti, Batista e Carvalho (2002), 75,0% dos pacientes internados por HA informaram já terem se internado anteriormente por essa causa.

A informação referida de internações nos últimos 12 meses, a presença de antecedentes familiares com DAC, HA diagnosticada anteriormente por 82,0% dos entrevistados, diabetes por 42,2%, HA e diabetes simultâneas por 37,0% (a maioria dos diabéticos são hipertensos) indica a concentração de condições e fatores de risco para as DAC, em concordância com os dados da literatura. Estudo realizado com 23.457 indivíduos participantes de "Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não-transmissíveis", realizado pelo Instituto Nacional de Câncer e pela Secretaria de Vigilância à Saúde do Ministério da Saúde, no período de 2002 a 2003, identificou a existência de concentração de fatores de risco para as DAC. A combinação desses fatores, usualmente, representa um risco total aumentado para doenças cardiovasculares, superior ao da soma de seus efeitos isolados, indicando efeito sinérgico entre eles, e que a prevenção efetiva das doenças cardiovasculares só será alcançada com a melhoria global do perfil de risco de indivíduos e populações (PEREIRA; BARRETO; PASSOS, 2008).

O diagnóstico anterior de níveis elevados de colesterol (33,0%) ficou próximo às referências do Vigitel (BRASIL, 2008d), nas quais foram encontradas taxas de 17,2% a 37,0% na população geral, nas faixas etárias mais elevadas. Entretanto, ao considerar que o grupo estudado é composto exclusivamente por pessoas internadas por DAC e com idade mediana de 65 anos, seria esperado

desse grupo prevalência maior do que a referida, mas se tratam de informações autorreferidas, o que pode subestimar a prevalência do problema, apesar de 83,3% terem relatado que dosaram colesterol nos últimos 12 meses. A necessidade de adequado controle dos níveis sanguíneos de colesterol é fato consagrado pela literatura, pois estudo de metanálise com 38 grandes ensaios clínicos encontrou, para cada 10,0% de redução no colesterol, diminuição da mortalidade em 13,0% (GOULD et al. 1998 apud GUS et al. 2004).

A prevalência de inatividade física (79,0%) foi superior aos dados do Vigitel (BRASIL, 2008d), que mostraram na faixa etária de 65 anos e mais 52,6% de inativos. Entretanto, devemos considerar algumas diferenças metodológicas, pois o Vigitel atribui a condição de inatividade física aos indivíduos que informam não praticar qualquer atividade física no lazer nos últimos três meses, não realizam esforços físicos intensos no trabalho (não andam muito, não carregam peso e não fazem outras atividades equivalentes em termos de esforço físico, não se deslocam para o trabalho a pé ou de bicicleta e não são responsáveis pela limpeza pesada de suas casas), enquanto nesse trabalho foi pesquisada a ausência de atividade física superior a 30 minutos diários pelo menos três vezes por semana. As características da população estudada também foram diferentes, pois enquanto esse trabalho entrevistou apenas pessoas internadas por DAC, o Vigitel pesquisou a população em geral ao acaso e via telefone. Em outros estudos foram encontrados níveis de inatividade física entre 62,3% e 77,8% (JARDIM et al., 2007; GOMES, SIQUEIRA; SICHIERI, 2001).

Estudos demonstram que a inatividade física relaciona-se de maneira direta com a obesidade, fator de risco conhecido e associado a eventos cardiovasculares (GOMES; SIQUEIRA; SICHIERI, 2001). O total de entrevistados com excesso de peso (42,2%) ficou próximo aos da população geral da região Sul do Brasil (47,1%). O excesso de peso é importante fator de risco, pois a avaliação de homens e mulheres participantes do estudo de Framingham, em um período de 26 anos, revelou que a obesidade é fator de risco para a ocorrência de eventos cardiovasculares independente dos demais fatores de risco conhecidos (CERCATO et al, 2000).

Os demais fatores de risco modificáveis como o tabagismo, consumo de álcool, o baixo consumo de verduras, legumes e frutas, assim como a

ingestão de carnes com excesso de gordura e leite integral foram semelhantes aos níveis encontrados pelo Vigitel (BRASIL, 2008d) para a Região Sul, sem diferenças significativas entre os sexos. Este resultado difere do esperado, pois sendo essa população portadora de DAC seria esperado que apresentassem maior preocupação com os fatores de risco modificáveis, uma vez que é bem documentada na literatura a importância desses fatores de risco para a ocorrência das DAC. Em estudo de base populacional realizado por Yagi (2010) observou-se que a prevalência de fatores de risco relacionados aos hábitos de vida mostrou-se inferior entre os portadores de HA e ou diabetes. Explica a autora que provavelmente esse resultado se deva a maior conscientização dessa população em adquirir hábitos de vida saudáveis, conseqüente à maior utilização de serviços de saúde.

Entretanto, nesse trabalho identificou-se baixa frequência de orientação profissional sobre prevenção de fatores de risco para DAC. A HA foi o problema mais abordado e mencionado por apenas 31,6%, seguido de diabetes (15,8%). Esta situação não condiz com as diretrizes da atual Política Nacional de Atenção Básica, que prioriza a promoção e prevenção à saúde, realizada por um conjunto de ações, entre as quais se incluem as de educação em saúde, com orientação sobre estilo de vida e prevenção dos fatores de risco (BRASIL, 2006a). Em estudo realizado por Ronzani e Silva (2008), em municípios do Estado de Minas Gerais, verificou-se como uma das deficiências da ESF a baixa participação de usuários em atividades desenvolvidas pela unidade de saúde que não se referiam à assistência médica.

A educação em saúde constitui área essencial de atuação político-didática dos profissionais de saúde, que devem não apenas esclarecer e informar, mas encorajar as pessoas a aderir e permanecer com o tratamento, assumir responsabilidade de proteção à própria saúde, em especial o abandono de alguns fatores de risco e adoção de estilo de vida mais saudável (SANTOS et al, 2005). Segundo Pires e Mussi (2009), as ações de educação e saúde devem representar uma forma de estreitamento nas relações estabelecidas entre pacientes e serviços de saúde, principalmente na forma como esses serviços "cuidam" desses pacientes, com os profissionais de saúde tendo como principal desafio estabelecer abordagens aptas a reconhecer a exposição do indivíduo à doença.

A utilização de serviços de saúde, com a maioria (91,7%) referindo realização de consulta médica nos últimos doze meses, mais frequente entre as mulheres ( $p=0,044$  com 96,9% de utilização e 84,1% entre os homens) indica a iniciativa de procura por parte da população. As mulheres consultam-se mais e também se internam mais, tendo sido responsáveis, segundo os dados divulgados pelo DATASUS (BRASIL, 2009a), por 53,5% do total das internações no ano de 2009 entre a população da 18ª RS-PR e 59,0% das internações por HA, 62,2% por diabetes e 53,6% por AVC. Esta maior utilização de serviços de saúde pode explicar a menor mortalidade feminina, pois no ano de 2007 as mulheres foram responsáveis por apenas 41,0% dos óbitos.

Cabe destacar que a efetividade das consultas médicas e das outras ações desenvolvidas nos serviços de atenção primária pode evitar a ocorrência de fatores de risco e das condições que levam às complicações dessas doenças. Entretanto, na presença de complicações e descontroles, as internações podem ser necessárias (evitáveis, mas não desnecessárias). Os homens fazem o percurso inverso, consultam-se menos, aderem menos aos tratamentos, internam-se menos e acabam morrendo mais.

A mensuração de PA, realizada mensalmente pela a maioria dos entrevistados (77,8%), sendo nas UBS (52,2%) e nas residências (27,4%), sugere a possibilidade de procura por consultas nas UBS para mensuração de PA. A mensuração da PA em períodos frequentes, de até dois meses para portadores de HA é recomendada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, sendo que frequências mais elevadas de mensuração podem indicar também maior aderência ao tratamento (SPOSITO et al., 2007).

A dosagem de colesterol e ou triglicérides em intervalos de até um ano, referida por 83,3% dos entrevistados, encontra-se próxima dos que se consultaram nos últimos doze meses (91,7%), fato que revela, nesse aspecto, adequação da oferta de serviços de saúde às necessidades assistenciais desse grupo de pacientes.

A utilização de medicamentos para tratamento de doenças crônicas com orientação médica, referida por 91,7% é condizente com a informação referida de conhecimento prévio da presença de HA e diabetes. O serviço público como o local de obtenção destes medicamentos pela maioria revela iniciativas bem

sucedidas de fornecimento de medicamentos antihipertensivos e antidiabéticos, pois se sabe que o fornecimento público, regular e continuado de medicamentos é essencial para o adequado tratamento e controle das doenças crônicas. Essa situação seria esperada uma vez que a maioria dos medicamentos utilizados para tratamento ambulatorial de doenças cardiovasculares consta da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), de fornecimento pactuado pelos serviços públicos (BRASIL, 1998c, 2004c; 2008c). Além disso, as diretrizes do atual modelo assistencial para a atenção básica preconizam o fornecimento público regular (BRASIL, 2001), bem como a Lei n°. 10741, do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003).

Os dados referentes à dependência do serviço público para obtenção de medicamentos apontam a importância destas medidas para expressiva parcela da população, pois o fornecimento público de medicamentos para doenças crônicas revela-se como importante condicionante da situação de saúde de uma população. De acordo com a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (BRASIL, 2008a), a principal condicionalidade de saúde da população é a renda. Portanto, considerando-se que a maioria da população encontra-se nas classes sociais mais baixas, a regularidade do fornecimento de medicamentos nas UBS é determinante para o efetivo controle das doenças crônicas, tais como crises hipertensivas e acidentes vasculares cerebrais (PIRES; GAGLIARDI; GORZONI, 2004).

O fato da cobertura da ESF apresentar-se inversamente proporcional às classes sociais, com cobertura proporcionalmente maior nas pessoas da classe baixa, está de acordo com as diretrizes da ESF, que orienta atenção especial a grupos populacionais expostos a condições de maior risco de adoecer ou agravar as doenças já existentes (BRASIL, 2006a).

No entanto, a visita domiciliar, um instrumento de intervenção fundamental na saúde da família, realizada com o intuito de subsidiar intervenções ou o planejamento de ações (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006), não tem sido realizada no sentido de priorizar os grupos com risco global aumentado. Ao comparar a cobertura da visita mensal do ACS aos pacientes conforme características que sugerem prioridade de atenção (ter se internado nos últimos 12 meses ou ser portador de HA e diabetes), observa-se que estas visitas ocorrem sem diferenças. Deste modo, a atuação dos ACS não ocorre conforme definido na

portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006a), que prevê: *"desenvolver atividades de promoção à saúde, prevenção das doenças e agravos, vigilância à saúde por meio de visitas domiciliares e de ações educativas e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco"*.

Estudo conduzido numa capital brasileira sobre prevalência de HA e fatores de risco para DAC no ano de 2007, com 1.739 pessoas, concluiu que as ações de saúde voltadas para a prevenção e tratamento das DAC devem buscar melhor controle dos hipertensos já conhecidos, estabelecer metas para ampliar o grau de conhecimento desse fator pela população diretamente interessada e, principalmente, fornecer à população em geral mais informações para a prevenção dos fatores de risco e, com isso, evitar a ocorrência das doenças cardiovasculares (JARDIM et al., 2007).

Os resultados apresentados sugerem, nesse aspecto, que a lógica da vigilância, prevenção e promoção à saúde não foi norteadora do trabalho das equipes, pois seria esperado que houvesse alguma forma de priorizar os grupos mais vulneráveis com maior frequência de visitas.

A constatação desses fatos mostra-se importante para a definição de um modelo assistencial que dispense ao grupo em situação de maior risco serviços organizados a partir de atenção ambulatorial preventiva, capaz de contribuir para a substituição das internações e reinternações por controle nos serviços de atenção primária. A elevada prevalência de diagnóstico anterior de HA (82,0%), diabetes (42,2%), diabetes e HA simultâneos (37,0%), internações nos últimos 12 meses (60,4%) indica que esses pacientes apresentam-se com probabilidade muito maior de se internarem por eventos cardiovasculares do que a população em geral. Essa situação aponta a necessidade de reavaliação das estruturas e dos processos de trabalho atualmente desenvolvidos nos serviços de atenção primária à saúde dessa região no sentido de implementar as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica conforme a portaria nº. 648/GM de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006a).

Porém, considerando-se o reduzido número de entrevistados, a inclusão apenas dos casos internados por HA e DCV e a utilização de dados autorreferidos, vários aspectos relevantes não foram de alcance do estudo. Há

necessidade de ampliação dessa abordagem com o estudo de outras condições sensíveis à atenção primária, como os casos de diabetes, insuficiência cardíaca e angina, causas essas que adequada atenção ambulatorial pode contribuir para a redução da morbimortalidade cardiovascular.

## 6 CONCLUSÃO

Entre as 108 pessoas internadas por hipertensão arterial e doenças cerebrovasculares no Hospital de Referência na 18<sup>a</sup> Regional de Saúde, a idade mediana dos entrevistados foi de 65 anos, com predomínio de mulheres (59,6%), baixa ou nenhuma escolaridade (52,8%) e pertencentes às categorias econômicas C, D e E da ABEP (88,4%). A maioria internou-se pelo SUS (79,6%) e apenas 17,8% por planos privados de assistência à saúde.

A maioria das internações foi por HA (71,3%) e entre os entrevistados filiados a planos privados de assistência à saúde as proporções de HA e DCV apresentaram-se equivalentes, enquanto nos demais foi de 3,4 casos de HA para cada caso de DCV.

A frequência de diagnóstico anterior de HA (82,0%), diabetes (42,2%), HA e diabetes (37,0%), internação nos últimos 12 meses (60,4%), apresentaram-se acima da média populacional, mas sem diferenças significativas entre as faixas etárias abaixo de 65 anos e 65 anos e mais. Os demais fatores de risco modificáveis, colesterol elevado (33,0%), sobrepeso e obesidade (42,2%), tabagismo (13,2%), consumo de álcool (9,8%), inatividade física (79,0%), baixo consumo de frutas (49,0%), verduras e legumes (59,3%) apresentaram-se em níveis iguais ou inferiores aos da população geral.

A utilização de serviços de saúde nos últimos 12 meses mostrou-se elevada para consultas médicas (91,7%) e dosagem de colesterol (83,3%), verificação mensal de pressão arterial (77,8%), com dificuldade referida pelos usuários do SUS para obtenção de consultas médicas, realização de exames complementares e encaminhamento a especialistas.

O local de obtenção de medicamentos para os usuários das UBS foi exclusivamente a própria UBS para 75,4% e para os que se utilizam simultaneamente as UBS e os serviços privados foi de 50,0%.

Em relação à facilidade na obtenção de atendimentos, 46,2% referiram facilidade na obtenção de consultas médicas, 41,0% na realização de exames laboratoriais e 36,6% para a realização de consulta especializada. Ao estratificar os dados segundo situação de adesão a planos privados de saúde,

diferenças significativas foram verificadas para todas as modalidades de atendimento. Entre os beneficiários de planos de saúde, mais de 75% referiram facilidade na obtenção das três modalidades analisadas.

A residência em áreas cobertas pela ESF foi referida por 79,8%. Esta cobertura apresentou-se inversamente proporcional às classes sociais, sendo significativamente mais elevada ( $p=0,006$ ) entre os pertencentes à classe baixa (85,3%) e média (81,7%), comparativamente à classe alta (20,0%). Entre os residentes em área coberta pela ESF, 74,7% relataram receber visita do ACS nos últimos 12 meses e a proporção de visitados mensalmente foi de 69,6%, sem diferença significativa entre sexo, faixa etária, portadores de hipertensão arterial e diabetes e os que haviam se internado nos últimos 12 meses.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando-se que as altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária estão associadas à deficiência de cobertura dos serviços e ou à baixa resolutividade da atenção primária para determinados problemas de saúde (ALFRADIQUE et al, 2009), os resultados conduziram a três aspectos principais:

- O perfil socioeconômico da população estudada, com metade das internações em pessoas com idade inferior a 65 anos, de baixa escolaridade e renda, em sua maioria dependente dos serviços públicos, com elevada prevalência de fatores de risco que exigem acompanhamento dos serviços e mudanças nos hábitos de vida, reforça a importância de adequar a atenção básica às necessidades desta população.

- A elevada taxa de utilização de serviços ambulatoriais pela população estudada para as ações analisadas revela a iniciativa de procura por serviços médico assistenciais e uma oferta de serviços capaz de absorver a maioria dos que procuraram. A cobertura da ESF mais elevada entre as pessoas de menor renda indica adequação, nesse aspecto, às diretrizes nacionais.

- Na efetividade das ações e serviços de saúde situam-se as principais dificuldades, com destaque para as ações de acompanhamento sem considerar o perfil de risco, dificuldade em obter os atendimentos, especialmente as consultas especializadas, ações educativas de baixo alcance, possível inexistência de sistema de referência e contra referência entre hospitais, UBS e ESF, tendo em vista a elevada proporção de reinternação entre as pessoas estudadas.

Esses resultados sugerem que, entre as medidas de gestão para os serviços de atenção primária à saúde da região da 18ª RS-PR, há necessidade de atuação conjunta, entre o nível central da gestão Estadual do SUS, 18ª RS e municípios, na implementação de um modelo de gestão mais resolutivo nos serviços de atenção primária à saúde, sobretudo ao considerar que dois terços dos 21 municípios desta regional têm menos de 10.000 habitantes.

Face ao modelo assistencial adotado na maioria dos municípios da 18ª RS, assentado na lógica ESF, que pressupõe a vigilância da saúde e

acompanhamento prioritário dos grupos mais vulneráveis, é necessário capacitar as equipes locais para:

- Adoção de ações sistematizadas, como as do protocolo de risco cardiovascular do manual de normas técnicas do Ministério da Saúde para a Saúde da Família (BRASIL, 2006b).

- Assegurar, mediante vigilância ativa pela equipe das UBS e ESF, a adesão aos tratamentos e o continuado fornecimento de medicamentos básicos para esses agravos, evitando-se descontinuidade dos tratamentos e descontrole das doenças.

- Incrementar as ações de educação em saúde, com aconselhamento quanto aos fatores de risco que leve em consideração o perfil social da população adscrita e suas necessidades de serviços e informações.

- Programar previamente as ações que contribuam para a adoção de estilo de vida mais saudável, em conjunto com outros setores da gestão pública, com identificação de equipamentos sociais disponíveis e locais apropriados nos municípios, com agendamento e divulgação de calendário de eventos, com objetivo de melhorar o acesso para realização de atividades educativas com influência no estilo de vida e controle dos fatores de risco.

- Revisão sistemática dos processos de trabalho, aumentando a integração com serviços de referência no sentido de priorizar os indivíduos que estiveram internados, intensificando o acompanhamento pós-hospitalar no sentido de evitar a reinternação.

A importância da realização desse estudo foi a utilização de dados primários para caracterização dessa população, a identificação de fragilidades na atual organização da atenção básica e a possibilidade de utilizar essas informações para reorientação de ações e serviços de saúde visando melhorar a condição de saúde dessa população. Porém, muitas questões não foram de alcance do presente estudo e na continuidade há necessidade de ampliar as fontes de informações para além dos dados autorreferidos, como o uso de prontuários dos pacientes dos diferentes níveis de atenção, e incluir a análise das internações por outras causas, cujo adequado manejo dos fatores de risco e condutas preventivas são comuns às causas analisadas (como diabetes, insuficiência cardíaca e angina).

## REFERÊNCIAS

ABEP - **Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa** - 2009 - [www.abep.org](http://www.abep.org) - [abep@abep.org](mailto:abep@abep.org). Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2006 e 2007 - IBOPE. Disponível em: <<http://www.demanda.com.br/sitenovo/pdfs/CCEB2008-Base2006e2007.pdf>> Acesso em: 20 maio 2010.

AHGA M.M., GLAZIER R.H., GUTTMANN A. Relationship between social inequalities and ambulatory care-sensitive hospitalizations persists for up to 9 years among children born in a major Canadian urban center. **Ambulatory Pediatrics** v. 7, n. 3, p. 258-262, 2007. Disponível em: <[http://www.ambulatorypediatrics.org/article/S1530-1567\(07\)00034-2/abstract](http://www.ambulatorypediatrics.org/article/S1530-1567(07)00034-2/abstract)>. Acesso em: 22 jul. 2010.

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. 1337-1349, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/16.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2010.

ALFRADIQUE, M. E. ; MENDES, E. V. **Internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial**. Belo Horizonte, 2002. Disponível em: <<http://www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/media/noas.doc>>. Acesso em: 14 jan. 2009.

ALVES, F. M.B. et al. Fatores de risco cardiovascular em pacientes com doença aterosclerótica não coronariana em hospital no Sul do Brasil: estudo caso-controle. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, Tubarão**, v. 7, n. 1, p. 3-10, 2009. Disponível em: <<http://lildbi.bireme.br/lildbi/docsonline/lilacs/20090300/230-LILACS-UPLOAD.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2010.

ANSARI Z. The concept and usefulness of Ambulatory Care Sensitive Conditions as indicators of quality and access to primary health care. **Australian Journal of Primary Health**, v. 13, n. 3, p. 91-110, 2007. Disponível em: <<http://www.publish.csiro.au/9papeRPY07043>>. Acesso em: 22 jul. 2010.

BARRETO, S. M. et al. Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde, da Organização Mundial da Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, v.14, n.1, p. 41-68, 2005. Disponível em: <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742005000100005&lng=es&nrm=isso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742005000100005&lng=es&nrm=isso)>. Acesso em: 20 abr. 2009.

BARROSO, S.; ABREU, V. G. de; FRANCISCHETTI, E. A. A participação do tecido adiposo visceral na gênese da hipertensão e doença cardiovascular aterogênica: um conceito emergente. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Rio de Janeiro, v.78, n.6, p. 618-630, 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2002000600012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2002000600012&script=sci_arttext)>. Acesso em 20 abr. 2009.

BERMUDEZ T. et al. Características organizativas de la atención primaria y hospitalización por los principales ambulatory care sensitive conditions. **Atencion Primaria**, v. 33, n. 6, p. 305-311, Apr. 2004. Disponível em: <[http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=2716](http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2716)>. Acesso em: 23 jul. 2010.

BILLINGS, J.; ANDERSON, G. M.; NEWMAN, L. S. Recent findings on preventable Hospitalization. **Health Affairs** (Millwood), v. 15, n. 3, p. 239-249, 1996. Disponível em: <<http://content.healthaffairs.org/cgi/content/abstract/15/3/239>>. Acesso em 12 jan.2009.

BOING, A. C.; BOING, A. F. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 14, n. 2, p. 84-88, 2007. Disponível em: <<http://www.ccs.ufsc.br/geosc/boing7.pdf>> Acesso em: 20 set. 2010.

BRASIL. COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008a. Disponível em: <<http://determinantes.saude.homolog.bvs.br/lildbi/docsonline/6/1/016-Relatorio.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2010.

\_\_\_\_\_. Conselho nacional de secretários de saúde/CONASS. **Acompanhamento e avaliação da atenção primária**. Brasília, 2004a. (CONASS Documenta, 7). Disponível em: <<http://www.conass.org.br/admin/arquivos/documenta7.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2009.

\_\_\_\_\_. Lei nº. 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências**. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2003/10741.htm>>. Acesso em: 13 maio 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS: Informações em saúde suplementar; beneficiários por UFs, Regiões Metropolitanas (RM) e Capitais**. 2010a. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/anstabnet/anstabnet/deftohtm.exe?anstabnet/dados/TABNET\\_B R.DEF](http://www.ans.gov.br/anstabnet/anstabnet/deftohtm.exe?anstabnet/dados/TABNET_B R.DEF)>. Acesso em: 25 jul. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 196/96 de 10 de outubro de 1996**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Reso196.doc>>. Acesso em: 9 jun. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Programa de Informação e Apoio Técnico às Equipes Gestoras Estaduais do SUS. **Regulação em saúde**. Brasília: CONASS, 2007. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/Conass\\_25anos.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/Conass_25anos.pdf)>. Acesso em: 13 maio 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. DATASUS. **Informações de saúde:** epidemiológicas e morbidade. 2009a. Disponível em:

<<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=359A1B624C4D0E0F359G9HIJd4L24M0N&VInclude=../site/infsaude.php>>. Acesso em: 24 maio 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção básica e a saúde da família.** 2010b. Disponível em:

<<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>>. Acesso em: 22 maio 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família.**

Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/guia\\_psf1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/guia_psf1.pdf)>. Acesso em: 12 abr. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. 2006b. Secretaria de Atenção à Saúde.

Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças**

**cardiovasculares, cerebrovasculares e renais** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 56 p. -(Cadernos de Atenção Básica; 14) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em:

<<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abca14.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 21/GM de 5 de janeiro de 2005.** Aprova a relação dos indicadores na Atenção Básica - 2005 a serem pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde. Disponível em:

<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port2005/gm/gm-21.htm>>. Acesso em: 31 agosto 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n. 221, de 17 de abril de 2008b.** Lista

Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Disponível em: <[http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port\\_2008a/PT-221.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port_2008a/PT-221.htm)>. Acesso em: 13 jan. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. 2006a. **Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006.**

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em :

<[http://www.saude.sc.gov.br/gestores/Pacto\\_de\\_Gestao/portarias/GM-648.html](http://www.saude.sc.gov.br/gestores/Pacto_de_Gestao/portarias/GM-648.html)>  
Acesso em: 10 ago. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria no 3.916, de 30 de outubro de 1998c.**

Dispõe sobre a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1998b. Disponível em:

<[http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/portaria\\_3916\\_98.pdf](http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/portaria_3916_98.pdf)>. Acesso em: 13 maio 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde . **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME.** 6. ed. Brasília, DF, 2008c. Disponível

em: <[http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/renome/renome\\_2008\\_6ed.pdf](http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/renome/renome_2008_6ed.pdf)>. Acesso em: 13 maio 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2008d**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília (DF): MS, 2008d. 112 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_2008.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_2008.pdf)>. Acesso em: 28 maio 2010.

\_\_\_\_\_. Resolução no 338, de 06 de maio de 2004c. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2004c. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resol\\_cns338.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resol_cns338.pdf)>. Acesso em: 13 maio 2010.

CARNEIRO, G. et al. Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 306-311, 2003. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd130/obesidade-e-atividade-fisica.htm>>. Acesso em: 24 maio 2009.

CARVALHO, E. B. Internações por condições sensíveis a atenção primária: avaliação dos coeficientes no Brasil, estado do Paraná e 18ª Regional de Saúde-PR. 2009. 164 f. Monografia (Curso de Pós Graduação em Formulação e Gestão de Políticas Públicas) -**Universidade Estadual de Londrina**, Londrina, 2009.

CERCATO, C. et al. Risco cardiovascular em uma população de obesos. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 45-48, 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-27302000000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302000000100008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 abr. 2010.

CIPULLO, J. P. et al. Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 94, n. 4, p. 519-526, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2010005000014&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010005000014&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 17 maio 2010.

COELHO, V. G. et al. Perfil lipídico e fatores de risco para doenças cardiovasculares em estudantes de medicina. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 85, n. 1, p. 57-62, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2005001400011&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2005001400011&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 20 abr. 2009.

COLOMBO, R.C. R.; AGUILLAR, O.M. Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 69-82, 1997. Disponível em: <[http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11691997000200009&lng=pt&nrm=iso](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691997000200009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 20 abr. 2009.

COUTINHO, T. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora - MG. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 717-724, dez. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032003001000004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032003001000004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 maio 2010.

DAL POZ, M. R. **Produtividade e desempenho dos recursos humanos nos serviços de saúde**. Washington: OPAS, 1998. Disponível em: <<http://www.paho.org/Portuguese/HSP/HSR/HSR01/produtividade-e-desempenho.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2009.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO (VI) - DBH VI. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 17, n. 1, p. 7-10, 2010. Disponível em: <[http://www.saude.al.gov.br/files/VI\\_Diretrizes\\_Bras\\_Hipertens\\_RDHA.pdf](http://www.saude.al.gov.br/files/VI_Diretrizes_Bras_Hipertens_RDHA.pdf)>. Acesso em: 10 set. 2010.

DONABEDIAN, A. **Garantia y monitoria de la calidad de la atención médica: un texto introdutorio**. Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública, 1992.

DÓREA, EI. L.; LOTUFO, P. A. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. **Hipertensão**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 86-89, 2004. Disponível em: <[http://www.sbh.org.br/revistas/2004\\_N3\\_V7/Revista3Hipertensao2004.pdf](http://www.sbh.org.br/revistas/2004_N3_V7/Revista3Hipertensao2004.pdf)>. Acesso em: 24 maio 2009.

DOURADO; I.; BERENICE, V. Entrevista. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, v. 9, p.4-6, -2008. Disponível em: <[http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/periodicos/revista\\_saude\\_familia18.pdf](http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/periodicos/revista_saude_familia18.pdf)>. Acesso em: 12 jan. 2010.

ELIAS, E.; MAGAJEWSKI, F. A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 633-647, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1415-790X2008000400011&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1415-790X2008000400011&lng=en&nrm=iso&tlng=en)>. Acesso em: 16 jan. 2009.

FIGUEIREDO; A. M. A., TANAKA, O. A avaliação do SUS como estratégia de reordenação da saúde. **Cadernos Fundap**, São Paulo, v. 19, p. 98-105, 1996.

GAGLIARDI, R. J. Hipertensão arterial e AVC. 10/6/2009. **Revista Eletrônica de Jornalismo Científico**. Disponível em: <<http://www.somaticaeducar.com.br/arquivo/artigo/1-2009-06-23-20-38-27.pdf>>. Acesso em 14 de set. 2010.

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 645-653, 2006. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072006000400013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000400013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 maio 2010.

GIROTTO, E. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo e fatores associados na área de abrangência de uma unidade de saúde da família, Londrina, PR. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - **Universidade Estadual de Londrina**, Londrina, 2008. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.uel.br/document/?code=vtls000129935>>. Acesso em: 10 abr. 2010.

GOLDMAN L.E., CHATTOPADHYAY A., BINDMAN A.B. Comparisons of health plan quality: does the sampling strategy affect the results? **Medical Care**, v. 46, n. 7, p. 752-757, 2008. Disponível em: <[http://journals.lww.com/lww-medicalcare/Abstract/2008/07000/Comparisons\\_of\\_Health\\_Plan\\_QualityDoes\\_the.16.aspx](http://journals.lww.com/lww-medicalcare/Abstract/2008/07000/Comparisons_of_Health_Plan_QualityDoes_the.16.aspx)>. Acesso em: 22 jul. 2010.

GOMES, V. B.; SIQUEIRA, K. S.; SICHIERI, R. Atividade física em uma amostra probabilística da população do Município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 969-976, 2001.

GONÇALVES, A. M. et al. Miocardiopatia alcoólica: significado clínico e prognóstico. **Medicina Interna**, Bucuresti, v. 12, n. 2, p. 89-101, abr./jun. 2005. Disponível em: <[http://www.spmi.pt/revista/vol12/vol12\\_n2\\_2005\\_089-101.pdf](http://www.spmi.pt/revista/vol12/vol12_n2_2005_089-101.pdf)>. Acesso em: 24 maio 2009.

GUS, I. et al. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 5, n. 83, p. 424-428, nov. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2004001700009&script=sci\\_arttext&tlng=e](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2004001700009&script=sci_arttext&tlng=e)> Acesso em: 22 ago. 2010.

ISHITANI L. H. et al. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. **Revista de Saúde Pública** 2006; 40 (4): 684-91. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/19.pdf>> . Acesso em: 26 jul. 2010.

JARDIM, P. C. B. V. et al. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 88, n. 4, p. 452-457, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2007000400015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007000400015)>. Acesso em: 13 maio 2010.

KORENBROT C.C., EHLERS S., CROUCH J.A. Disparities in hospitalizations of rural American Indians. **Medical Care**, v. 41, n. 5, p. 626-636, 2003. Disponível em: <[http://journals.lww.com/lww-medicalcare/Abstract/2003/05000/Disparities\\_in\\_Hospitalizations\\_of\\_Rural\\_America.n.10.aspx](http://journals.lww.com/lww-medicalcare/Abstract/2003/05000/Disparities_in_Hospitalizations_of_Rural_America.n.10.aspx)>. Acesso em: 22 jul. 2010.

LADITKA J.N., LADITKA S.B. Race, ethnicity and hospitalization for six chronic ambulatory care sensitive conditions in the USA. **Ethnicity and Health** 2006; 11(3):247-263. Disponível em: <[http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=ArticleURL&\\_udi=B6VBF-48PV9Y0-4&\\_user=10&\\_coverDate=10%2F31%2F2003&\\_rdoc=1&\\_fmt=high&\\_orig=search&\\_sort=d&\\_docanchor=&view=c&\\_searchStrId=1408592755&\\_rerunOrigin=scholar.google&\\_acct=C000050221&\\_version=1&\\_urlVersion=0&\\_userid=10&md5=10fb5c45fdd9eb877f9e4c54a78a887](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VBF-48PV9Y0-4&_user=10&_coverDate=10%2F31%2F2003&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_sort=d&_docanchor=&view=c&_searchStrId=1408592755&_rerunOrigin=scholar.google&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=10fb5c45fdd9eb877f9e4c54a78a887)>. Acesso em: 22 jul. 2010.

LIMA-COSTA, M. F. Avaliação das ações descentralizadas em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 14, n. 4, p. 201-202, dez. 2005. Disponível em: <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742005000400001&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742005000400001&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 12 jan. 2009.

LIU, S. et al. Fruit and vegetable intake and risk of cardiovascular disease: the Women's Health Study. **American Journal of Clinical Nutrition**, New York, v. 72, n. 4, p. 922-928, 2000. Disponível em: <<http://www.ajcn.org/cgi/content/full/ajcn;72/4/922>>. Acesso em: 20 maio 2010.

MANCILHA-CARVALHO, J.J. Doença coronária e fatores de risco. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 58, n. 4, p. 263-267, 1992.

MENDES, E. V. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde**. 2007. Disponível em: <[http://www.saude.es.gov.br/download/REVISAO\\_BIBLIOGRAFICA\\_SOBRE\\_AS\\_RED\\_ES\\_DE\\_ATENCAO\\_A\\_SAUDE.pdf](http://www.saude.es.gov.br/download/REVISAO_BIBLIOGRAFICA_SOBRE_AS_RED_ES_DE_ATENCAO_A_SAUDE.pdf)>. Acesso em: 13 jan. 2009.

MENDES, E. V. **Entrevista**. Concedida por ocasião da abertura A APS e o SUS, no VIII Encontro de Atualização em APS, promovido pelo NATES/UFJF. em Juiz de Fora, Minas Gerais, no dia 30 de agosto de 2005. Disponível em: <<http://www.nates.ufjf.br/novo/revista/pdf/v008n2/entrevista.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2009.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.1, p. 173-179, jan. 2006. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000100018](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000100018)>. Acesso em: 12 jan. 2009.

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, dez. 2008. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102008000600010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000600010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 ago. 2010.

PARANÁ. Secretaria de Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Divisão de Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Doenças e agravos não transmissíveis no Estado do Paraná**. 2. ed. Curitiba: SESA, 2008.

PEREIRA, J. C.; BARRETO, S. M.; PASSOS, V. M. A. O perfil de saúde cardiovascular dos idosos brasileiros precisa melhorar: estudo de base populacional. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 91, n. 1, p. 1-10, 2008.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2008001300001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2008001300001&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 maio 2010.

PEREIRA, M. G. Os médicos e o fumo. **Revista Médica**, Brasília, 1999; v. 36. n. 3/4, p. 69-71, 1999. Disponível em:

<[http://www.ambr.com.br/revista/vol36n3\\_4\\_pt/editorial2.htm](http://www.ambr.com.br/revista/vol36n3_4_pt/editorial2.htm)>. Acesso em: 20 abr. 2009.

PERPETUO; I. H. O.; WONG, L. R. **Atenção hospitalar por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA) e as mudanças no seu padrão etário: uma análise exploratória dos dados de Minas Gerais**. 2006. Disponível em:

<[http://cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario\\_diamantina/2006/D06A043.pdf](http://cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario_diamantina/2006/D06A043.pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2009.

PESSUTO, J.; CARVALHO, E. C. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n.1, n. 33-39, 1998 . Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11691998000100006&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691998000100006&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 11 abr. 2010.

PINHEIRO, A. R. O.; FREITAS, S. F. T.; CORSO, A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 17, n. 4, dez. 2004.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732004000400012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732004000400012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 jul. 2010.

PIRES, S. L.; GAGLIARDI, R. J.; GORZONI, M. L. Estudo das freqüências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 62, n. 3B, p. 844-851, 2004.

PIRES, C. G. da S.; MUSSI, F. C.. Reflecting about assumptions for care in the healthcare education for hypertensive people. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, mar. 2009. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000100030&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100030&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 ago. 2010.

PIRES, V. A. T. N. **Internações hospitalares por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial!**: um estudo de caso com gestores e equipes da estratégia saúde da família em uma microrregião de saúde. 2008. Disponível em:

<[http://dspace.lcc.ufmg.br/dspace/bitstream/71843/GCPA-7HHJG3/1/vitoria\\_augusta\\_teles.pdf](http://dspace.lcc.ufmg.br/dspace/bitstream/71843/GCPA-7HHJG3/1/vitoria_augusta_teles.pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2009.

PONTES, R. J. S. de. et al. Transição demográfica e epidemiológica. In: MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. cap. 6, p.123-151.

RAMOS, S. S. Prevenção primária da coronariopatia pela atividade física. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 15, n. 9, p. 1-4, set./dez. 2006. Disponível em: <[http://sociedades.cardiol.br/sbc-rs/revista/2006/09/Artigo\\_04\\_Prevencao\\_Primary.pdf](http://sociedades.cardiol.br/sbc-rs/revista/2006/09/Artigo_04_Prevencao_Primary.pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2009.

REGO, R. A. et al. Fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis: inquérito domiciliar no Município de São Paulo, SP (Brasil). Metodologia e resultados preliminares. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n.4, p.277-285, 1990. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89101990000400005&script=sci\\_arttext&lng=ptpt](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89101990000400005&script=sci_arttext&lng=ptpt)>. Acesso em: 20 abr. 2009.

RIQUE, A. B. R.; SOARES, E.; MEIRELLES, C.M. Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares. **Rev Bras Med Esporte**, Niterói, v. 8, n. 6, Dez. 2002 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-86922002000600006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922002000600006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 jul. 2010.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. de M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 23-34, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/06.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2010.

ROOS L.L., WALLD R., UHANOVA J., BOND R. Physician visits, hospitalizations, and socioeconomic status: ambulatory care sensitive conditions in a Canadian setting. **Health Services Research**, v. 40, n. 4, p. 1167-1185, 2005. Disponível em: <<http://www3.interscience.wiley.com/journal/118685416/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0>>. Acesso em: 22 jul. 2010.

RUIZ E.S. et al.. Hospitalizaciones prevenibles mediante una atención primaria oportuna y efectiva. **Atención Primaria**, Madrid, v. 31, n. 1, p. 6-14, 16-7, jan. 2003. Disponível em: <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=303156>>. Acesso em: 18 set. 2010.

SANTOS, Z. M. de S. A. et al. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 332-340, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a03.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2010.

SARTORELLI, D. S.; FRANCO, L. J. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2003000700004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000700004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 set. 2010.

SCOCHI, M. J. **Municipalização e avaliação da qualidade dos serviços de saúde**: uma análise localizada. 1996, 139 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP- FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 1996.

SHAH B.R., GUNRAJ N., HUX J.E. Markers of access to and quality of primary care for aboriginal people in Ontario, Canada. **American Journal of Public Health**

2003; 93(5):798-802. Disponível em:

<<http://ajph.aphapublications.org/cgi/content/abstract/93/5/798>>. Acesso em: 22 jul. 2010

SIMONETTI, J. P.; BATISTA, L.; CARVALHO, L. R. de. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 415-422, jun. 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692002000300016&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000300016&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 12 abr. 2010.

SPOSITO, A. C. et al. IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose: Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 88, Supl. 1, p. 2-19, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2007000700002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007000700002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16 maio 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001308/130805por.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2009.

STUCHI, R. A. G.; CARVALHO, E. C. de. Crenças dos portadores de doença coronariana, segundo o referencial de Rokeach, sobre o comportamento de fumar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, p. 74-79, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n1/16562.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2009.

TADDEI, C. F. G. et al. . Estudo multicêntrico de idosos atendidos em ambulatórios de cardiologia e geriatria de instituições brasileiras. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 69, n. 5, p. 327-333, 1997. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X1997001100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X1997001100007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 maio 2010.

TAVARES, L.R.; MESQUITA, E. T.; IANNI., B. M. Miocardiopatia alcoólica: epidemiologia, fisiopatologia, tratamento e prognóstico. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 13, n. 4, jul./ago. 2003. Disponível em: <[http://www.socesp.org.br/revistasocesp/edicoes/volume13/v13\\_n04\\_tx03.asp?posicao=completo&v=&n](http://www.socesp.org.br/revistasocesp/edicoes/volume13/v13_n04_tx03.asp?posicao=completo&v=&n)>. Acesso em: 23 maio 2009.

TAVEIRA, L. F.; PIERIN, A. M. G. O nível socioeconômico pode influenciar as características de um grupo de hipertensos?. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, p. 929-935, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692007000500008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000500008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 abr. 2010.

TRICHES, C. et al. Complicações macrovasculares do diabetes melito: peculiaridades clínicas, de diagnóstico e manejo. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 53, n. 6, ago. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-27302009000600002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302009000600002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 ago 2010.

VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 711-724, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a16v09n3.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2009.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION), 1995. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. **Report of WHO expert committee**. WHO Report Series 854. Geneva: WHO.

WHO, 2002. **The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life**. Genebra: WHO, 2002.

YAGI, M.C.N. Doenças Cardiovasculares em Adultos: Fatores de Risco e Utilização de Serviços Preventivos. 2010. 106 f. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva) - **Universidade Estadual de Londrina**, Londrina, 2010.

YOUNG E. C.; PIRES M. L. E. ; LIMA, M. B. C. Abordagem terapêutica nodiabetes mellitus tipo 2. **Cadernos Brasileiros de Medicina**. Jan. a Dez. - 2001 - VOL XIV - Nº 1, 2, 3 e 4. Disponível em: <<http://www.unirio.br/ccbs/revista/cadbra2001/endocrinologia.htm>>. Acesso em: 30 ago. 2010.

## **APÊNDICES**



2. UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS	
2.1 Tem plano de saúde?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2.2 Se respondeu <u>Sim</u> , qual a cobertura?	<input type="checkbox"/> Integral <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Custo Operacional
2.3 Utilizou algum serviço de Saúde nos últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2.4 Que tipo de serviços de saúde utilizou?	<input type="checkbox"/> consultas <input type="checkbox"/> atividades em grupo <input type="checkbox"/> outros: especificar;
2.5 Que tipo de serviço utiliza?	<input type="checkbox"/> Somente UBS <input type="checkbox"/> UBS + Privado <input type="checkbox"/> Somente privado
2.6 Realizou consulta nos últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2.7 Frequência na realização de consultas	<input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> 2 a 6 meses <input type="checkbox"/> 1 por ano <input type="checkbox"/> nunca/superior a 1
2.8 Utilização previa à este evento (internação) de serviços médicos:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2.9 Percepções ref. utilização dos serv. de saúde: facilidade na obtenção de consultas :	<input type="checkbox"/> fácil <input type="checkbox"/> mais ou menos <input type="checkbox"/> difícil <input type="checkbox"/> muito difícil
2.10 Qualidade da consulta e serviços	<input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Ruim
2.11 Empenho e/ou dedicação dos profissionais dos serviços de saúde: (médicos, enferm.,etc)	<input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Ruim
2.12 Facilidade em obter caminhamento p/ consulta com especialistas e/ou exames complem.	<input type="checkbox"/> Fácil <input type="checkbox"/> mais ou menos <input type="checkbox"/> difícil <input type="checkbox"/> muito difícil <input type="checkbox"/> Praticamente impossível <input type="checkbox"/> Impossível
2.13 Última vez que aferiu a pressão arterial por um profissional de saúde	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> menos de 1 ano <input type="checkbox"/> entre 1 a 3 anos <input type="checkbox"/> mais de 3 anos
2.14 Frequência que verifica pressão arterial	<input type="checkbox"/> mensalmente <input type="checkbox"/> 2 a 6 meses <input type="checkbox"/> 1 x por ano <input type="checkbox"/> nunca ou superior 1 ano
2.15 Onde costuma verificar a pressão?	<input type="checkbox"/> UBS <input type="checkbox"/> Consultório part. <input type="checkbox"/> Farmácia <input type="checkbox"/> em casa <input type="checkbox"/> outros: especificar_____
2.16 Utiliza medicamentos para controle de doenças crônicas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se sim, utiliza conforme orientação médica?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não – Por que? _____
2.17 Dependência financeira para obtenção de medicamentos	<input type="checkbox"/> Totalmente Pública <input type="checkbox"/> Parcialmente Pública <input type="checkbox"/> Não depende de forn. Público e
2.18 Realização da última coleta de colesterol	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Menos de 1 anos <input type="checkbox"/> 1 a 3 ano <input type="checkbox"/> mais de 3 anos <input type="checkbox"/> Não sabe
2.19 Explicação sobre prevenção de fatores de risco	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2.20 Explicação relacionada a	<input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Dieta <input type="checkbox"/> Exercício Físico <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Consumo de bebidas <input type="checkbox"/> Fumo <input type="checkbox"/> Menopausa
2.21 O que o(a) Sr(a) identificaria como causa ou causas de DIC, HAS ou AVC?	

<input type="checkbox"/> Dieta incorreta	<input type="checkbox"/> diabetes	<input type="checkbox"/> Histórico familiar	<input type="checkbox"/> Colesterol elevado
<input type="checkbox"/> Sedentarismo	<input type="checkbox"/> Raça	<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/> Obesidade
<input type="checkbox"/> Idade avançada	<input type="checkbox"/> Tabagismo	<input type="checkbox"/> Ingestão de álcool	<input type="checkbox"/> Estresse
<input type="checkbox"/> Menopausa	<input type="checkbox"/> Outro		
2.22 A área onde mora é coberta pela ESF?			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe	
2.23 Recebeu visita da equipe Saúde da Família nos últimos 12 meses?			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe	
2.24 Frequência da visita de um Agente Comunitário de Saúde			
<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Mensalmente	<input type="checkbox"/> a cada 6 meses	<input type="checkbox"/> 1x ano
<input type="checkbox"/> nunca	<input type="checkbox"/> >1ano		
<b>3. DADOS RELACIONADOS AOS ANTECEDENTES FAMILIARES</b>			
3.1 Na família já houve caso de:			
3.1.1 Hipertensão?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
Qual parente? _____			
3.1.2 Diabetes?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
Especifique: _____			
3.1.3 Infarto agudo do miocárdio/ angina	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
Especifique: _____			
3.1.4 Acidente vascular cerebral/derrame?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe
3.1.5 Outros:			
Especifique: _____			
<b>4. MORBIDADES CARDIOVASCULARES (paciente)</b>			
4.1 Esteve internado nos últimos 12 meses:			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
Qual o motivo da internação? _____			
<b>5. FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES</b>			
5.1 É fumante?			
<input type="checkbox"/> sim, diariamente	<input type="checkbox"/> sim, ocasionalmente	<input type="checkbox"/> ex-fumante	<input type="checkbox"/> não
5.2 Quantos cigarros o(a) Sr(a) fuma por dia?			
<input type="checkbox"/> 1 - 10	<input type="checkbox"/> 11 - 20	<input type="checkbox"/> 20 - 40	<input type="checkbox"/> 40 ou +
<input type="checkbox"/> Não se aplica			
5.3 Quanto tempo é fumante?			
<input type="checkbox"/> menos de 5 anos	<input type="checkbox"/> entre 5 e 10 anos	<input type="checkbox"/> + de 10 anos	
<input type="checkbox"/> mais de 20 anos	<input type="checkbox"/> Não se aplica		
5.4 Sabe seu peso (mesmo que seja valor aproximado)?			
____.____ kg	<input type="checkbox"/> não sabe	<input type="checkbox"/> não quis informar	
5.5 Sabe sua altura?			
____m____cm	<input type="checkbox"/> não sabe	<input type="checkbox"/> não quis informar	
5.6 IMC= ( )			
5.7 Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, chuchu, berinjela, abobrinha – não vale batata, mandioca ou inhame)?			
<input type="checkbox"/> 1 a 2 dias por semana			
<input type="checkbox"/> 3 a 4 dias por semana			
<input type="checkbox"/> 5 a 6 dias por semana			

<input type="checkbox"/> todos os dias
<input type="checkbox"/> quase nunca
<input type="checkbox"/> nunca
5.8 Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer carne vermelha (boi, porco, cabrito)?
<input type="checkbox"/> 1 a 2 dias por semana
<input type="checkbox"/> 3 a 4 dias por semana
<input type="checkbox"/> 5 a 6 dias por semana
<input type="checkbox"/> todos os dias
<input type="checkbox"/> quase nunca
<input type="checkbox"/> nunca
5.9 Quando o(a) Sr(a) come carne vermelha com gordura, o(a) Sr(a) costuma:
<input type="checkbox"/> tirar sempre o excesso de gordura visível
<input type="checkbox"/> ingere com a gordura
<input type="checkbox"/> não ingere carne vermelha com gordura
5.10 Em quantos dias da semana (a) Sr(a) costuma comer frutas?
<input type="checkbox"/> 1 a 2 dias por semana
<input type="checkbox"/> 3 a 4 dias por semana
<input type="checkbox"/> 5 a 6 dias por semana
<input type="checkbox"/> todos os dias
<input type="checkbox"/> quase nunca
<input type="checkbox"/> nunca
5.11 Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer frango?
<input type="checkbox"/> 1 a 2 dias por semana
<input type="checkbox"/> 3 a 4 dias por semana
<input type="checkbox"/> 5 a 6 dias por semana
<input type="checkbox"/> todos os dias
<input type="checkbox"/> quase nunca
<input type="checkbox"/> nunca
5.12 Quando o(a) Sr(a) come frango com pele costuma:
<input type="checkbox"/> tirar sempre a pele
<input type="checkbox"/> Ingere com a pele
5.13 Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma tomar leite? (não vale leite de soja)
<input type="checkbox"/> 1 a 2 dias por semana
<input type="checkbox"/> 3 a 4 dias por semana
<input type="checkbox"/> 5 a 6 dias por semana
<input type="checkbox"/> todos os dias
<input type="checkbox"/> quase nunca
<input type="checkbox"/> nunca
5.14 Quando o(a) Sr(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar?
<input type="checkbox"/> integral <input type="checkbox"/> desnatado ou semi – desnatado <input type="checkbox"/> os dois tipos <input type="checkbox"/> não sabe
5.15 Pratica atividade física (mínimo 3x por semana)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
5.16 Com que frequência?
<input type="checkbox"/> Menos de 30 minutos por dia <input type="checkbox"/> de 30 a 60 minutos por dia
<input type="checkbox"/> mais de 60 minutos por dia <input type="checkbox"/> Não se aplica

5.17 O(a) Sr(a) costuma consumir bebida alcoólica?
<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
5.18 Com que frequência o(a) Sr(a) costuma ingerir bebida alcoólica?
<input type="checkbox"/> 1 a 2 dias por semana
<input type="checkbox"/> 3 a 4 dias por semana
<input type="checkbox"/> 5 a 6 dias por semana
<input type="checkbox"/> todos os dias
<input type="checkbox"/> menos de 1 dia por semana
<input type="checkbox"/> menos de 1 dia por mês
5.19 Nos últimos 30 dias, a Sra (mulheres) chegou a consumir diariamente mais do que 4 doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (mais de 4 doses de bebida alcoólica seriam mais de 4 latas de cerveja, mais de 4 taças de vinho ou mais de 4 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) (só para mulheres)
<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
5.20 Nos últimos 30 dias, o Sr (homens) chegou a consumir diariamente mais do que 5 doses de bebida alcoólica em uma ocasião? (mais de 5 doses de bebida alcoólica seriam mais de 5 latas de cerveja, mais de 5 taças de vinho ou mais de 5 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) (só para homens)
<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
5.21 Algum médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem pressão alta?
<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não lembra
5.22 E diabetes? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não lembra
5.23 E infarto, derrame ou acidente vascular cerebral (AVC)?
<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não lembra
5.24 E colesterol ou triglicérides elevado? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não lembra
5.2.5 E sobrepeso ou obesidade? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não lembra

**PERDA OU EXCLUSÃO**

Motivo da perda:
<input type="checkbox"/> não encontrado em 3 tentativas
<input type="checkbox"/> recusa
<input type="checkbox"/> outro
Motivo da exclusão:
<input type="checkbox"/> não morador do bairro
<input type="checkbox"/> impossibilidade da realização da entrevista por problema físico e cognitivo
<input type="checkbox"/> outro



## **ANEXOS**

## ANEXO A

Manual de normas técnicas do Ministério da Saúde - Atribuições da equipe ESF na prevenção clínica de doenças cardiovasculares (BRASIL, 2006b).

A equipe mínima de Saúde da Família é constituída por um médico, um enfermeiro, um a dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, devendo atuar, de forma integrada e com níveis de competência bem estabelecidos, na abordagem da avaliação de risco cardiovascular, medidas preventivas primárias e atendimento a hipertensão arterial e diabetes melito, sendo definidas as seguintes atribuições: **Agente Comunitário de Saúde**: 1) Esclarecer a comunidade sobre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, orientando-a sobre as medidas de prevenção; 2) Identificar, na população em geral pessoas com fatores de risco para doença cardiovascular, ou seja: idade igual ou superior a 40 anos, vida sedentária, obesidade, hipertensão, colesterol elevado, mulheres que tiveram filhos com mais de 4 quilos ao nascer e pessoas que têm ou tiveram pais, irmãos e/ou outros parentes diretos com doença cardiovascular, doença renal ou diabetes. 3) Encaminhar à consulta de enfermagem os indivíduos rastreados como suspeitos de serem de risco para doença cardiovascular. 4) Encaminhar à unidade de saúde, para avaliação clínica adicional e exame laboratoriais, as pessoas com fatores de risco para doença cardiovascular, renal ou diabetes. 5) Verificar o comparecimento desses indivíduos às consultas agendadas na unidade de saúde, retorno para resultado de exames e acompanhamento periódico. 6) Perguntar, se o indivíduo esta seguindo as orientações de dieta, atividades físicas, controle de peso, cessação do hábito de fumar e da ingestão de bebidas alcoólicas, e naqueles hipertensos e ou diabético se está aderindo à terapia prescrita. 7) Registrar, em sua ficha de acompanhamento, o diagnóstico de doenças cardiovasculares ou fatores de risco importantes, como tabagismo, obesidade, hipertensão, diabetes de cada membro da família. **Auxiliar de Enfermagem**: 1) Verificar os níveis da pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal, em indivíduos da demanda espontânea da unidade de saúde. 2) Orientar a comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida, ligadas à alimentação e à

prática de atividade física rotineira. 3) Orientar as pessoas da comunidade sobre os fatores de risco cardiovascular, em especial aqueles ligados à hipertensão arterial e diabetes. 4) Agendar consultas e reconsultas médicas e de enfermagem para os casos indicados. 5) Proceder as anotações devidas em ficha clínica. 6) Cuidar dos equipamentos (tensiômetros e glicosímetros) e solicitar sua manutenção, quando necessária. 7) Encaminhar as solicitações de exames complementares para serviços de referência. 8) Controlar o estoque de medicamentos e solicitar reposição, seguindo as orientações do enfermeiro da unidade, no caso de impossibilidade do farmacêutico. 9) Fornecer medicamentos para o paciente em tratamento, quando da impossibilidade do farmacêutico. **Enfermeiro:** 1) Capacitar os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários e supervisionar, de forma permanente, suas atividades; 2) Realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, tratamento não-medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico, quando necessário; 3) Desenvolver atividades educativas de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade; desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes hipertensos e diabéticos; 4) Estabelecer, junto à equipe, estratégias que possam favorecer a adesão (grupos com dislipidemia, tabagistas, obesos, hipertensos e diabéticos); 5) Solicitar, durante a consulta de enfermagem, os exames mínimos estabelecidos nos consensos e definidos como possíveis e necessários pelo médico da equipe; 6) Repetir a medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências; 7) encaminhar para consultas mensais, com o médico da equipe, os indivíduos não-aderentes, de difícil controle e portadores de lesões em órgãos-alvo (cérebro, coração, rins, olhos, vasos, pé diabético, etc.) ou com co-morbidades; 8) Encaminhar para consultas trimestrais, com o médico da equipe os indivíduos que mesmo apresentando controle dos níveis tensionais e do diabetes, sejam portadores de lesões em órgãos-alvo ou co-morbidades; 9) Encaminhar para consultas semestrais, com o médico da equipe, os indivíduos controlados e sem sinais de lesões em órgãos-alvo e sem co-morbidades. **Médico:** 1) Realizar consulta para confirmação diagnóstica, avaliação dos fatores de risco, identificação de possíveis lesões em órgãos-alvo e comorbidades, visando à estratificação de risco cardiovascular e renal global; 2) Solicitar exames complementares, quando necessário; 3) Prescrever

tratamento não medicamentoso; 4) Tomar a decisão terapêutica, definindo o início do tratamento medicamentoso; 5) Programar, junto à equipe, estratégias para a educação do paciente; 6) Encaminhar às unidades de referência secundária e terciária as pessoas que apresentam doença cardiovascular instável, de início recente sem avaliação, hipertensão arterial grave e refratária ao tratamento, com lesões importantes em órgãos-alvo, com suspeita de causas secundárias e aqueles que se encontram em estado de urgência e emergência hipertensiva; 7) Encaminhar à unidade de referência secundária, uma vez ao ano, todos os diabéticos, para rastreamento de complicações crônicas, quando da impossibilidade de realizá-lo na unidade básica; 8) Encaminhar à unidade de referência secundária os pacientes diabéticos com dificuldade de controle metabólico; 9) Encaminhar à unidade de referência secundária os casos de dislipidemia grave que não responde a terapia não medicamentosa e farmacológica inicial; 10) Perseguir, obstinadamente, os objetivos e metas do tratamento (níveis pressóricos, glicemia préprandial, hemoglobina glicada, controle dos lipídeos e do peso, abstinência do fumo e atividade física regular) (BRASIL, 2006b).

## **ANEXO B – Portaria nº 21/GM, de 5 de janeiro de 2005**

### **Portaria nº. 21/GM, de 5 de janeiro de 2005**

Nº 21/GM Em 5 de janeiro de 2005.

Aprova a Relação dos Indicadores da Atenção Básica - 2005 a serem pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando que o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica constitui instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde referentes a esse nível de atenção;

Considerando que esse Pacto é base para negociação de metas, com vistas à melhoria no desempenho dos serviços da atenção básica e da situação de saúde da população, a ser alcançada por municípios e estados, tendo como referencial legal a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002, aprovada pela Portaria nº. 373/GM, de 27 de fevereiro de 2002, e da Portaria nº. 384/GM, de 4 de abril de 2003;

Considerando que a Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde - PPI-VS foi aprovada em 9 de dezembro de 2004;

Considerando a necessidade da realização da pactuação de metas do Pacto da Atenção Básica no mesmo período da Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde; e

Considerando que a Comissão Intergestores Tripartite - CIT adiou, para a reunião de 17 de fevereiro de 2005, a discussão da portaria que regulamentará a Portaria nº 2.023/GM, de 23 de setembro de 2004,

#### **R E S O L V E:**

Art. 1º Aprovar a Relação dos Indicadores da Atenção Básica - 2005, constante do Anexo I desta Portaria, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde.

Parágrafo único. Os indicadores de que trata este artigo deverão ser calculados e analisados conforme as orientações constantes da nota técnica do Anexo II desta Portaria.

Art. 2º Estabelecer as orientações, fluxos e prazos para a avaliação das metas pactuadas por municípios e estados, no ano de 2004, no Anexo III desta Portaria.

Art. 3º Estabelecer os mecanismos, fluxos e prazos para o processo de pactuação das metas para o ano de 2005, por município e estado, na forma dos Anexos IV e V desta Portaria.

Art. 4º Constituir Grupo de Trabalho, no âmbito do Ministério da Saúde, composto por representantes das áreas técnicas para negociação das metas a serem pactuadas com os estados na efetivação do Processo de Pactuação dos Indicadores da Atenção Básica.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO COSTA

RELAÇÃO DOS INDICADORES DO PACTO DA ATENÇÃO BÁSICA 2005, PARA MUNICÍPIO  
SEGUNDO NÚMERO DE HABITANTES E ESTADO.

<b>Saúde da Criança</b>			
Indicadores Principais	Município c/ menos de 80 mil habitantes	Município c/ 80 mil ou mais habitantes	Estado
Número absoluto de óbitos em menores de um ano de idade	X	-	-
Taxa de Mortalidade Infantil	X	X	X
Proporção de nascidos vivos com baixo – peso ao nascer	X	X	X
Proporção de óbitos em menores de um ano de idade por causas mal definidas;	X	X	X
Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda em menores de 5 anos de idade;	X	X	X
Homogeneidade da cobertura vacinal por tetra valente em menores de um ano de idade.	-	-	X
<b>Indicadores Complementares</b>			
Número absoluto de óbitos neonatais;	X	-	-
Taxa de mortalidade neonatal.	X	X	X
<b>Saúde da Mulher</b>			
<b>Indicadores Principais</b>			
Taxa de mortalidade materna;	-	X	X
Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal;	X	X	X
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados;	-	X	X
Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária;	X	X	X
<b>Indicadores Complementares</b>			
Taxa de mortalidade de mulheres por câncer de colo do útero;	X	X	X
Taxa de mortalidade de mulheres por câncer de mama;	X	X	X
Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.	X	X	X
<b>Controle da Hipertensão</b>			
<b>Indicadores Principais</b>			
Taxa de internações por acidente	X	X	X

vascular cerebral (AVC);			
Taxa de mortalidade por doenças cérebro-vasculares.	X	X	X
Indicador Complementar			
Taxa de internações por insuficiência cardíaca congestiva (ICC)	X	X	X
<b>Controle da Diabetes Mellitus</b>			
Indicador Principal			
Proporção de internações por cetoacidose e coma diabético mellitus	X	X	X
Indicador Complementar			
Proporção de internações por diabetes mellitus	X	X	X
<b>Controle da Tuberculose</b>			
Indicador Principal			
Proporção de abandono de tratamento da tuberculose.	X	X	X
Indicadores Complementares			
Taxa de incidência de tuberculose pulmonar positiva;	X	X	X
Taxa de mortalidade por tuberculose.	X	X	X
<b>Eliminação de Hanseníase</b>			
Indicadores Principais			
Proporção de abandono de tratamento da hanseníase;	X	X	X
Taxa de detecção de casos novos de hanseníase.	X	X	X
Indicadores Complementares			
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados	X	X	X
Taxa de prevalência da hanseníase;	X	X	X
Proporção do grau de incapacidade I e II registrados no momento do diagnóstico.	X	X	X
<b>Saúde Bucal</b>			
Indicadores Principais			
Cobertura de primeira consulta odontológica;	X	X	X
Razão entre os procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos.	X	X	X
Indicador Complementar			

Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais.	X	X	X
<b>Gerais</b>			
Indicadores Principais			
Proporção da população coberta pelo programa de saúde da família (PSF);	X	X	X
Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas.	X	X	X
Indicador Complementar			
Média mensal de visitas domiciliares por família.	X	X	X

**ANEXO C – Portaria Nº221/2008 de 17 de abril de 2008**

Portaria Nº 221/ 2008, de 17 de abril de 2008

Imprensa Nacional

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL BRASÍLIA - DF

Diário Oficial 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

Portaria 221/ 2008 MS - SAS.

LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS A 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 Haemophilus por	G00.0
001	Meningite Tuberculosa	A17.0
1, 11	Tuberculose miliar	A19
1,12	Tuberculose Pulmonar	A15.0 a A15.3, A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9
1,16	Outras Tuberculoses	A18
1,17	Febre reumática	I00 a I02
1,18	Sífilis	A51 a A53

1,19	Malária	B50 a B54
001	Ascariíase	B77
2	Gastroenterites Infecciosas e complicações	
2,1	Desidratação	E86
2,2	Gastroenterites	A00 a A09
3	Anemia	
3,1	Anemia por deficiência de ferro	D50
4	Deficiências Nutricionais	
4,1	Kwashiorkor e outras formas de desnutrição protéico calórica	E40 a E46
4,2	Outras deficiências nutricionais	E50 a E64
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	
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 mucopurulenta	J41
8,4	Bronquite crônica não especificada	J42
8,5	Emfisema	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		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

Doença inflamatória do colo do útero	N72
Outras doenças inflamatórias pélvicas femini-	N73
Doenças da glândula de Bartholin	N75
Outras afecções inflamatórias da vagina. e da vulva	N76
Úlcera gastrointestinal	
Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	
Infecção no Trato Urinário na gravidez	O23
Sífilis congênita	A50
	P35.0

**ANEXO D – Municípios integrantes da 18ª Regional de Saúde do Estado do Paraná**

<b>MUNICÍPIO</b>	<b>POPULAÇÃO</b>
Abatia	7.791
Andirá	21.330
Bandeirantes	32.290
Congonhinhas	8.552
Cornélio Procópio	46.931
Itambaracá	6.935
Leópolis	4.230
Nova América da Colina	3.296
Nova Fátima	8.054
Nova Santa Bárbara	3.802
Rancho Alegre	4.001
Ribeirão do Pinhal	13.389
Santa Amélia	4.062
Santa Cecília do Pavão	3.676
Santa Mariana	11.992
Santo Antônio do Paraíso	2.354
São Jerônimo da Serra	11.563
São Sebastião da Amoreira	8.681
Sapopema	6.638
Sertaneja	5.894
Uraí	11.489

Contagem da população em 2007, segundo IBGE.

## ANEXO E – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná  
Registro CONEP 268

<b>Parecer Nº 141/09</b> <b>CAAE Nº 0119.0.268.000-09</b> <b>FOLHA DE ROSTO Nº 267342</b>	Londrina, 14 de setembro de 2009.
<b>PESQUISADOR: EVANDRO BAZAN DE CARVALHO</b> (Processo 16474/09)	
Prezado(a) Senhor(a)	
<p style="text-align: center;">O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná" de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:</p> <p style="text-align: center;"><b>"FATORES DE RISCO E USO DE SERVIÇOS PREVENTIVOS ENTRE ADULTOS INTERNADOS POR DOENÇAS CARDIOVASCULARES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE"</b></p> <p style="text-align: center;">Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL relatório final da pesquisa.</p>	
Situação do Projeto: <b>APROVADO</b>	
<p>Atenciosamente,</p> <p style="margin-top: 20px;"><i>Ester M. O. Dalla Costa</i>  <b>Pro<sup>fa</sup>. Dra. Ester M. O. Dalla Costa</b>          Coordenadora          Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UEL</p>	

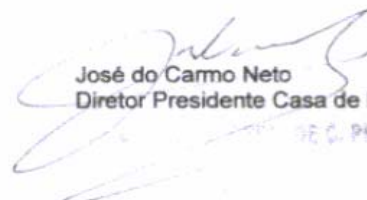
**ANEXO F – Autorização da Instituição**

Cornélio Procópio, 31 de agosto de 2009.

**AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA CIENTÍFICA  
ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

Por meio deste, autorizamos a realização, nesta Instituição, de Pesquisa em Projeto de Dissertação de Mestrado do Aluno Evandro Bazan de Carvalho no Curso de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Gestão de Redes e Sistemas de Saúde da Universidade Estadual de Londrina – UEL, Fatores de Risco e Uso de Serviços Preventivos entre Adultos Internado por Doenças Cardiovasculares Sensíveis à Atenção Primária a Saúde, em período compreendido entre os anos de 2009 e 2010.

Atenciosamente,

  
José do Carmo Neto  
Diretor Presidente Casa de Misericórdia de Cornélio Procópio  
C. PROCÓPIO

## ANEXO G – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”. A divisão de mercado definida abaixo é de **classes econômicas**.

### SISTEMA DE PONTOS

#### Posse de itens Quantidade de Itens

	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

#### Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	Analfabeto / Até 3a. Série Fundamental	0
Primário completo / Ginásial incompleto	Até 4a. Série Fundamental	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	Fundamental completo	2
Colegial completo / Superior incompleto	Médio completo	4
Superior completo	Superior completo	8

#### CORTES DO CRITÉRIO

BRASIL Classe	Pontos
A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7