

1. INTRODUÇÃO

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) encontra-se em constante evolução e implementação de meios legais e normativos, cuja função primordial é o gerenciamento das formas de financiamento e organização dos sistemas estaduais e municipais de saúde, alicerçados na autonomia e gestão dos municípios, enquanto raiz política administrativa do Estado (KLEKOWSKY, 1984).

A Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988) no capítulo VIII da Ordem social e na seção II referente à Saúde define no artigo 196 que: “A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

O SUS é definido pelo artigo 198 (BRASIL, 1988) do seguinte modo: “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único”. Apesar do SUS ter sido criado na Constituição de 1988, somente foi regulamentado em 19 de setembro de 1990 através da Lei 8.080. Esta lei conhecida como lei orgânica da saúde, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde.

A Lei 8.080 (BRASIL, 1990) estabeleceu que a forma de repasse de recursos financeiros a serem transferidos para estados e municípios deveria ser baseada nos seguintes critérios: perfil demográfico; perfil epidemiológico; rede de serviços instalada; desempenho técnico; ressarcimento de serviços prestados.

No período de 1991 a 1996, o governo começa a editar as chamadas Normas Operacionais Básicas (NOB), que são instrumentos normativos com o objetivo de regular a transferência de recursos financeiros da união para estados e municípios, o planejamento das ações de saúde, os mecanismos de controle social, dentre outros (BRASIL, 1991, 1993, 1996).

A busca de modelos assistenciais que tenham como base, a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, se iniciou no Brasil, no final da década de 80, com o Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS). Anos após, a Declaração de Alma – Ata, URSS, (1978) que aconteceu durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde e expressou a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que

trabalhavam nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo (TAKEDA, 1995; MENDES, 1993; PAIM, 1993). Assim, a promoção da saúde foi proposta como um processo de capacitação e apoio a comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, participando no controle deste processo.

A portaria nº 648 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), define a Atenção Básica como um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação. Essas ações propiciariam a otimização da relação custo benefício com a diminuição de internação por causas sensíveis (GREEN, 2001).

Atualmente, usa-se o termo Atenção Primária a Saúde (APS), que se caracteriza pela reorganização da Atenção Básica buscando organizar a demanda de forma continuada e racional com ênfase na integralidade da assistência e cuidado (BENSING, 2000; STEWART *et al*, 1995). O indivíduo é visto como sujeito, integrado a família.

Para STARFIELD (2002) a Atenção Primária é o nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção centrada na pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar por terceiros.

A APS tem o desafio de equilibrar a melhoria da saúde da população com a equidade na distribuição dos recursos (STARFIELD, 2002). Estudos demonstram que o número de médicos generalistas na atenção primária por habitante tem efeito positivo sobre indicadores vitais como mortalidade global, mortalidade por cardiopatia isquêmica, mortalidade por câncer, mortalidade neonatal, expectativa de vida ao nascer e baixo peso ao nascer (SHI, 1994 e 1992; FARMER *et al*, 1991). MACINKO *et al*, 2006, demonstra redução da Mortalidade Infantil com incremento de 10% na cobertura de Saúde da Família, de acesso à água e a de leitos hospitalares.

Em 1994, o Ministério da Saúde do Brasil implantou o Programa Saúde da Família (PSF) com propósito de “reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros” (BRASIL, 1998). A Equipe de Saúde da Família (eSF) segundo a Política Nacional de Atenção Básica teve ser composta por equipe

multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde, entre outros (BRASIL, 2006, pag.19).

O Programa Saúde da Família (PSF) é uma estratégia que tem gerado muitos frutos, pois possibilita a organização do sistema municipal de saúde para contemplar os pontos essenciais de qualidade na Atenção Primária mantendo o foco da atenção nas famílias da comunidade (INSTITUTE OF MEDICINE OF THE NATIONAL ACADEMIES, 1994; SAFRAN, 1998; FLOCKE, 1997; STARFIELD, 1998).

Em Minas Gerais, o PSF já está presente em 823 municípios do Estado (96%) e conta com uma abrangência de atendimento de 63% da população (MINAS GERAIS, 2007). É o Estado que tem o maior número de equipes do PSF no Brasil, totalizando 4054 equipes em fevereiro de 2011. No entanto, existem diferenças de cobertura nas várias regiões do Estado, já que a participação no programa depende do interesse dos municípios.

De acordo com a gerência de Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde, o Norte de Minas, por exemplo, conta com uma participação de 100% dos municípios da região, "Os municípios do Norte de Minas aderiram integralmente ao programa devido às dificuldades de manter médicos na região" (MINAS GERAIS, 2007). Os municípios da região norte de Minas Gerais tem dificuldade em manter os profissionais médicos nas localidades menores, que são distantes dos grandes centros e aderiram de maneira integral ao PSF com a implantação das equipes de saúde da família atualmente detêm 100% de cobertura (MINAS GERAIS, 2007).

O Estado de Minas Gerais se destaca pela criação e manutenção do Programa Saúde em Casa, este vem contribuindo para o desenvolvimento do PSF no Estado. O Programa Saúde em Casa, além dos incentivos do governo federal, repassa aos municípios que participam do PSF incentivos e recursos estaduais. O Programa Saúde em Casa está, por exemplo, financiando a construção de unidades físicas de atendimento à saúde nos municípios, além de já ter adquirido mais de 800 veículos para ajudar no transporte das equipes, "O Estado está procurando investir na melhoria dos locais de atendimento e em equipamentos, pois são itens essenciais na melhoria da qualidade de atendimento da população (MINAS GERAIS, 2007).

Dentre as principais metas do PSF, esta a redução das internações por causas sensíveis a Atenção Primária, pois a equipe capacitada e organizada é capaz de resolver

cerca de 80% da demanda por serviços de saúde de uma comunidade, e somente 5 a 20% dos casos são encaminhados para serviços de referência.

Segundo Alfradique *et al* (2009), no contexto internacional tem sido estudado o uso de indicadores da atividade hospitalar como medida da efetividade da atenção primária à saúde.

Um desses indicadores, denominado *ambulatory care sensitive conditions*, foi desenvolvido por Billings *et al.* na década de 1990, como corolário do conceito de mortes evitáveis. Traduzindo livremente para o português como *condições sensíveis à atenção primária*, representam um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da atenção primária diminuiria o risco de internações”(ALFRADIQUE *et al*, 2009, pag.1337).

As internações por condições sensíveis à atenção primária em 2006 foram responsáveis por 2.794.444 entre as 9.812.103 internações pelo SUS, correspondendo a 28,5% do total de hospitalizações, excluindo-se partos (ALFRADIQUE *et al*, 2009)..

No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas. Além disso, essas doenças foram a primeira causa de internação no setor público, entre 1996 e 1999, e responderam por 17% das internações de pessoas com idade entre 40 e 59 anos (ALMEIDA *et al*, 2003) e 29% daquelas com 60 ou mais anos (LIMA e COSTA, 2000). A Hipertensão Arterial foi responsável em 2006 por 146.426 internações, 5,2% das internações por condições sensíveis à atenção primária (ALFRADIQUE *et al*, 2009).

A Hipertensão essencial (primária) é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente (PASSOS *et al*, 2006, p.36).

A identificação da doença hipertensiva na população não é tarefa fácil, pois exige mensuração da pressão arterial e informações a respeito do uso recente de medicação anti-hipertensiva. Estudos epidemiológicos sobre a Hipertensão essencial (primária) são fundamentais para conhecer a distribuição da exposição e do adoecimento e as condições que influenciam a dinâmica de risco e controle na comunidade.

Estudos epidemiológicos e ensaios clínicos já demonstraram a drástica redução da morbimortalidade cardiovascular com o tratamento da hipertensão arterial, dentre eles: *The*

sixth report of the Joint National Committee on Prevention, detection evaluation and treatment of high blood pressure (1997); Veterans Administration Coopertative Study Group on Antyhipertensive Agents (1997).

Nos países em desenvolvimento, o crescimento da população idosa associado às mudanças nos padrões alimentares e no estilo de vida, tem refletido sobre o padrão de morbimortalidade. No Brasil, os avanços da medicina e as melhorias nas condições gerais de vida da população repercutem no sentido de elevar a média de vida do brasileiro (expectativa de vida ao nascer) de 45,5 anos de idade, em 1940, para 72,7 anos, em 2008, ou seja, mais 27,2 anos de vida. Segundo a projeção do IBGE, o país continuará galgando anos na vida média de sua população, alcançando em 2050 o patamar de 81,29 anos (IBGE, 2008). Uma consequência desse envelhecimento populacional é o aumento das prevalências de doenças crônicas, entre elas a hipertensão (WHO, 1998).

A Hipertensão essencial (primária) é reconhecidamente um sério problema de Saúde Pública e um dos grandes desafios são os baixos índices de controle, que não são uma realidade apenas brasileira, mas de todo o mundo.

O presente trabalho buscou conhecer o perfil das internações por Hipertensão arterial no município de Medina, Minas Gerais, no período de 2000 a 2010 e estudar as ações do PSF voltadas para redução das internações por causas sensíveis a Atenção Primária em Saúde com foco na hipertensão essencial (primária).

2. OBJETIVO

Estudar a evolução e o perfil das internações hospitalares por Hipertensão essencial (primária) no município de Medina, MG, no período de 2000 a 2010 e descrever as ações prestadas aos hipertensos pela ESF que buscam a redução de internações por causas sensíveis a APS, com foco na hipertensão arterial.

2.1. Objetivos Específicos

- Conhecer a situação das doenças do aparelho circulatório no Brasil e Minas Gerais e a prevalência da Hipertensão arterial (HAS);

- Conhecer o perfil das internações por HAS de residentes no município de Medina;
- Descrever a atenção prestada pelas ESF aos hipertensos no município de Medina.

3. MATERIAL E MÉTODO

O presente estudo foi realizado por meio de levantamento bibliográfico de publicações referentes ao processo de construção do SUS e os princípios centrais que orientam a atenção primária em saúde. Foram realizadas pesquisas de artigos científicos nas bases de dados Medline e LILACS, com os termos de busca: Hipertensão essencial (primária), Internações hospitalares e Atenção Básica. O período consultado foi de 1978 a 2011, sendo obtidos nesse levantamento 173 artigos e selecionados 39 artigos para este estudo.

Foram pesquisados documentos técnicos da Prefeitura Municipal de Medina e da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais para a caracterização do município referido e descrição das ações voltadas para o tratamento da Hipertensão essencial (primária) presentes nos protocolos assistenciais.

Para a análise da evolução das internações hospitalares por Hipertensão Essencial foi realizada busca de dados sobre Morbidade hospitalar por local de residência no período de 2000 a 2010, no Sistema de Informação Hospitalar (SIH), por meio dos dados disponíveis no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) (BRASIL, 2011), para avaliação da série histórica das internações ocorridas no Brasil, no estado de Minas Gerais e no município de Medina.

3.1. Caracterização do Campo de Estudo

Medina é uma cidade localizada no Nordeste de Minas Gerais (Fig.1), mais especificamente no Baixo Jequitinhonha e na porção oriental da BR116. Iniciou-se como povoado em 1824 com nome de Santa Rita, e em 1877 foi construída a primeira capela com párocos de Araçuaí. O povoado foi emancipado em 17 de dezembro de 1938. O

município tem como fonte de renda a pecuária, agricultura, e extração de granito e pedras preciosas.

Fig. 1 – Mapa do Estado de Minas Gerais com localização do município de Medina.



Hoje o município possui 20.732 habitantes (Fig.2), observa-se que 14,51% da população tem mais de 60 anos, sendo essa proporção superior a do Brasil (11%) e Minas Gerais (11,90%) (IBGE, Censo 2010).

Na área de saúde possui 100% de cobertura do PSF e conta com 07 (sete) unidades, sendo 04 (quatro) localizadas na zona urbana e 03(três) na área rural. Possui um Hospital de Pequeno Porte (Hospital Santa Rita) e um Centro de Especialidades de Medina (CEM), que conta com Cardiologista, Cirurgião Geral, Clínico Geral, Gastroenterologista e Endoscopista, Ginecologista e Obstetra, Ortopedista, Pediatra e Urologista; conta também com Assistente Social, Biólogo, Educador Físico, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional (BRASIL, CNES, 2011).

Fig. 2. Consolidado do Cadastro Familiar da População de Medina, disposta em faixa etária, no ano de 2009/2010.

CADASTRO FAMILIAR					
FAIXA ETÁRIA - ANOS		FEMININO	MASCULINO	TOTAL	%
CRIANÇA	< 1 mês	12	15	27	0,13
	1 a 11 meses	141	158	299	1,44
	1 a 4 anos	613	655	1268	6,12
	5 a 9 anos	906	1017	1923	9,28
	Sub-total crianças	1672	1845	3517	16,96
ADOLESCENTE	10 a 14 anos	1037	1041	2078	10,02
	15 a 19 anos	936	979	1915	9,24
	Sub-total adolescentes	1973	2020	3993	19,26
ADULTO	20 a 24 anos	871	801	1672	8,06
	25 a 29 anos	749	733	1482	7,15
	30 a 34 anos	649	718	1367	6,59
	35 a 39 anos	651	625	1276	6,15
	40 a 44 anos	608	660	1268	6,12
	45 a 49 anos	549	591	1140	5,50
	50 a 54 anos	517	491	1008	4,86
	Sub-total adultos	5140	5073	10213	49,26
IDOSO	60 a 64 anos	430	391	821	3,96
	65 a 69 anos	396	339	735	3,55
	70 a 74 anos	311	254	565	2,73
	75 a 79 anos	236	161	397	1,91
	≥ 80 anos	284	207	491	2,37
Sub-total idosos	1657	1352	3009	14,51	
TOTAL		10.442	10.290	20.732	100

Fonte: Plano Diretor da Atenção Primária a Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de Medina, 2010.

4. DESENVOLVIMENTO

4.1. As Doenças do aparelho Circulatório no Brasil e Minas Gerais

Em 2008, as doenças do aparelho circulatório foram a principal causa de óbito no Brasil e em Minas Gerais, responsável por 317.797 óbitos no Brasil, representando 29,5% dos óbitos no país e 31.610 óbitos em Minas Gerais, representando 28,3% dos óbitos do estado (BRASIL, 2011).

No ano de 2010, segundo Aílton Cezário Alves Júnior, Coordenador Estadual de Hipertensão e Diabetes (Hiperdia), foi registrado 32.471 mortes em Minas Gerais decorrentes de doenças cardiovasculares, mas observou que a “Taxa de internações por Acidente Vascular Cerebral”, este indicador reflete a ocorrência de internações hospitalares por acidente vascular cerebral em indivíduos de 30 a 59 anos de idade para cada 10.000 habitantes nessa mesma faixa etária, apresentou redução no estado, passando de 8,06 em 2008 para 7,99 em 2009 e 7,79 em 2010 (MINAS GERAIS, 2011).

As doenças do aparelho circulatório são a principal causa de internação em todo o país, segundo ROSA *et al* (2009), em 2007 foram realizadas 1.157.509 internações no Brasil por doenças do aparelho circulatório, gerando um custo de R\$ 1.468.441.279,46 para os cofres públicos. Para o ano de 2010, observa-se uma pequena redução com um total de 1.152.612 internações por doenças do aparelho circulatório, sendo responsável por 10,5% do total de internações no país (BRASIL, 2011).

Em Minas Gerais as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 147.063 internações em 2010, corresponderam a 12,9% das internações de residentes no estado, sendo a segunda causa de internação no estado, atrás apenas de causas relacionadas a gravidez, parto e puerpério.

4.1.1. A Hipertensão essencial (primária) no Brasil

Entre os estudos sobre a situação da Hipertensão essencial (primária) realizados no Brasil encontram-se um recente inquérito nacional de fatores de risco para doenças não transmissíveis, entre elas, a Hipertensão essencial (primária) realizado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) em 2002/2003 (BRASIL, 2004). O inquérito foi realizado no Distrito Federal e em quinze capitais brasileiras utilizando como estratégia metodológica a morbidade auto-referida. “A prevalência de hipertensão arterial referida, entre aqueles que mediram a pressão arterial, variou de 26,0% a 36,4% (mediana 31,5%) nos indivíduos entre 40 e 59 anos, estando acima de 30% em 12 das 16 cidades alvo do estudo. Para pessoas com 60 anos ou mais, variou de 39% a 59% (mediana 48%)”.

Outros inquéritos foram realizado através de um levantamento de dados disponíveis por meio de estudos já realizados, em todas as capitais do Sul e do Sudeste, em duas capitais da Região Norte (Manaus e Belém), em cinco da Região Nordeste (Aracajú-SE,

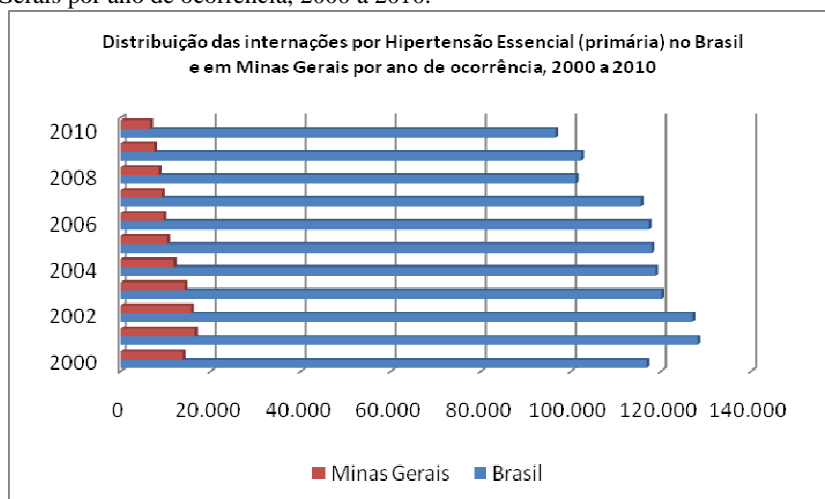
Fortaleza-CE, Natal-RN, João Pessoa-PB e Recife-PE) e em uma capital da Região Centro-Oeste (Campo Grande-MS) (TAVARES *et al.*, 2003; MANCILHA-CARVALHO *et al.*, 2003; COIMBRA, 2001; e PAVAN *et al.*, 1999). A taxa de prevalência encontrada esta em torno de 20%, sem distinção por sexo, mas com evidente tendência de aumento com a idade, mas esses índices variaram em função da população estudada.

4.2. Comportamento das Internações Hospitalares por Hipertensão Essencial

No Brasil como um todo temos muitas patologias que se agravam com o descontrole da pressão arterial sistêmica. Em um pequeno levantamento das internações do SUS (BRASIL, SIH, 2011) realizadas em 2010 por patologias que apresentam correlação com a Hipertensão essencial (primária) descompensada, foram encontrados 264.174 casos de Insuficiência Cardíaca no Brasil, sendo que 37.433 ocorreram no estado de Minas Gerais, e 29 no município de Medina; 115.942 casos de Infarto Agudo do Miocárdio no Brasil, sendo, 17.829 casos em Minas Gerais, e 36, em Medina; e 74.597 casos de Infarto Agudo do Miocárdio registrados no Brasil, destes, 9.254 e 3 casos, respectivamente em Minas Gerais e no município de Medina.

A análise dos números de internações hospitalares por Hipertensão Essencial ocorridas no período de 2000 a 2010 no Brasil, Minas Gerais e Medina, apontam para alguns aspectos. A Hipertensão essencial (primária) no Brasil e Minas Gerais tiveram um aumento de 2000 a 2001, a partir de 2002, segue em queda, sendo intensificada no ano de 2008. Em Minas Gerais, as internações por hipertensão arterial apresentaram um pico em 2001, desde então, segue em queda, com uma diminuição de 54% dos casos entre os anos de 2000 e 2009 (tabela 1 e gráfico 1).

Gráfico 1 – Distribuição das internações por Hipertensão Essencial (primária) no Brasil e em Minas Gerais por ano de ocorrência, 2000 a 2010.



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).
Notas: Situação da base de dados nacional em 01/04/2011.

Quadro 1 – Internações por Hipertensão Essencial (primária), no Brasil, Minas Gerais e no município de Medina, segundo local de residência e ano de ocorrência, 2000 a 2010.

Ano	Brasil	Minas Gerais	Medina
2000	116.841	13.796	09
2001	128.147	16.471	09
2002	126.988	15.654	17
2003	120.134	14.214	18
2004	118.769	11.806	10
2005	117.927	10.370	04
2006	117.314	9.571	05
2007	115.536	9.184	02
2008	101.084	8.486	12
2009	102.308	7.459	04
2010	96.574	6.604	01

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).
Notas: Situação da base de dados nacional em 01/04/2011.

Na cidade de Medina as internações por Hipertensão essencial (primária) apresentaram um aumento no período de 2000 a 2003, iniciando uma queda acentuada a partir de 2004 e uma elevação circunstancial no ano de 2008, e vem apresentando queda em 2009 e 2010. É possível que esse aumento de internações em 2008 pode estar

relacionada a ausência de profissionais médicos em 03(três) Equipes de Saúde da Família por tempo superior a quatro meses.

4.3. Perfil das internações hospitalares no município de Medina

A análise das internações de residentes no município de Medina no período de 2000 a 2010 (BRASIL, 2011) apontou como principais causas de internação as relacionadas a gravidez, parto e puerpério (24,5%) e ao aparelho respiratório (14,2%). As internações por doenças do aparelho circulatório foram a terceira causa de internação, responsável por 13,8% dentre todas as ocorrências registradas no período (Tabela 1).

Entre as internações relacionadas ao aparelho circulatório algumas apresentaram relação com o controle da Hipertensão essencial (primária). No município tiveram destaque a Insuficiência cardíaca com uma maior frequência no sexo feminino, o Acidente Vascular Cerebral com maior frequência no sexo masculino. As internações por Insuficiência cardíaca corresponderam a 56% do total de internações relacionadas ao aparelho circulatório (tabela 2).

Tabela 1 – Distribuição das internações de residentes no município de Medina (MG), segundo as capítulo da CID 10^a rev. e ano do processamento, período 2000 a 2010.

Capítulo CID-10	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total	
	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	166	231	188	260	201	138	226	158	213	221	178	2180	12,1
II. Neoplasias (tumores)	20	17	18	30	30	27	29	33	36	29	28	297	1,6
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	5	2	4	9	10	7	13	7	7	10	3	77	0,4
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	28	75	83	94	62	51	34	62	111	142	119	861	4,8
V. Transtornos mentais e comportamentais	10	15	5	10	10	11	6	2	12	11	12	104	0,6
VI. Doenças do sistema nervoso	17	28	13	25	27	21	15	34	22	21	8	231	1,3
VII. Doenças do olho e anexos	6	0	2	6	1	15	10	27	23	9	7	106	0,6
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0	0	0	0	0	0	1				1	0,0
IX. Doenças do aparelho circulatório	272	307	250	235	258	223	249	235	207	141	119	2496	13,8
X. Doenças do aparelho respiratório	329	259	315	305	286	166	147	221	164	272	239	2703	14,9
XI. Doenças do aparelho digestivo	161	132	131	184	200	158	183	172	192	104	131	1748	9,7
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	3	15	15	12	13	2	24	43	15	13	9	164	0,9
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	7	17	17	17	9	13	13	14	15	8	6	136	0,8
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	57	82	122	76	129	72	66	96	79	92	110	981	5,4
XV. Gravidez parto e puerpério	383	509	441	417	434	392	408	407	394	304	345	4434	24,5
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	63	39	11	13	21	53	99	92	17	21	11	440	2,4
XVII. Malform cong de formid e anomalias cromossômicas	3	0	4	1	3	3	6	6	7	5	6	44	0,2
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	13	13	15	26	22	15	6	17	9	12	3	151	0,8
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	51	70	50	77	89	47	75	91	76	157	112	895	4,9
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,0
XXI. Contatos com serviços de saúde	3	0	2	0	0	1	0	1	2	9	18	36	0,2

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS)

Notas: Situação da base de dados nacional em 01/04/2011

Tabela 2 – Distribuição das internações de residentes por sexo, segundo doenças do aparelho circulatório, que cursam com Hipertensão essencial (primária) em sua fisiopatologia, no período de 2000 a 2010, no município de Medina/MG.

Doenças do Aparelho Circulatório	Sexo Masculino	Sexo Feminino	Total
Insuficiência cardíaca	683	715	1398
Acidente Vascular Cerebral	155	128	283
Outras Doenças Hipertensivas	71	107	178
Outras Doenças Isquêmicas	54	63	117
Hipertensão Essencial (primária)	33	58	91
Infarto Agudo do Miocárdio	20	25	45
Restante das Patologias	188	196	384
Total	1204	1292	2496

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).
Notas: Situação da base de dados nacional em 01/04/2011.

As internações por Hipertensão essencial (primária) foram mais frequentes no sexo feminino (52,7%), e em indivíduos com mais de 40 anos, que constituíram 87,91% do total (tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição das Internações de residentes por Hipertensão essencial (primária), no período de 2000 a 2010, por faixa etária e sexo, Medina-MG.

Faixa Etária	Sexo Masculino	Sexo Feminino
20 a 29 anos	02	02
30 a 39 anos	01	06
40 a 49 anos	03	13
50 a 59 anos	08	13
60 a 69 anos	08	09
70 a 79 anos	08	12
80 anos e mais	03	03
Total	33	58

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).
Notas: Situação da base de dados nacional em 01/04/2011.

O maior número de internações em pessoas do sexo feminino pode estar relacionado a maior busca deste público aos serviços de saúde, e por conseguinte mais diagnósticos, gerando mais internações. Durante o ano de 2010 foram realizadas 5.788 consultas a pacientes com diagnóstico de Hipertensão essencial (primária), segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), destes 66,26% são do sexo feminino (BRASIL, SIAB, 2011) (MEDINA, 2010).

4.4. O PSF no município de Medina e as ações voltadas para o tratamento dos hipertensos

O município de Medina completou a cobertura do PSF no ano de 2009, com a inauguração do PSF – Saudade (BRASIL, CNES, 2011), o município já contava com três postos de saúde, que em março de 2002, se tornaram PSF's (Bonfim, Tuparecê e Várzea Grande), e em dezembro do mesmo ano foi inaugurado o PSF na comunidade de General Dutra. Nos anos subseqüentes de 2003, 2007 e 2009, foram inaugurados os PSF's – Bela Vista, Aliança e Saudade, respectivamente. Os PSF's de Tuparecê, Saudade e General Dutra se localizam na área rural e os demais em área urbana.

Podemos dizer que as ações de saúde pública para a prevenção e controle da Hipertensão essencial (primária), no município de Medina, estão voltadas para todas as faixas etárias, mas intensificadas para os adultos acima de 40 anos, de ambos os sexo.

As equipes de Saúde da Família desenvolvem as atividades normatizadas e referentes ao Programa Hiperdia, criado em 2002, que é o cadastramento de portadores de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus, tendo como objetivos: a) facilitar o monitoramento dos pacientes cadastrados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus; b) gerar informação para a aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma sistemática; c) garantir insumos a todos os pacientes cadastrados e acompanhados (BRASIL, 2011).

As ações são complementadas com mesas-redondas sobre os mais diversos temas, mas sempre com ênfase na orientação da população, e no caso da Hipertensão essencial (primária), não é diferente.

Com a implantação do Plano Diretor da Atenção Primária a Saúde, o município estabeleceu um consolidado de ações voltadas as necessidades individuais por Equipes de Saúde da Família (eSF), foi sistematizada a quantidade de mínima de atividades de grupo a ser desenvolvidas por ano (MEDINA, 2009). Os protocolos assistenciais do município de Medina seguem os parâmetros definidos pelo estado de Minas Gerais, sendo que 100% dos hipertensos e/ou diabéticos devem participar de grupos operativos/educativos, com duração de uma hora, tendo como responsáveis o médico e a enfermeira. Todos os hipertensos e diabéticos devem ser cadastrados no Programa Hiperdia e tem direito a um mínimo de consultas/ano com o(a) enfermeiro(a), e com o(a) médico(a).

Os grupos operativos são formados por no máximo 25 integrantes, é apresentada uma explanação sobre o tema a ser debatido, e logo após, inicia-se o momento mais importante, a troca de conhecimentos entre os integrantes dos grupos, geralmente a condução é efetuada pelo profissional de enfermagem, conjuntamente com o médico e, quando possível com o odontólogo.

O Ministério da Saúde vêm implementando diversas estratégias de saúde pública, economicamente eficazes, para prevenir os quadros mais graves da Hipertensão essencial (primária) e suas complicações, por meio do cuidado integral a esse agravo de forma resolutive e com qualidade. No município de Medina o Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF tipo I conta com o educador físico, o psicólogo, o fonoaudiólogo, a farmacêutica, a terapeuta ocupacional e a fisioterapeuta, e desenvolve ações que são de suma importância no processo de orientação da população. A presença desses profissionais tem possibilitado a abordagem da hipertensão por uma equipe multidisciplinar com estratégias de controle efetivas e combinadas com educação comunitária e monitoramento dos indivíduos de alto risco.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da situação das doenças do aparelho circulatório demonstra a sua importância para a saúde pública no Brasil. As doenças do aparelho circulatório são a principal causa de internação em todo o país e corresponderam a 12,9% das internações de residentes em Minas Gerais, sendo a segunda causa de internação no estado, atrás apenas de causas relacionadas a gravidez, parto e puerpério. A Hipertensão arterial (HAS) no Brasil e Minas Gerais, após recente inquérito nacional de fatores de risco para doenças não transmissíveis, realizado pelo Ministério da Saúde, apresentou uma prevalência de 20% na população estudada, sem distinção de sexo, e aumento com a idade.

A análise das internações por Hipertensão essencial (primária) no Brasil e em Minas Gerais, demonstraram uma redução de 17,3% e 52,14% respectivamente, quando comparado os anos de 2000 e 2010.

As internações de residentes no município de Medina no período de 2000 a 2010 apontaram as causas relacionadas ao aparelho circulatório (13,8%) em terceiro lugar entre

as principais causas de internação no município. Essas internações têm relação direta com a Hipertensão essencial (primária) considerada um importante fator de risco para doenças do aparelho circulatório. As internações por Hipertensão essencial (primária) foram mais frequentes no sexo feminino (52,7%), e em indivíduos com mais de 40 anos, que constituíram 87,91% do total, que são o grupo com maior procura pelos serviços de saúde.

A hipertensão arterial é uma patologia sensível aos cuidados primários em saúde, observou-se no período estudado uma queda nas internações por essa causa que possivelmente estão relacionadas aos investimentos realizados na atenção primária, com a ampliação das ações das Equipes de Saúde da Família e a criação dos NASF. O município de Medina completou a cobertura do PSF no ano de 2009 e tem intensificado as ações de saúde pública para a prevenção e controle da Hipertensão essencial (primária).

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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]. 2009, vol.25, n.6, pp. 1337-1349.

ALMEIDA, F.F. *et al.* Predictive factors of in-hospital mortality and of severe perioperative complications in myocardial revascularization surgery. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v.80 (1), p.41-60, 2003.

BENSING J. Patient Education and Counseling. **Bridging the Gap**, Geneva, v.39, p.17-25, 2000.

BRASIL, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. 292 p.

_____. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Brasília, 19 set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica**: Resolução nº 258. Brasília, 1991.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica**: Portaria nº 545. Brasília, 1993.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica**: Portaria nº 2203. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional Atenção Básica**, Portaria nº 648, Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde/Coordenação de Saúde da Comunidade. 1998.

_____. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) - Consulta Estabelecimento - Modulo Profissional - Profissionais por Estabelecimento. Disponível em http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Profissional.asp?VCo_Unidade=3141402120194. Acesso em 5 jun.2011.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Informação – HIPERDIA. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id_area=807. Acesso em 14 mar. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB): Produção e Marcadores. Disponível em; <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/siabpMG.def>. Acesso em 16 mai. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em 11 jun. 2011.

COIMBRA JUNIOR, C.E. *et al.* Blood pressure levels in Xavante adults from the Pimentel Barbosa Indian Reservation, Mato Grosso, Brazil. Ethnic Diseases. v.11 (2) p.232-40, 2001.

DECLARAÇÃO DE ALMA – ATA. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf> > Acesso em: 21 set. 2010.

FARMER, F.L.; STOKES, C.S.; FISHER, R.H. Poverty, Primary Care and Age-specific Mortality. Journal of Rural Health, Malden, v.7, p.153-69, 1991.

FLOCKE, S.A. Measuring Attributes of Primary Care: Development of a New Instrument. Journal of Family Practice, Parsippany, v.45, p.64–74, 1997.

GREEN, L.A. *et al.* The ecology of medical care revisited. N Engl J Med, Waltham, v.344, p.2021-5, 2001.

INSTITUTE OF MEDICINE OF THE NATIONAL ACADEMIES. Defining Primary Care: An Interim Report, Washington DC, 1994.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOMETRIA E ESTATISTICA. Censo Geográfico - 2010. Disponível em

Formatado: Inglês (EUA)

Código de campo alterado

Formatado: Inglês (EUA)

Formatado: Inglês (EUA)

<<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=12&uf=00>>. Acesso em 12 mar. 2011.

_____. Projeção da População do Brasil: IBGE: população brasileira envelhece em ritmo acelerado – 2008. Disponível em

<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=1272>. Acesso em 11 jun. 2011.

JOINT NATIONAL COMMITTEE ON PREVENTION, DETECTION, EVALUATION AND TREATMENT OF HIGH BLOOD PRESSURE. The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. **Arch Intern Med.** 1997;157:2413–2446.

Formatado: Inglês (EUA)

Código de campo alterado

Formatado: Inglês (EUA)

Formatado: Inglês (EUA)

KLEKOWSKY, B.M.; ROEMER, M.; WERFF, A.V.D. Sistemas Nacionales de Salud y su Reorientación hacia la Salud para Todos. Pautas para una política. Cuadernos de Salud Pública, v.77, p.134, 1984.

LIMA e COSTA, M.F. *et al.* Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. Informe Epidemiológico do SUS, Brasília, v.9 (1), p.23-41, 2000.

MACINKO, J.; GUANAIS, F.; SOUZA, F. An Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990-2002. Journal of Epidemiology and Community Health, v.60, p13-19, 2006.

MANCILHA-CARVALHO, J.J.; SOUZA e SILVA, N.A. The Yanomami Indians in the INTERSALT Study. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Rio de Janeiro, v.80 (3), p.289-300, 2003.

MEDINA. Secretaria Municipal de Saúde. Atualização do Plano Diretor de Atenção Primária a Saúde, 2009/10.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Implantação do Plano Diretor de Atenção Primária a Saúde, 2009.

MENDES, E.V. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. CITECABRASCO: São Paulo - Rio de Janeiro, 1993.

_____. O consenso do discurso e o dissenso da prática social: notas sobre a municipalização da saúde no Brasil. Conferencia Municipal de Saúde de São Paulo, São Paulo, 1991.

MINAS GERAIS. Governo do Estado de Minas Gerais. Pressão alta exige cuidados para evitar doenças cardiovasculares,2011. Agência Minas: notícias do Governo de Minas Gerais. Disponível em:<<http://agenciaminas.mg.gov.br/noticias/saude/35179-pressao-alta-exige-cuidados-para-evitar-doencas-cardiovasculares>>. Acesso em 23 maio de 2011.

_____. Assembléia Legislativa de Minas Gerais. Cobertura do PSF em Minas Gerais alcança 96% dos municípios (2007). Disponível em <http://www.almg.gov.br/not/bancodenoticias/Not_648382.asp>. Acesso em 12 mar. 2011.

PAIM, J.S. A reorganização das práticas de saúde em Distritos Sanitários In: Mendes EV, Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde, HUCITE/CABRASCO: São Paulo - Rio de Janeiro, p.187-220, 1993.

PASSOS, V.M.A., ASSIS, T.D., BARRETO, S.M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e serviços de Saúde** . 15(1): 35-45, 2006.

PAVAN, L. Effects of a traditional lifestyle on the cardiovascular risk profile: the Amondava population of the Brazilian Amazon. Comparison with matched African, Italian and Polish populations. **Journal of Hypertension**, Paris, v.17 (6), p.749-56, 1999.

ROSA, T. E. da C. et al. Integralidade da atenção às doenças cardiovasculares e diabetes mellitus: o papel da regionalização do Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo. **Rev. bras. epidemiol.** [online]. São Paulo. vol.12, n.2, pp. 158-171, 2009.

SAFRAN, D.G. The Primary Care Assessment Survey: Test of Data Quality and Measurement Performance. **Medical Care**. Boston, v.36 (5), p.728-39, 1998.

SHI L. Primary Care, Specialty Care, and Life Chances. **International Journal of Health Services**. Benin City, v.24, p.431-58, 1994.

_____. The Relation between Primary Care and Life Chances. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, Baltimore, v.3, p.321-35, 1992.

STARFIELD B, *et al.* Consumer Experiences and Provider Perceptions of the Quality of Primary Care: Implications for Managed Care. **Journal of Family Practice**, Parsippany, v.46, p.216-26, 1998.

_____. Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002.

STEWART M. *et al.* Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method. Ed. Oxford: Radcliffe Médica Press, 1995.

TAKEDA, S. A organização de serviços de atenção primária à saúde. In: TEIXEIRA, C.F.; MELO C. (orgs.). Construindo Distritos Sanitários: a experiência da cooperação Italiana em Saúde no município de São Paulo. São Paulo/Salvador: HUCITEC/CIS, 1995.

TAVARES, E.F. Metabolic profile and cardiovascular risk patterns of an Indian tribe living in the Amazon Region of Brazil. **Human Biology**, Paris, v.75 (1), p.31-46, 2003.

VETERANS ADMINISTRATION COOPERATIVE STUDY GROUP ON ANTYHIPERTENSIVE AGENTS. Effects of treatment on morbidity in hipertension: results in patients with diastolic blood pressure averagings 115 through 129 mmHg. **Journal of the American Medical Association -JAMA**, Chicago, v.202, p.1028-34, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Population aging a public health challenge. Geneva: WHO, 1998.

Baseada na NBR-6023 de ago. de 2002, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Abreviatura dos Títulos dos Periódicos em conformidade com o MEDLINE.