



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS PROF. ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE LAGARTO**

ELMA RAIANE RAMOS SANTOS

**INTERNAÇÕES POR HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM SERGIPE**

**Lagarto – SE
2019**

ELMA RAIANE RAMOS SANTOS

**INTERAÇÕES POR HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM SERGIPE**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao Departamento de Medicina do
Campus Prof. Antônio Garcia Filho da Universidade
Federal de Sergipe como requisito parcial para
obtenção do Bacharelado em Medicina.

Orientador: Prof^a Luciana Guimarães

Nunes de Paula

**Lagarto – SE
2019**

ELMA RAIANE RAMOS SANTOS

**INTERNAÇÕES POR HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM SERGIPE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Departamento de Medicina do Campus Prof. Antônio
Garcia Filho da Universidade Federal de Sergipe
como requisito parcial para obtenção do Bacharelado
em Medicina.

**Orientador(a): Prof^a Luciana Guimarães Nunes
de Paula**

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Orientador(a):

1º Examinador:

2º Examinador:

PARECER

AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar sempre comigo, protegendo e cuidando de mim nos mínimos detalhes.

Aos meus pais, que tanto amo, por terem abdicado de tanta coisa em nome da educação para mim e meu irmão. Foi através de muito suor, luta e força de vontade deles que pude chegar até aqui. Painho, onde quer que esteja, sabe o quanto aprendi a ser médica cuidando dele, muito antes do diploma chegar. Talvez tenha sido com ele os meus mais valiosos aprendizados dessa jornada. Levarei o senhor comigo sempre!

Mainha, tão dedicada, que tantos dias trabalhou imaginando o dia em que seus filhos estariam formados, agora comemora mais um diploma, que é tão dela quanto meu. Conseguimos, mãe! Vamos comemorar!

Meu irmão Paulo, meu exemplo de determinação e responsabilidade. Seu apoio foi essencial para que eu chegasse aqui. Tenho muito o que agradecer.

Aos meus amigos, por me incentivarem e acreditarem em mim. Quem tem um amigo, tem um anjo. Sou muito abençoada pelos anjos que tenho comigo. A Elder pela compreensão e apoio em todos os momentos. Obrigada!

Aos meus professores, não somente da faculdade, mas de toda a vida, que construíram o alicerce para um aprendizado duradouro e que me marcaram, estando presentes desde a forma como escrevo até a forma como vejo meus pacientes. Obrigada! Agradeço especialmente à professora Cátia que me acompanhou no início desse trabalho e à professora Luciana que caminhou comigo no desenvolvimento e conclusão do mesmo. Muito obrigada

Demorou, mas chegou: Sou médica.

“A sorte segue a coragem!” (CORTELLA, 2018)

RESUMO

Objetivo: avaliar a tendência das internações por Hipertensão Arterial Sistêmica em Sergipe entre 2008 e 2017 e correlacionar as taxas de internações com a cobertura da Estratégia de Saúde da Família no estado e por regiões de saúde. **Metodologia:** Estudo ecológico, observacional descritivo, do tipo regressão linear das internações por Hipertensão Arterial em Sergipe. Foram incluídas todas as internações por Hipertensão Arterial Sistêmica cadastradas no DATASUS entre Janeiro de 2008 e Dezembro de 2017 e relacionadas com a cobertura da ESF do período. **Resultados:** Houve tendência de queda nas taxas de internações por Hipertensão Arterial no estado nos 10 anos avaliados e em 5 regionais de saúde. Apenas 1 região de saúde apresentou correlação negativa entre as taxas de internações por HAS e a cobertura da ESF, com p valor = 0,010. **Conclusões:** As internações por Hipertensão Arterial Sistêmica em Sergipe apresentaram tendência de decréscimo entre 2008 e 2017, independente da cobertura da ESF.

Palavras – chave: Hipertensão Arterial Sistêmica. Atenção Primária. Estratégia de Saúde da Família. Hospitalizações.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the trend of hospitalizations for arterial hypertension in Sergipe between 2008 and 2017 and to correlate hospitalization rates with Family Health Strategy coverage in the state and by health regions. **Methodology:** Ecological study, observational descriptive, from linear regression of hospitalizations for hypertension in Sergipe. All hospitalizations for hypertension registered in Hospital Information System of the Brazilian National Unified Health System (Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – DATASUS) between January 2008 and December 2017 in the estate were included and related to the Family Health Strategy coverage of the period. **Results:** There was a trend towards a drop in the rates of hospitalizations for hypertension in the state in the 10 years evaluated and in five health regionals. Only one health regional show negative correlation between hospitalizations and Family Health Strategy coverage. **Conclusions:** The hospitalizations for Hypertension in Sergipe showed a downward trend between 2008 and 2017 independent on the Family Health Strategy coverage.

Key-words: Hypertension. Primary Health Care Family Health Strategy. Hospitalizations.

SUMÁRIO

1 REVISÃO DA LITERATURA.....	8
1.1Hipertensão Arterial Sistêmica	8
1.2 Atenção Primária à Saúde e Cobertura de Estratégia de Saúde da Família	10
1.3 Interações por condições sensíveis à Atenção Primária em Saúde	12
2 ARTIGO	13
3 REFERÊNCIAS.....	31
ANEXO A – NORMAS DA REVISTA.....	34

1 REVISÃO DA LITERATURA

1.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial que compreende valores pressóricos elevados permanentemente. A 7^a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial classifica como hipertensos aqueles em que se observam valores pressóricos sistólicos ≥ 140 mmHg e/ou valores pressóricos diastólicos ≥ 90 mmHg.¹

Frequentemente as sociedades médicas nacionais e internacionais debruçam-se sobre a HAS, divulgando novas diretrizes para seu diagnóstico, prevenção e tratamento. Isso se deve à sua alta prevalência na população adulta e principalmente à associação entre a Hipertensão Arterial e o surgimento de doenças cardiovasculares¹, as quais se encontram entre as principais causas de morte no mundo² e, no Brasil, correspondem à primeira causa de morte.³

Em 2016, a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico observou frequência de diagnóstico de HAS em 25,7% dos indivíduos do conjunto das 27 cidades investigadas⁴. Houve predominância do sexo feminino e aumento do número de diagnóstico com o aumento da idade. Pessoas com menor nível de escolaridade tiveram maior frequência do diagnóstico de HAS.

No mesmo ano, o VIGITEL também obteve informações sobre excesso de peso/obesidade, uso crônico excessivo de álcool, tabagismo e vida sedentária. Esses elementos, acompanhados da ingestão excessiva de sal, são todos considerados fatores de risco modificáveis para o surgimento de Hipertensão Arterial Sistêmica.^{1, 5, 6, 7} Já a idade e o sexo são considerados fatores de risco não modificáveis.

Os dados encontrados foram uma frequência de 10,2% de adultos fumantes nas 27 cidades da pesquisa, sendo que 2,8% consumiam mais de 20 cigarros/dia. O uso abusivo de álcool nos 30 dias anteriores à pesquisa foi relatado por 19,1% dos adultos de forma geral e em 27, 3% dos homens.

Excesso de peso esteve presente em 53,8%, enquanto a obesidade apresentou frequência de 18,9%, principalmente entre as mulheres. De todos os adultos que compuseram o VIGITEL 2016, 45,1% faziam atividade física insuficiente (menos que 150 minutos semanais de atividades de intensidade moderada ou menos que 75 minutos semanais de atividades de intensidade vigorosa) e 13,7% sequer praticavam alguma atividade física.

Pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica podem apresentar complicações diversas pela exposição prolongada aos níveis tensionais elevados. Eventos como Infarto

Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Encefálico (AVE), Edema Agudo de Pulmão (EAP) são exemplos de complicações agudas associadas à Hipertensão Arterial Sistêmica.¹

Outras condições, mas de caráter crônico, como Insuficiência Renal, Insuficiência Cardíaca e retinopatias também estão diretamente relacionadas com a HAS e comprometem a qualidade de vida dos portadores dessa doença crônica tão comum.^{1,8}

A prevenção da Hipertensão Arterial Sistêmica e de suas complicações é baseada em mudanças nos hábitos de vida e controle da pressão arterial após o diagnóstico (o qual deve ser realizado de forma precoce) com modificações no estilo de vida e tratamento medicamentoso adequado.^{1,8}

No Brasil, o controle e a prevenção da HAS e suas complicações são responsabilidades atribuídas principalmente às equipes de Atenção Básica (AB)⁸. O Sistema Único de Saúde (SUS) oferece tratamento gratuito para a população diagnosticada com HAS. O Ministério da Saúde recomenda que somente os casos suspeitos de Hipertensão Arterial Secundária ou os casos não controlados com uso de 3 classes de medicações em dose plena sejam encaminhados para tratamento especializado, cabendo à Atenção Primária à Saúde (APS) a prevenção, diagnóstico, acompanhamento e controle dos demais casos de Hipertensão Arterial Sistêmica⁹.

1.2 Atenção Primária à Saúde e Cobertura de Estratégia de Saúde da Família

O SUS, regulamentado pela lei 8080 de 1990, estabelece que a saúde é um direito de todos e dever do Estado¹⁰. A Atenção Básica é considerada a porta de entrada do Sistema e é conceituada da seguinte forma:

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.¹¹

A mesma portaria considera os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS) como termos equivalentes e assim são abordados em todo o documento.

Como o SUS, a APS é fundamentada por princípios e diretrizes. Os três princípios norteadores: Universalidade, Equidade e Integralidade buscam garantir que a Atenção Básica seja o primeiro contato do usuário com o SUS e que ele receba cuidado individualizado quanto às suas diferenciações sociais, sem nenhum tipo de exclusão. Visam ainda garantir que o usuário tenha acesso a diferentes níveis de atendimento e cuidado a fim de ter todos os aspectos de sua saúde atingidos.

A Política Nacional de Atenção Básica defende que a APS deve ser resolutiva, identificando os riscos, necessidades e demandas de saúde e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo para proporcionar mais autonomia aos indivíduos e grupos sociais.¹¹

Por esse motivo, além dos princípios, as diretrizes orientadoras da Atenção Primária surgem como primordiais para a execução de uma APS eficaz. Através da Regionalização e Hierarquização¹¹, estabelecem-se recortes espaciais estratégicos para o planejamento, gestão e organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e desenham-se fluxos e referências entre as diferentes regiões e os diferentes níveis de cuidados ofertados por elas.

Tendo como ponto de partida a Territorialização e a Adscrição^{11,12}, a Atenção Básica apresenta-se responsável pelos territórios delimitados com todos os condicionantes e determinantes de saúde que atuam sobre a saúde dos indivíduos que compõem a população adscrita de determinado território.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é idealizada como ferramenta para reorganização da atenção básica no Brasil visando expandir, qualificar e consolidar a Atenção Primária.¹² Através da ESF busca-se que a Atenção Primária obtenha maior poder resolutivo e que as demandas atribuídas a APS sejam concretizadas nas áreas de saúde abrangidas pela estratégia.

Composta por equipes de Saúde da Família, a estratégia de Saúde da Família fundamenta-se no multiprofissionalismo, tendo obrigatoriamente ao menos um médico, um enfermeiro, um auxiliar e/ou técnico de enfermagem e os agentes comunitários de saúde (ACS) em cada equipe^{11,12}. Outros profissionais podem compor a equipe, mas não são necessários para a caracterização da equipe como uma equipe de Saúde da Família.

Após 25 anos do surgimento do Programa de Saúde da Família no Brasil, a cobertura da Estratégia de Saúde da Família alcançou aproximadamente 133.316.067 dos brasileiros em 2018, 64, 19% da população. Permanecem discrepâncias entre a cobertura nas diferentes regiões do país e as ações em busca da implantação e expansão da ESF continuam necessárias.¹³

1.3 Internações por condições sensíveis à Atenção Primária em Saúde

“As internações por condições sensíveis à atenção primária representam condições de saúde que podem ter o risco de hospitalização desnecessária diminuído, por meio de ações efetivas da atenção primária.”¹⁴.

As condições que são sensíveis à Atenção Primária (CSAP) no Brasil foram listadas na Portaria 221 de 2008.¹⁵ Esse documento define que a Lista Brasileira de Internações por CSAP deve ser utilizada como instrumento de avaliação da APS e da utilização hospitalar. Pode, portanto, ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde em âmbitos nacional, estadual e municipal.

A lista é composta por 19 grupos de causas de internações e diagnósticos, de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Considera outras listas de CSAP em outros países e a necessidade de se criar uma lista que reflita as características de saúde e doença no Brasil.¹⁵

A Hipertensão Arterial Sistêmica encontra-se entre as Condições Sensíveis à Atenção Primária. Isso implica dizer que caso a APS estabeleça estratégias para a prevenção, diagnóstico e tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica de maneira eficiente, internações desnecessárias pela HAS seriam evitadas no Brasil.

Considerando que a principal estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para expansão, qualificação e consolidação da APS no nosso país é a Estratégia de Saúde Família¹¹, espera-se que através dela as taxas de ICSAP apresentem redução importante.

De fato, o investimento financeiro e a expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na Atenção Primária já foram relatados como fatores associados à diminuição nas taxas de ICSAP em diferentes estados do país e o aumento da cobertura da ESF mostrou-se uma importante tática para a diminuição das hospitalizações pela Hipertensão Arterial Sistêmica e por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde como um todo .^{16,17,18,19,20}

2 ARTIGO**Internações por Hipertensão Arterial Sistêmica e
Estratégia de Saúde da Família em Sergipe****Hospitalizations due hypertension and Family
Health Strategy in Sergipe**

Elma Raiane Ramos Santos

elma.med.ufs@gmail.com

Luciana Guimarães Nunes de Paula ¹

lucymed59@gmail.com

1- Docente do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe

RESUMO

Objetivo: avaliar a tendência das internações por Hipertensão Arterial Sistêmica em Sergipe entre 2008 e 2017 e correlacionar as taxas de internações com a cobertura da Estratégia de Saúde da Família no estado e por regiões de saúde. **Metodologia:** Estudo ecológico, observacional descritivo, do tipo regressão linear das internações por Hipertensão Arterial em Sergipe. Foram incluídas todas as internações por Hipertensão Arterial Sistêmica cadastradas no DATASUS entre Janeiro de 2008 e Dezembro de 2017 e relacionadas com a cobertura da ESF do período. **Resultados:** Houve tendência de queda nas taxas de internações por Hipertensão Arterial no estado nos 10 anos avaliados e em 5 regionais de saúde. Apenas 1 região de saúde apresentou correlação negativa entre as taxas de internações por HAS e a cobertura da ESF, com p valor = 0,010. **Conclusões:** As internações por Hipertensão Arterial Sistêmica em Sergipe apresentaram tendência de decréscimo entre 2008 e 2017, independente da cobertura da ESF.

Palavras – chave: Hipertensão Arterial Sistêmica. Atenção Primária. Estratégia de Saúde da Família. Hospitalizações.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the trend of hospitalizations for arterial hypertension in Sergipe between 2008 and 2017 and to correlate hospitalization rates with Family Health Strategy coverage in the state and by health regions. **Methodology:** Ecological study, observational descriptive, type linear regression of hospitalizations for hypertension in Sergipe. All hospitalizations for hypertension registered in Hospital Information System of the Brazilian National Unified Health System (Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – DATASUS) between January 2008 and December 2017 in the estate were included and related to the Family Health Strategy coverage of the period. **Results:** There was a trend towards a drop in the rates of hospitalizations for hypertension in the state in the 10 years evaluated and in five health regionals. Only one health regional show negative correlation between hospitalizations and Family Health Strategy coverage. **Conclusions:** The hospitalizations for Hypertension in Sergipe showed a downward trend between 2008 and 2017 independent on the Family Health Strategy coverage.

Key-words: Hypertension. Primary Health Care Family Health Strategy. Hospitalizations.

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada pela elevação sustentada dos níveis pressóricos. Segundo a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial os níveis pressóricos elevados são aqueles em que a Pressão Arterial é ≥ 140 mmHg e/ou 90 mmHg¹.

No Brasil, a HAS, atinge cerca de 30% da população adulta ¹ e contribui direta ou indiretamente para a ocorrência de doenças cardiovasculares (DVC), principal causa de morte no país.². A prevenção, o diagnóstico e o tratamento da HAS são responsabilidades atribuídas à Atenção Primária à Saúde (APS)³, a qual é considerada porta de entrada do SUS e gerenciadora do fluxo entre as Redes de Atenção à Saúde nas diferentes regiões.^{4,5}

A Hipertensão Arterial Sistêmica consta na lista de Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), publicada pelo Ministério da Saúde em 2008⁶. As CSAP configuram todas as condições de saúde que podem ter suas internações desnecessárias diminuídas através da efetivação da APS⁷ e servem como instrumento de avaliação da Atenção Primária ofertada à população adscrita de determinada localidade.⁵

Desde 2006 a principal estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para expandir, qualificar e consolidar a Atenção Primária à Saúde é a Estratégia de Saúde da Família (ESF)^{8,9}. Mais da metade da população brasileira (64,1%) já é coberta pela ESF e apesar das diferenças regionais, a cobertura aumenta a cada ano.¹⁰

Estudos têm demonstrado que a expansão da Estratégia de Saúde da Família associou-se à queda das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) em estados como Santa Catarina, Espírito Santo, Minas Gerais e Mato Grosso do Sul.^(11,12,13,14)

Este estudo visa analisar as internações por Hipertensão Arterial Sistêmica, Condição Sensível à Atenção Primária, entre Janeiro de 2008 e Dezembro de 2017 e

correlacioná-las com a cobertura de Estratégia de Saúde da Família durante o período no estado de Sergipe.

METODOLOGIA

Estudo ecológico, observacional descritivo, do tipo regressão linear que busca analisar a tendência temporal das internações por Hipertensão Arterial Sistêmica em Sergipe e correlacioná-las com as taxas de cobertura da Estratégia de Saúde da Família, segundo regionais de saúde.

A partir da Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária⁶, foram incluídas todas as internações por Hipertensão Arterial Sistêmica, (CID 10: I10 e I11) no estado de Sergipe no período de Janeiro de 2008 a Dezembro de 2017. Posteriormente as internações foram agrupadas segundo as 7 regiões de saúde do estado, segundo o local de origem.

Os dados das internações hospitalares foram obtidos através do Sistema de Internações Hospitalares do SUS (SIH – SUS), disponibilizados mensalmente no Departamento de Informática do SUS (DATASUS). O SIH – SUS é alimentado com os dados das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), documento preenchido pelo médico referente a cada internação hospitalar financiada pelo setor público.

As informações sobre a população residente no estado e nas regionais de saúde durante o período, para cálculo das taxas de internações, foram obtidas a partir do *site* do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O total de internações foi analisado quanto à distribuição por sexo e faixa etária. Foram adotados 3 grupos de faixa etária, 0-19 anos, 20- 49 anos e 50 anos ou mais. As taxas de internação foram calculadas considerando-se o total de internações motivadas por Hipertensão Arterial Sistêmica de residentes do estado e das regiões dividido pela população no mesmo período multiplicada por 10.000 habitantes. Também calculou-se a média das taxas das internações por HAS no estado e regiões de saúde.

A cobertura de Estratégia de Saúde da Família foi calculada a partir da razão entre a população coberta pela ESF de cada região de saúde no último mês de cada ano dividida pelo

total de habitantes da região. As estimativas da população abrangida pela ESF em cada região foram obtidas através do *site* do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde que dispõe as informações sobre os municípios mensalmente a partir de cálculo pré-estabelecido (número de Equipes de Saúde da Família x 3450).

Foram analisadas as tendências das taxas de internações por HAS durante o período nas regionais de saúde e no estado de Sergipe. Além disso, as taxas de internações foram correlacionadas com a cobertura da ESF, buscando-se avaliar se havia aumento ou decréscimo das internações de acordo com a cobertura da Estratégia de Saúde da Família.

A análise estatística foi realizada no software Rstudio versão 1.2.1335. Para o teste de normalidade foi aplicado o teste de Shapiro Wilk. Para a análise das médias foram utilizados os testes de t de Student e ANOVA para variáveis normais e o teste de Kruskal Wallis para as variáveis não normais. A análise de tendência dos dados foi feita por meio de regressão através dos modelos linear-linear e o log-linear.

Para a análise de correlação foi utilizado o coeficiente de Pearson acompanhado de um teste de significância. Para todos os testes adotou-se um nível de significância de 5% ($p < 0,05$) e um intervalo de confiança de 95%.

RESULTADOS

Entre Janeiro de 2008 e Dezembro de 2017 ocorreram 7164 internações por Hipertensão Arterial Sistêmica no estado de Sergipe. O sexo feminino foi predominante entre as internações ($p < 0,0001$). Os pacientes com mais de 50 anos representaram a maioria da amostra, seguidos dos pacientes entre 19 e 50 anos e menores que 19.

A região de Propriá apresentou a maior taxa de internação dentre as regiões e a de Glória apresentou a menor taxa e essa diferença mostrou-se estatisticamente significativa com $p < 0,0001$. A distribuição do total das internações por regionais de saúde, e as médias do total e taxas de internações a cada 10.000 habitantes entre 2008 e 2017 pode ser vista na Tabela 1. Na tabela 2 encontra-se a cobertura da ESF por região de saúde em cada ano do período.

Tabela 1 – Distribuição e médias das internações e taxas de internações por HAS/10.000 hab em Sergipe e por regional de saúde entre 2008 e 2017.

Região de Saúde	Total	Internações	
		Média $\pm$ DP*	Média Taxa de Internações/10.000 habitantes $\pm$ DP*
Aracaju	1823	182,3 $\pm$ 48,2	2,4 $\pm$ 0,8
Estância	482	48,2 $\pm$ 17,3	2,2 $\pm$ 0,9
Glória	227	22,7 $\pm$ 13,4	1,4 $\pm$ 0,9
Itabaiana	370	37 $\pm$ 29,9	1,8 $\pm$ 1,9
Lagarto	455	45,5 $\pm$ 24,9	1,8 $\pm$ 1,0
Propriá	2569	256,9 $\pm$ 35,8	16,4 $\pm$ 2,2
Socorro	1238	123,8 $\pm$ 32,5	3,8 $\pm$ 0,8
Sergipe	7164	716,4 $\pm$ 102,0	3,4 $\pm$ 0,6

Fonte: Dados da pesquisa

*DP: Desvio padrão

Tabela 2- Cobertura da ESF anual e média entre 2008 e 2017 nas regiões de saúde e em Sergipe.

Ano	Cobertura ESF por região de saúde							
	Aracaju	Estância	Itabaiana	Lagarto	Glória	Propriá	Socorro	Sergipe
2008	85%	78,0%	87,3%	59,5%	82,4%	95,1%	98,5%	84,6%
2009	86,24%	94,0%	84,8%	59,5%	84,0%	99,8%	99,2%	85,9%
2010	87,53%	90,0%	85,4%	57,7%	84,6%	98,3%	98,8%	86,7%
2011	84,45%	87,0%	76,8%	53,0%	67,5%	99,7%	99,3%	84,8%
2012	85,30%	88,0%	78,6%	61,2%	76,9%	96,9%	94,5%	83,7%
2013	81,4%	86,5%	84,2%	54,7%	79,7%	96,9%	95,8%	87,75%
2014	80,2%	92,9%	83,6%	75,9%	94,8%	96,4%	94,7%	88,4%
2015	77,41%	80,9%	82,9%	79,4%	93,8%	96,1%	92,5%	88,2%
2016	67,85%	91,7%	82,3%	74,8%	77,8%	97,9%	92,4%	83,6%
2017	66,05%	93,63%	85,31%	78,11%	94,48%	97,18%	98,03%	83,9%
Média	80,14%	88,26%	83,1%	65,36%	83,6%	97,43%	96,37%	85,76%

Fonte: Dados da pesquisa

A taxa de internações no estado apresentou decréscimo anual de 4,98%, com significância estatística ($p = 0,0027$). Considerando-se as regiões de saúde, cinco regiões mostraram tendência de queda nas taxas de internações, com significância para as regiões de Aracaju, Estância, Itabaiana e Glória. As exceções foram as regionais de Lagarto e Socorro, as quais mostraram-se tendenciosas a aumento das taxas de internações. ($p < 0,05$).

A região de Itabaiana foi a que apresentou maior queda anual nas taxas de internações por HAS, 28,58%, enquanto a regional de Lagarto apresentou aumento anual de 14,82% nas taxas de internações por HAS no período. Na tabela 3 encontra-se a distribuição das taxas de internações por HAS nos anos avaliados por região de saúde e no estado de Sergipe e na tabela 4 encontra-se a variação anual das taxas de internações.

Tabela 3: Distribuição anual das taxas de internações por HAS em Sergipe e Regionais de Saúde entre 2008 e 2017.

Taxa Internações anuais por HAS em Sergipe e Regionais de Saúde								
Ano	Aracaju	Estância	Itabaiana	Lagarto	Glória	Propriá	Socorro	Sergipe
2008	4.09	3.66	6.64	0.90	2.94	18.00	4.29	4.93
2009	3.65	3.49	2.40	0.50	2.69	18.05	2.58	4.01
2010	2.55	2.48	2.86	0.91	2.28	15.84	2.69	3.42
2011	2.48	2.85	1.59	3.38	1.09	15.16	3.07	3.46
2012	2.18	1.65	1.28	1.02	1.46	15.22	3.54	3.03
2013	1.90	1.67	1.02	1.61	0.54	18.48	3.91	3.13
2014	1.81	1.65	0.81	1.91	1.13	19.28	4.44	3.28
2015	2.16	2.46	0.24	2.99	0.53	17.25	5.04	3.45
2016	1.48	1.22	0.56	2.35	0.88	12.26	4.69	2.63
2017	1.78	1.09	0.55	2.45	0.75	14.11	4.05	2.78

Fonte: Dados da Pesquisa

Tabela 4 – Médias das taxas de internações e variação percentual anual das taxas de internações/ 10.000 habitantes por região de saúde entre 2008 e 2017.

Região	Média Taxa Internações/10.000 habitantes	Variação Percentual/ano	R ²	P-valor
Aracaju	2,4071	-9,51%	0,8113	0,0004*
Estância	2,2225	-12,02%	0,7485	0,0012*
Glória	1,4299	-17,12%	0,6862	0,0030*
Itabaiana	1,7959	-28,58%	0,8242	0,0003*
Lagarto	1,8050	14,82%	0,5205	0,0185*
Propriá	16,3636	-2,16%	0,2136	0,179
Socorro	3,8292	4,86%	0,4012	0,0493*
Sergipe	3,41	-4,98%	0,6958	0,0027*

Fonte: Dados da pesquisa

O coeficiente de correlação de Pearson mede o grau da correlação entre duas variáveis, variando de -1 a 1, sendo que quanto mais próximo de 1, maior a correlação positiva entre tais variáveis e quanto mais próximo de -1, maior a correlação negativa. Estar próximo de zero significa que as duas variáveis não dependem linearmente uma da outra.

Através do coeficiente de Pearson observou-se uma fraca correlação entre a cobertura de ESF e as taxas de internações no estado como um todo e na maioria das regiões. A exceção foi a região de Socorro, que apresentou forte correlação negativa, com p valor = 0,010. Isso mostra que na região de Socorro, há uma correlação inversa entre as taxas de internações por HAS e a cobertura da ESF, quando uma das variáveis aumenta, a outra diminui e vice-versa. (Tabela 5).

Tabela 5: Coeficiente de Correlação de Pearson entre as taxas de internações por HAS e a cobertura da ESF entre 2008 e 2017 em Sergipe e regionais de saúde.

Região	Média Taxa Internações/10.000 habitantes	Média Cobertura de ESF	Coeficiente de Correlação de Pearson	P-valor
Aracaju	2,4071	80,14%	0,6280	0,052
Estância	2,2225	88,26%	- 0,4669	0,174
Glória	1,4299	83,6%	-0,1180	0,745
Itabaiana	1,7959	83,1%	0,4474	0,195
Lagarto	1,8050	65,36%	0,4035	0,248
Própria	16,3636	97,43%	-0,3042	0,393
Socorro	3,8292	96,37%	-0,7648	0,010*
Estado de Sergipe	3,41	85,76%	0,1005	0,782

Fonte: dados da pesquisa

DISCUSSÃO

Do total das internações ocorridas por Hipertensão Arterial Sistêmica em Sergipe nos 10 anos avaliados nesse estudo, observou-se predominância do sexo feminino em todos os anos e as mulheres representaram 62,9% das internações nesse tempo. Nedel *et al*¹⁵ já havia relatado que o sexo feminino é um fator relacionado ao aumento da probabilidade de internação por CSAP em seu trabalho sobre as Condições Sensíveis à Atenção Primária em Bagé, RS.

Avaliando as internações por condições cardiovasculares sensíveis à APS em municípios goianos, Batista *et al*¹⁶ obteve em sua amostra preponderância feminina e resultados semelhantes foram encontrados em estudo sobre internações hospitalares por HAS essencial no Brasil¹⁷. Mulheres procuram mais os serviços de saúde, especialmente para exames de rotina e prevenção, internam mais¹⁸ e são a maioria da população que se autorrefere como hipertensa¹⁹.

Neste trabalho os indivíduos com idade igual ou superior a 50 anos corresponderam a maioria das internações. A idade está diretamente relacionada ao surgimento da Hipertensão Arterial^{1, 20} e o aumento da expectativa da vida aliado à exposição de fatores de risco contribui para o maior número de hipertensos²¹ o que pode acarretar o aumento de internações por essa causa.

A média das taxas de internações por HAS no estado entre 2008 e 2017 (3,4/10.000 hab) foi superior a encontrada no Brasil no mesmo período (0,57/10.000 hab), mas inferior à média nordestina, que foi de 3,94/10.000 habitantes.²² O estado apresentou uma queda anual 4,98% nas taxas de internações por HAS durante os 10 anos analisados. A tendência de queda foi significativa estatisticamente. A diminuição nas taxas de ICSAP foi relatada em outros estudos. Em Florianópolis, entre 2001 e 2011 houve queda anual de 3% nas internações por CSAP¹¹. Mesma tendência foi vista no Paraná²³, Mato Grosso do Sul¹⁴ e Pernambuco.²⁴

Em trabalhos que visaram o estudo de doenças cardiovasculares, notou-se decréscimo nas taxas de internações²⁵ e no total das internações por Hipertensão Arterial^{17,26},

inclusive quando analisadas as regionais de saúde, notando-se queda mais evidente na região metropolitana do Paraná²⁶.

Os dados de Sergipe mostraram queda nas taxas de internações por HAS em 5 das 7 regionais de saúde (Aracaju, Estância, Glória, Itabaiana e Propriá). O estado vivenciou queda importante dos leitos hospitalares²⁷ e a disponibilidade de leitos relaciona-se a aumento das internações por condições sensíveis à Atenção Primária.¹²

Lagarto e Socorro apresentaram aumento das internações e essa tendência foi estatisticamente significativa. A região de Lagarto iniciou parceria com a rede de hospitais universitários do país em 2015 e o triênio 2015-2017 foi o que apresentou maior taxa média de internações por HAS na região entre 2008 e 2017. A internação em hospital universitário foi descrita como fator de maior probabilidade de diagnóstico de CSAP em pacientes internados em estudo do Rio Grande do Sul.¹⁵

Já a regional de Socorro apresentou queda da cobertura da ESF entre 2012 e 2016, e foi a única região em que a diminuição da população coberta pela ESF foi significativamente relacionada ao aumento das internações por HAS.

Não se observou correlação entre as taxas de internações por Hipertensão Arterial Sistêmica gerais do estado e a cobertura da ESF. Ao avaliarmos as regiões de saúde, tornou-se possível correlacionar a população abrangida pela principal estratégia da Atenção Primária no Brasil e as taxas de internações motivadas pela Hipertensão Arterial Sistêmica na regional de Socorro. Isso pode ser explicado pelas discrepâncias entre as coberturas médias das diferentes regiões e que deve ser considerada na comparação das taxas de ICSAP como indicador de avaliação da APS.¹⁴

Em Socorro, as taxas de internações por HAS aumentaram à medida que a população estimada coberta pela Estratégia de Saúde da Família diminuiu. A correlação negativa foi forte, com coeficiente de Pearson -0,7648 e p valor = 0,010.

Consta ainda o fato de que não foi objetivo desse estudo avaliar a qualidade da Atenção Primária e das equipes de Estratégia de Saúde da Família do estado. Mais que a implantação da ESF nas regiões, a correta organização e seguimento dos princípios fundamentais da APS são determinantes na diminuição das hospitalizações por Condições Sensíveis à Atenção Primária.¹¹

Além disso, as taxas de cobertura da ESF já se apresentaram elevadas desde o início e permaneceram estáveis na maioria das regiões. Estudos futuros que visem uma análise retrospectiva do período de maior ascensão da cobertura da ESF no estado podem encontrar correlação mais forte entre as internações por HAS e a cobertura da ESF em Sergipe.

A fonte de dados utilizada, apresenta limitações quanto ao fato de ser atualizada mensalmente e estar sujeita a variações próprias de dados secundários, como a interferência dos operadores que alimentam o sistema. Além disso, o Sistema de Internações Hospitalares (SIH-SUS) não informa se os dados registrados correspondem a reinternações, o que pode superestimar as internações ocorridas. Em contrapartida, os dados provenientes da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) que se relacionam ao diagnóstico de Hipertensão Arterial foram considerados de alta confiabilidade.²⁸

Esse estudo acrescenta que no estado de Sergipe há uma tendência da queda das taxas de internações motivadas por Hipertensão Arterial Sistêmica, independente da cobertura da ESF. Acrescenta ainda que dentre as regionais de saúde do estado, somente Socorro apresentou forte correlação negativa entre as taxas de internações por HAS e a cobertura da Estratégia de Saúde da Família.

São necessários mais estudos para elucidação das características da Atenção Primária e ESF no estado, quanto à qualificação das equipes, serviços disponibilizados, estrutura e qualidade da atenção prestada à população, tomando por base os trabalhadores da APS e seus usuários.

Diante da alta cobertura média do estado durante os 10 anos do estudo, ações voltadas para integralidade e qualidade da assistência, como prontuário eletrônico, educação permanente, acesso regular a medicamentos anti-hipertensivos e ferramentas de melhor vigilância do controle da doença crônica nos grupos de risco de cada equipe e municípios podem ser a chave para estabelecer melhor a relação entre a Hipertensão Arterial Sistêmica, enquanto condição sensível à Atenção Primária, e a Estratégia de Saúde da Família no estado de Sergipe.

REFERÊNCIAS

- 1- Sociedade Brasileira de Cardiologia. VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq. Bras. Cardiol. São Paulo, v.107, n.3, 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2016004800014&lng=es&nrm=iso , acesso em 16 mar. 2018.
- 2-Brasil. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Número de óbitos por grupos de causas. Disponível em <http://sage.saude.gov.br/#>. Acesso em:16 mar. 2018.
- 3-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf Acesso em 11 fev.2019
- 4-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em:11 fev. 2019.
- 5-Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 2436, de 21 de set. de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 set. 2017. p.68. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031. Acesso em :05 fev. 2019.
- 6-Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 221, de 17 de Abril de 2008. Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2008. Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html Acesso em: 10 jan. 2019.
- 7-Alfradique, ME.; Bonolo, PF.; Dourado, I.; Lima-Costa, M F.; Macinko, J.; Mendonça, CS.; Oliveira, VB.; Sampaio, LFR.; De Simoni, C.; Turci, M. A. 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 [online], v.25, n.6, p.1337-1349, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/16.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2019
- 8-Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 648, 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 de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 mar. 2006. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf. Acesso em: 12 jan. 2019.

9-Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 out. 2011. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 12 jan. 2019.

10-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Informação e Gestão da Atenção Básica. Histórico de Cobertura. Relatório Cobertura da Atenção Básica. Disponível em <

<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.xhtml>> Acesso em 15 fev. 2019

11-Brasil, VP.; Costa, JSD. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina-estudo ecológico de 2001 a 2011. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 25, n. 1, p. 75-84, 2016. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222016000100075&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 14 dez. 2018.

12-Pazó, RG.; Frauches, DO.; Molina, MCB.; Cade, NV. Panorama das internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil, 2000 a 2014. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-12, 2017. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1546>. Acesso em: 10 out. 2018.

13-Oliveira, ESEB.; Oliveira, VB.; Caldeira, AP. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Minas Gerais, entre 1999 e 2007. Rev. baiana saúde pública, Salvador, v. 41, n. 1, p., 2017. Disponível em:

<http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2322>. Acesso em: 3 nov. 2018.

14-Campos, AZ.; Theme-Filha, MM. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, p. 845-855, 2012. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000500004. Acesso em: 3 nov. 2018

15-Nedel, F B.; Facchini, L A.; Martín-Mateo, M.; Vieira, L. A. S.; Thumé, E. Programa Saúde da Família e Condições Sensíveis à Atenção Primária, Bagé(RS). Rev. Saúde Pública [online], São Paulo, v.42, n.6, p.1041-1052, 2008. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000600010&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 3 nov. 2018.

16-Batista, S RR.; Jardim, PCBV.; Souza, ALL.; Salgado, CM. Hospitalizações por condições cardiovasculares sensíveis à Atenção Primária em municípios goianos. Rev. Saúde Pública [online], São Paulo, v. 46, n.1, 2012. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000100005. Acesso em: 03 nov. 2018.

17-Santos, SS.; Vasconcelos, DFS. A. Hospitalizações por Hipertensão Arterial Essencial em caráter de urgência no Brasil, 2008-2012. Rev. Ciênc. Méd. Biol., Salvador, v.12, especial,

p.465-471, dez.2013. Disponível em:

<https://portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/viewFile/9191/6758>, Acesso em 16 mar. 2018

18-Pinheiro, RS.; Viacava, F.; Travassos, C.; Brito, AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização dos serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v 7, n.4, p. 687-707, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14599.pdf> Acesso em: 16 mar. 2018

19-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em < <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/02/vigitel-brasil-2016.pdf>> Acesso em 11 fev. /2019

20-Lobo, LAC.; Canuto, R.; Dias-da-Costa, JS.; Patussi, MP. Tendência temporal da prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 6, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017000605003&script=sci_abstract&tlng=pt, Acesso em: 05 maio 2018.

21-World Health Organization. A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis. World Health Day 2013. Geneva: World Health Organization; 2013. Disponível em: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en/. Acesso em: 06 mar. 2019.

22-Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Morbidade hospitalar do SUS por local de residência. Internações por região segundo lista morbidade CID-10- período 2008- 2017. Disponível em< <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nruf.def>>. Acesso em: 12/04/2019.

23-Lentsck, MH; Saito, AC.; Mathias, TAF. Decline in hospitalization trend for cardiovascular diseases sensitive to primary healthcare. *Texto & Contexto-Enfermagem*, Florianópolis, v. 26, n. 2, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000200326. Acesso em: 05 maio 2018.

24-Albuquerque EC.; Mendonça, SS. Profile of hospital admissions for primary care sensitive conditions in Pernambuco State, Brazil, 2008-2012. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v.23, n. 3, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222014000300463 Acesso em: 01 mar. 2019.

25-Lentsck, MH; Saito, AC.; Mathias, TAF. Trends in hospitalization due to cardiovascular conditions sensitive to primary health care. *Rev. bras. Epidemiol*, São Paulo, v. 18, n. 2, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000200372. Acesso em: 01 mar. 2019.

26-Mello, JM.; Borges, PKO.; Muller, EV.; Grden, CRB.; Pinheiro, FK.; Borges, WS. Internações por doenças crônicas não transmissíveis do sistema circulatório sensíveis à atenção primária. *Texto & Contexto-Enfermagem*, Florianópolis, v. 26, n. 1, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt_0104-0707-tce-26-01-e3390015.pdf. Acesso em: 01 mar. 2019.

27- CNM. Brasil perdeu 23.091 leitos hospitalares em dez anos. 2018. Disponível em: <<https://www.cnm.org.br/biblioteca/exibe/3622>>. Acesso em: 09 mar. 2018.

28-Veras, CMT.; Martins, MS. A confiabilidade dos dados nos formulários de AIH. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.339-355, 1994. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1994000300014&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 09 mar. 2018

3 REFERÊNCIAS

- 1- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA . VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivo Brasileiro Cardiolgia**. São Paulo, v.107, n.3, 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2016004800014&lng=es&nrm=iso , acesso em 16 mar. 2018.

- 2-World Health Organization. **The top 10 causes of death**. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>. Acesso em 20 mar. 2018

- 3- BRASIL. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. **Número de óbitos por grupos de causas**. Disponível em <<http://sage.saude.gov.br/#>>. Acesso em:16 mar. 2018

- 4 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.Disponível em < <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/02/vigitel-brasil-2016.pdf>> Acesso em 11 fev. 2019.

- 5- SOUZA, D. S. M. Alcool e hipertensão. Fatores epidemiológicos, fisiopatológicos e clínicos. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 21, n. 2, 2014. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/21-2.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2018.

- 6 -BOMBIG, M.T.N.; FRANCISCO, Y. A.; MACHADO, C.A. A importância do sal na origem da hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 21, n. 2, 2014. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881408/rbh-v21n2_63-67.pdf. Acesso em 04 abr. 2018.

- 7-AZIZ, J. L. Sedentarismo e hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v, 21, n. 2, 2014. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881411/rbh-v21n2_75-82.pdf. Acesso em: 04 abr. 2018.

- 8-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em < http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf> Acesso em 11 fev. 2019.

9-Brasil. Ministério da Saúde. Cardiologia. **Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada; v. 2.** Brasília, 2016. Disponível em:< http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/Protocolos_AB_Vol2_Cardiologia.pdf> . Acesso em 11 fev. 2019.

10-BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 8080, de 19 setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 11 fev. 2019.

11-BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 set. 2017. p.68

12- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em:11 fev. 2019.

13-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Informação e Gestão da Atenção Básica. **Histórico de Cobertura.** Relatório Cobertura da Atenção Básica. Disponível em < <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.xhtml>> Acesso em 15 fev. 2019.

14-ALFRADIQUE, M. E. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). **Cadernos de Saúde Pública** [online], v.25, n.6, p.1337-1349, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/16.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2019.

15-BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 221, de 17 de Abril de 2008. Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2008. Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html Acesso em: 10 jan. 2019.

16-BRASIL, V. P.; COSTA, J. S. D. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina-estudo ecológico de 2001 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 75-84, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222016000100075&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 14 dez. 2018.

17-PAZÓ, R. G. *et al.* Panorama das internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil, 2000 a 2014. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-12, 2017. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1546>. Acesso em: 10 out. 2018.

18-LENTSCK, M. H; SAITO, A. C.; MATHIAS, T. A. F. Decline in hospitalization trend for cardiovascular diseases sensitive to primary healthcare. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 2, 2017. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000200326,

Acesso em 7 mar. 2019.

19-CAMPOS, A. Z.; THEME-FILHA, M. M. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a

2009. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, p. 845-855, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000500004)

[311X2012000500004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000500004). Acesso em: 3 nov. 2018

20-OLIVEIRA, E. S. E. B.; OLIVEIRA, V. B.; CALDEIRA, A. P. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Minas Gerais, entre 1999 e 2007. **Revista baiana de saúde pública**, Salvador, v. 41, n. 1, p., 2017. Disponível em:

<http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2322>. Acesso em: 3 nov. 2018.

ANEXO A – NORMAS DA REVISTA

INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicado sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais. Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates inter pares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.

- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.

- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de

selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.

- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos. O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos:

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz. A revista C&SC adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na Rev Port Clin Geral 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço). Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

Não há taxas e encargos da submissão

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .doc) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.

5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excell e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de “quebra de página”. Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.

2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo: ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF”¹¹ ... ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza⁴, a cidade...” As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores sem utilizar a expressão et al.)
Pelegriini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. Cien Saude Colet 2005; 10(2):275-286.