



Universidade Federal
de Campina Grande

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**OCORRÊNCIA DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR HIPERTENSÃO
ARTERIAL EM HOMENS NO BRASIL E NO ESTADO DA PARAÍBA-PB**

OSIEL FERREIRA DA COSTA

CAJAZEIRAS – PB

2014

OSIEL FERREIRA DA COSTA

**OCORRÊNCIA DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR HIPERTENSÃO
ARTERIAL EM HOMENS NO BRASIL E NO ESTADO DA PARAÍBA-PB**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à coordenação do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande como pré-requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Ms. Rosimery Cruz de Oliveira Dantas

CAJAZEIRAS – PB

2014



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Declaração

Declaro para os devidos fins que nós professores, abaixo assinados recebemos a cópia do TCC intitulado: OCORRÊNCIA DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR HIPERTENSÃO ARTERIAL EM HOMENS NO BRASIL E NO ESTADO DA PARAÍBA – PB, do aluno Osiel Ferreira da Costa, 207220042.

Profª. Ms. Rosimery Cruz de Oliveira Dantas

Profª. Ms. Roberta Romero de Miranda Henriques

Profª. Dr. Luciana Moura de Assis

Cajazeiras 27/03/2014

Dedico essa conquista a Deus, pelo amor infinito, bem como aos meus pais que com amor incondicional me ensinaram a lutar pelos meus sonhos, à minha avó que sempre foi uma mulher de garra e a quem muito devo. Sei que tudo que alcancei é reflexo do meu esforço e dedicação, mais tudo graças aos ensinamentos da minha família.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que através da força de sua palavra me fez acreditar que era possível se conquistar todo e qualquer objetivo, e que apesar de muitas dificuldades ele está sempre do meu lado.

Agradeço a minha família, por todo o apoio e compreensão, pela ajuda e por estarem presentes em todos os momentos, bons e ruins, me dando força e coragem para continuar esta difícil batalha que se trava em busca dos objetivos.

Agradeço ao meu Pai que, apesar de hoje não estar aqui comigo compartilhando deste momento de minha vida, sei que ele está olhando por mim ao lado de Deus, amor incondicional.

Agradeço a minha esposa Daniela, que foi de fundamental importância para a concretização deste estudo, estando do meu lado e me ajudando na compreensão dos dados, e acima de tudo me trazendo tranquilidade e serenidade para que eu pudesse chegar ao meu objetivo.

Para que a concretização deste estudo se efetivasse agradeço às inúmeras pessoas que foram incentivadoras neste processo, seus ensinamentos serão a partir de agora essenciais em minha caminhada pessoal e profissional.

A professora Rosimery Cruz de Oliveira Dantas por ter aceitado participar desta pesquisa e por ter me orientado para que eu pudesse efetivá-la com êxito, e por sua grande ajuda e paciência em me ajudar.

Agradeço às professoras Roberta e Luciana por aceitarem fazer parte da banca examinadora e por contribuírem com essa pesquisa.

Aos professores mestres e doutores que a mim repassaram seus conhecimentos, fazendo que meu desenvolvimento fosse o melhor possível, conhecimentos estes que levarei para toda minha vida.

Aos meus colegas de curso e disciplinas em especial Breno Fontes, grande amigo que tive a oportunidade de conhecer e que irei levar para toda a minha vida, e aos demais colegas que compartilharam comigo seus conhecimentos.

A todos que me ajudaram de alguma forma com uma palavra amiga, uma palavra de incentivo, e que torceram por mim de alguma forma.

Obrigado!

FERREIRA, Osiel da Costa. **Ocorrência de Internações Hospitalares por Hipertensão Arterial em Homens no Brasil e no Estado da Paraíba-PB.** Trabalho de Conclusão de Curso Bacharelado em Enfermagem. Cajazeiras- PB Universidade Federal de Campina Grande, 2014.

Resumo

As doenças cardiovasculares (DCV) ainda são hoje um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença multifatorial de grande incidência mundial, acometendo mais o grupo masculino. Essa tendência vem se mostrando cada vez mais evidente quando se analisa os índices de internações hospitalares. Objetivo: Investigar a ocorrência de internações em homens hipertensos no Estado da Paraíba e no Brasil. Método: Realizar um estudo comparativo entre os dados da Paraíba- PB e analisar o ano e raça de maior incidência. Resultados: Houve um declínio gradual no número de casos de internações entre os anos de 2008 a 2012 tanto no Brasil quanto na Paraíba onde o maior índice a nível nacional deu-se em 2008 e o menor em 2012. Trata-se de uma pesquisa exploratória, de cunho epidemiológico, de abordagem quantitativa e análise descritiva, realizada a partir dos dados do departamento do DATASUS. Resultados: Houve um declínio gradual no número de casos de internações entre os anos de 2008 a 2012 tanto no Brasil como na Paraíba. O maior índice ocorreu em 2008 e o menor em 2012. A raça mais acometida foi a preta/parda. A faixa etária mais acometida foi a de 50 a 59 anos. A HAS é um grave problema de saúde pública e ainda gera muitas internações hospitalares. O SIS é uma ferramenta importante e essencial para a saúde, porém ainda apresenta falhas. A ESF é o alicerce para uma melhora nas políticas de saúde do homem.

Palavras chaves: Hipertensão arterial, Homens, Internações hospitalares, Sistema Único de Saúde.

FERREIRA, Osiel da Costa. Occurrence of Hospital Admissions for Hypertension in Men in Brazil and in the state of Paraíba-PB. Working End of Course Bachelor of Nursing. Cajazeiras-PB Federal University of Campina Grande, 2014.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases (CVD) are still a major public health problem in Brazil and worldwide. The Systemic Arterial Hypertension (HBP) is a multifactorial disease with high incidence worldwide, more affected than males. This trend is proving increasingly evident when examining the rates of hospital admissions. Objective: To investigate the frequency of hospitalizations in hypertensive men in the State of Paraíba and Brazil. Method: Make a comparative study between data of Paraíba -PB and analyze the year and race with the highest incidence. Results: There was a gradual decline in the number of cases of hospital admissions between the years 2008 to 2012 in Brazil and in Paraíba where the highest national level took place in 2008 and lowest in 2012. It is an exploratory study, of epidemiological studies, quantitative approach and descriptive analysis conducted on data from the department of DATASUS. Results: There was a gradual decline in the number of cases of hospital admissions between the years 2008 to 2012 in Brazil and Paraíba. The highest rate occurred in 2008 and lowest in 2012. Most often affected breed was the black / brown. The most affected age group was 50-59 years. SAH is a serious public health problem and still raises many hospitalizations. The SIS is an important and essential tool for health, but still fails. The FHT is the foundation for an improvement in the health policies of the man.

Key words: Hypertension, Men, Hospitalizations, Single Health System.

LISTA DE SIGLAS

DATASUS- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DAC- Doença Arterial Coronariana

DCV- Doença Cardiovascular

ESF- Estratégia Saúde da Família

HA- Hipertensão Arterial

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

OMS- Organização Mundial da Saúde

IAM- Infarto Agudo do Miocárdio

PSF- Programa Saúde da Família

PACS- Programa de Agentes comunitários de Saúde

PNAISH- Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem

SUS- Sistema Único de Saúde

SIH- Sistema de Informação Hospitalar

SIS- Sistema de Informação de Saúde

LISTA DE GRÁFICO E TABELAS

Gráfico 1: Dados Comparativo entre o número de internações por faixa etária no Brasil e na Paraíba no período compreendido entre 2008 e 2012.

Tabela 1: Distribuição por ano e faixa etária das internações por hipertensão arterial sistêmica em homens no Brasil.

Tabela 2: Distribuição por ano e faixa etária das internações por hipertensão arterial sistêmica em homens no Estado da Paraíba.

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO.....	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	14
2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	15
2.3 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF).....	15
2.4 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM...	16
2.5 HIPERTENÇÃO ARTERIAL EM HOMENS.....	17
2.5.1 Fatores de risco associados à Hipertensão Arterial.....	18
2.6 SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR- SIH.....	20
3 METODOLOGIA.....	21
3.1 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	21
3.2 LOCAL DA PESQUISA.....	21
3.3 INSTRUMENTO DE COLETA.....	22
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	22
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	22
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	23
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS.....	34
APÊNDICES.....	37

1 INTRODUÇÃO

Ainda hoje as doenças cardiovasculares (DCV) tem grande representatividade como as principais causas de morte no Brasil, sendo ainda responsáveis por números alarmantes e preocupantes de óbitos. As isquemias são as mais populares entre os acometidos pelas DCV no país (BRASIL, 2009). Dentre as DCV encontra-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS) que pela sua incidência é considerada um dos grandes problemas de saúde pública em todo o país e no mundo.

É uma doença desencadeada por diversos fatores, que podem vir de forma isolada ou desencadear outras doenças levando ao seu agravamento. Por ser uma doença crônica e incapacitante, acaba gerando aposentadorias precoces, longo período de internação, alto custo para o tratamento, alterações na autoestima e autoconceito (BRITO et al, 2008).

A HAS é mais incidente no grupo masculino. Os homens estão morrendo duas vezes mais de doença arterial coronariana (DAC) e possuem maior incidência de infarto agudo do miocárdio (IAM) do que as mulheres. Essa diferença sexual em relação às DCV pode envolver também fatores genéticos, hormonais e estilo de vida (SÁ et al, 2009).

Ao dar entrada nos sistemas de saúde o público masculino em sua grande parte acaba indo direto para o sistema especializado, o que vem gerando mais gastos para o SUS. Se fazendo necessário qualificar e fortalecer a atenção primária para uma melhor promoção da saúde, evitando assim agravos (BRASIL, 2008).

Essa realidade pode ser visualizada nos dados produzidos pelos sistemas de informações de saúde, dentre os quais se encontra o Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), alimentado pela Autorização de Internação Hospitalar (AIH), a partir da qual se efetua o pagamento das internações de hospitais públicos e privados conveniados ao SUS. O SIH/SUS fornece preciosas informações diagnóstica, demográfica e geográfica para cada internação (BITTENCOURT, CAMACHO, LEAL, 2006).

O que despertou o interesse por esta pesquisa foi o fato de se ser portador da HAS e ter conhecimento das dificuldades pelas quais passam os portadores dessa patologia. Além disso, o interesse em conhecer melhor as políticas públicas de saúde para o homem.

O presente estudo é de suma relevância sociocultural já que ainda é muito escasso o conhecimento da população sobre essa temática vinculada ao homem.

Além disso possibilitará a sensibilização de acadêmicos e profissionais da saúde sobre a saúde do homem, haja vista que ainda são poucos os trabalhos que abordam esta política tão recente e tão pouco visualizada.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL:

- Investigar a ocorrência de internações em homens hipertensos no Estado da Paraíba e no Brasil.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Realizar um estudo comparativo entre os dados da Paraíba- PB e do Brasil.
- Identificar a raça e a faixa etária mais acometida.
- Analisar o ano em que houve o maior número de internações hospitalares por Hipertensão Arterial.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A instalação do SUS se deu a partir de diversas discussões acerca da condução da assistência à saúde do povo brasileiro. Para isso vários grupos se reuniram para traçar planos e metas, partindo da compreensão de como se dava o processo saúde/doença.

A criação do SUS é analisada como uma inovação importante no campo das políticas sociais. A constituição Federal, promulgada em 1988, identifica a importância da promoção da saúde como direito fundamental de cidadania, cabendo ao estado a obrigação de garanti-la a todos os cidadãos (MAIO, LIMA, 2009). O artigo 196 da constituição estabelece: “ a saúde é direito de todos e dever do estado” e o mesmo artigo encontra-se respaldado na Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 2008).

Como resultado para atender a Constituição Federal e a lei orgânica da saúde o SUS foi descentralizado, tornando os serviços mais próximos das residências dos cidadãos, facilitando seu acesso e garantindo um atendimento satisfatório e de qualidade, longe de ser descartado ou desprezível (MINAYO, 2008).

Para fortalecer o SUS, várias políticas foram implementadas e implantadas. Ela tem um papel primordial de fornecer informações e produzir análises sobre os impactos de suas ações, uma vez que a sua criação, na maioria das vezes, envolve interesses de relações de poder que diversas vezes quase sempre estão em conflito (GOMES, 2012, MAIO, LIMA 2009).

O SUS antes voltado a uma visão organizacional do marxismo focada nas macro transformações, evolui incorporando a ideia da coletividade e da subjetividade na produção de condições e ações pela saúde (MINAYO, 2008). Ele busca em seu contexto, dentre outras, combater as formas de autoritarismo e práticas de saúde implantadas pelo sistema capitalista, tornando-se assim instrumento de luta pela democratização da saúde. Isso exige o compromisso de todas as pessoas envolvidas no processo (PASCHE, PASSOS, BARROS 2009).

É nessa perspectiva que a prevenção assume um novo contexto e posicionamento, fazendo com que as três instâncias governamentais desenvolvam programas para a promoção nas diversas faixas etárias (CECCIM, 2009) Essa organização permitiu que pouco a pouco o modelo central hospitalocêntrico cedesse lugar para a nova proposta de organização, centrada na atenção básica (MINAYO, 2008).

A implementação do SUS é um verdadeiro desafio, tanto no âmbito teórico como prático, e vem tentando avançar na construção de ações que possam concretizar seus princípios e diretrizes, através

de ações programáticas de saúde, acolhimento, vigilância e promoção da saúde (BRITO et al, 2008; MAIO, LIMA 2009).

2.2. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Para embasar o SUS e fortalecer as novas formas de pensar e fazer saúde, foi aprovada e reavaliada em março de 2006 e publicada no dia 21 de outubro de 2011 a Política Nacional de Atenção Básica, que estabelece as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (FONTES et al, 2011).

A política de atenção básica surgiu neste cenário como uma estratégia organizacional para a saúde, com um foco principal na forma regionalizada, contínua e sistematizada, e primando pelas necessidades de saúde da população, bem como na integralização de ações preventivas e curativas, tendo em vista a atenção a indivíduos e comunidades. Prima pela promoção à saúde, a fim de se prevenir agravos, atuando também nos diagnósticos, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde (CECCIM, 2009).

Com a consolidação do Programa Saúde da família (PSF), ele veio a sofrer transformações com base nas experiências e vivências acumuladas, transformado em estratégia de abrangência nacional, que mostra necessidades com adequação de suas normas, para atender as diversas áreas e lugares brasileiros (Brasil, 2012).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é desenvolvida no Brasil segundo os princípios da Reforma Sanitária, utilizando um sistema universal e integrado de atenção à saúde (CECCIM, 2009). Ela encontra na Estratégia Saúde da Família (ESF) a porta de entrada para o SUS, e seu funcionamento se dá na lógica da vigilância em saúde.

2.3. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

Estruturada a partir do Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994 o com intuito de atender melhor os propósitos do SUS, através de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de indivíduos e famílias de forma contínua e igualitária (COTTA et al, 2006), surge como estratégia para transformar o modelo de atenção básica no Brasil, tentando provocar mudanças significativas e reflexões nas instituições de saúde, nos profissionais e nas pessoas assistidas (COSTA et al, 2009).

Esta proposta busca transformar o modelo biomédico, a partir da substituição da forma de refletir e praticar saúde, tirando do hospital a incumbência de resolver todo e qualquer agravo

a saúde. Dessa forma, ela se transforma em um modelo coletivo de saúde, multi e interpessoal, focado na família e na comunidade (COSTA, 2009).

O desenvolvimento dessa proposta encontra na Atenção Básica os instrumentos necessários para sua consecução. Monken; Barcellos (2005) destacam que a definição de território adstrito, a reorganização do processo de trabalho em saúde, as operações Intersetoriais e ações de promoção, prevenção e atenção à saúde são a base para que isso aconteça.

Além disso, ao se incorporar essa nova forma de pensar e fazer saúde faz com que haja a construção de vínculos, Para Brasil (2011) e Figueredo (2011) essa aproximação entre usuários e profissionais assegura a continuidade, a resolutividade das ações de saúde e a longitudinalidade da assistência, tendo como base a elaboração de planos estratégicos para solucionar problemas na produção do processo saúde-doença.

A ESF, no bojo de suas ações, tem que intervir no processo saúde-doença, tanto no cenário da unidade de saúde, como no domicílio e em ambientes sociais. Além disso, é necessária uma escuta especializada, visto que os clientes que constituem os atendimentos na ESF é o ser humano em todas as fases de vida sem distinção de gênero (BRASIL, 2011).

É relevante enfatizar que os homens ainda encontram-se distantes dos serviços, cuidando-se menos que as mulheres, sendo necessário por isso estabelecer políticas públicas direcionadas para eles.

2.4. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM – PNAISH

A PNAISH é uma política muito nova e por isso ainda são insuficientes os estudos que tratam de sua implantação e implementação, diferentemente das voltadas para o público feminino, que já vem de contextos históricos e de reivindicações de vários grupos sociais (COUTO, GOMES, 2012).

A PNAISH, foi criada em 2008 e implementada em 2009, para atender as demandas de saúde desse grupo populacional. Ela foi resultado da articulação de vários membros coletivos tais como setores da sociedade civil organizada, sociedades científicas, pesquisadores acadêmicos e agências internacionais de fomento à pesquisa, que identificavam os indicadores de saúde masculina como caso grave de saúde pública (SEPARAVICH, CANESQUI, 2013).

Dentre os vários motivos pelos quais essa política foi formulada, destaca-se o fato dos serviços de saúde focarem sua atenção mais no público feminino, não vendo o gênero masculino como sujeitos frágeis e expostos ao risco de adoecimento (COUTO, GOMES, 2012).

No Brasil, os números apontam uma diferença de cinco anos em décadas anteriores a 1980 na expectativa de vida para a população masculina e a feminina, com um aumento crescente nas décadas seguintes (ALVARENGA et al, 2012). Lopez; Moreira (2013) destacam que os indicadores elevados de morbimortalidade do sexo masculino deixam evidente a necessidade de um estreitamento de relações e de mudanças profundas nos determinantes socioculturais envolvidos neste contexto.

O engajamento do público do sexo masculino nos programas de ESF torna-se desafiante, pois este grupo apresenta maus hábitos de vida e não praticam autocuidados, o que dificulta a proximidade do mesmo com os serviços, ações preventivas e profissionais (ALVARENGA et al, 2012).

Essa política desde sua elaboração procura melhorar progressivamente a qualidade de saúde do homem brasileiro, responsabilizando-se pela diminuição da morbimortalidade de muitos agravos, como é o exemplo da HA, tratando os fatores de risco de forma consciente e fazendo com que o acesso às ações e serviços de assistência integral à saúde sejam facilitadas (GOMES, NASCIMENTO, 2012).

2.5 . HIPERTENÇÃO ARTERIAL EM HOMENS – HAS

A HAS é uma patologia associada a diversos fatores, e está relacionada, seja de forma isolada ou associada, ao agravamento de diversas outras doenças. É de caráter crônico, incapacitante, promovendo custos elevados ao país, com aposentadorias precoces, longos períodos de internações e tratamentos. Abala a autoestima de seus portadores e o conceito que eles têm sobre si mesmo (BRITO et al, 2008).

Exposto mais ao risco, o homem apresenta uma maior susceptibilidade à instalação da HAS quando adulto na ordem de 35,8% e de 30% em mulheres. Na terceira idade esses valores entre os gêneros diminuem e aumentam no sexo feminino após a menopausa (SBH; SBC; SBN, 2010).

Responde por pelo menos 40% das mortes por Acidente vascular Encefálica (AVE), por 25% das mortes por doença arterial coronariana, e em combinação com o diabetes 50% dos

casos de insuficiência renal terminal e sua prevalência na população adulta brasileira variam de 22,3% a 43,9%. Os fatores de risco para o desenvolvimento da HAS são classificados em modificáveis e não modificáveis. A VI Diretriz da Hipertensão Arterial destaca que a herança genética é o único fator que não é modificável. Os demais, como a ingestão de muito sal, estresse, obesidade, sedentarismo e ingestão de bebidas alcoólicas em excesso são passíveis de modificação (Brasil, 2010).

2.5.1 Fatores de risco associados à Hipertensão Arterial

A exposição constante a fatores de risco no dia a dia das pessoas é constante e bem comum. A nova sociedade tem ritmos de vida acelerados, e constantemente é tentada de diversas formas: pela mídia, falta de tempo, pouca atividade física, comidas rápidas, e muitas outras que a deixam vulnerável as doenças cardiovasculares (GOMES, NASCIMENTO, 2012).

Dentre os múltiplos fatores de risco que são responsáveis pelo acometimento de HA em crianças e adolescentes cita-se: história família, obesidade, etilismo e sedentarismo como os mais agravantes (ARAUJO et al, 2008). Esses fatores frequentemente estão associados e consequentemente os seus efeitos deletérios se tornam aumentados, e principalmente, quando adicionados aos ambientais e os maus hábitos de vida (FERREIRA, AYDOS 2010).

Como fator ambiental, a ingestão excessiva de sódio favorece a instalação da HA e a diminuição de seu consumo está associada a redução da PA. É necessária uma vigilância constante do seu consumo, uma vez que, ele é utilizado corriqueiramente no preparo de refeições e na conservação de produtos alimentícios industriais presentes na mesa do consumidor: enlatados, embutidos, queijos, temperos e salgadinhos (COSTA, et al 2009).

Os altos níveis pressóricos e mortalidade por DCV estão associados ao consumo crônico de sal, porém também depende de diversos outros fatores e estilos de vida adotados.

O sobrepeso é um dos fatores que predispõem a hipertensão podendo ser responsável por 20% a 30% de seus casos. Entre o público de portadores de hipertensão cerca de 75% dos homens e 65% das mulheres estão em sobrepeso. Pessoas sedentárias têm 30% de chances a mais para o desenvolvimento da HA (FERREIRA, AYDOS, 2010).

Uma das causas principais para o sobrepeso é o sedentarismo, que está mais frequente em países desenvolvidos ou em desenvolvimento, e também nos grandes centros urbanos, onde as pessoas trabalham em atividades que passam muito tempo sentadas, se locomovem por transportes e não praticam atividades físicas (GOMES, NASCIMENTO, 2012). Ele responde

por pelo menos 21% dos casos de tumores malignos na mama e no cólon, assim como por 27% dos registros de diabetes e 30% das queixas de doenças cardíacas (OMS, 2010).

A estimativa a nível mundial é que em 2015 com a exposição a esses fatores, o número de óbitos precoces chegue a 36 milhões principalmente nos países emergentes que diferentemente dos desenvolvidos tem sua população mais jovem a cada dia que passa mais acometida por doenças (GOMES, NASCIMENTO, 2012).

Observa-se que o mundo atual tem contribuído para que as pessoas entrem em vida sedentária, que leva muitas vezes a obesidade. Burgos et al. (2009) afirma que ela é caracterizada pelo aumento excessivo de gordura corporal e pelo desequilíbrio metabólico.

A alta prevalência da HAS é bem maior nos indivíduos obesos, porém a redução de peso ajuda e pode diminuir os níveis pressóricos de pacientes hipertensos (PINTO et al, 2011).

Além dos fatores de risco já mencionados, sabe-se que a incidência dessa patologia é maior na raça negra, em pessoas com idade superior a 50 anos de idade, e em diabéticos. Dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia indicam o acidente vascular cerebral como a principal causa de morte no Brasil, sendo a HA responsável por cerca de 40% dessas mortes (NASCIMENTO SARDINHA, PEREIRA et al., 2009).

O envelhecimento da população está também associado ao aumento da incidência de doenças crônicas, o que faz com que cada vez mais idosos desencadeiem a HA, um agravo que prejudica a qualidade de vida do idoso por impossibilitar tarefas do dia a dia. Para o MS, a proporção de brasileiros diagnosticados com HAS cresceu de 21,5%, em 2006, para 24,4%, em 2009. Atualmente, 63,2% das pessoas com 65 anos ou mais apresentam hipertensão (MATOSO et al, 2013).

Essa condição de risco torna-se ainda maior quando o tabagismo está associado, pois este é considerado um grave problema de saúde pública em razão da sua alta prevalência e da mortalidade decorrente das doenças relacionadas ao tabaco (ALVES, 2005). Além disso, desponta como fator de risco para sete das 14 principais causas de morte entre os idosos (ZAITUNE, 2012).

De acordo com a OMS o tabagismo é considerado a principal causa de morte evitável em todo o mundo, apesar das estatísticas apontarem que aproximadamente 47% de toda a população masculina e 12% da população feminina no mundo fumam, e nos países desenvolvidos esse indicador é bem maior, triplicando na população feminina (OMS, 2013).

O número de mortes mundiais causadas pelo tabaco é altíssimo, e no Brasil estima-se que ocorram 200 mil óbitos no ano (ALVES, 2005). Estima-se que o tabaco seja responsável por

45% dos óbitos por infarto do miocárdio, 85% dos provocados por enfisema, 25% das mortes por doença cerebrovascular e 30% das provocadas por câncer (ZAITUNE et al, 2012).

Essa condição pode ficar ainda pior se junto estiver associada a bebida alcóolica, já que seu caráter crônico pode levar a alterações nos índices pressóricos e a doenças cardiovasculares em geral (MACHADO, et al 2012). A taxa de risco cardiovascular cresce conforme o aumento gradual da ingestão de álcool (JULIÃO, 2012). O alcoolismo, desejo exacerbado de ingerir álcool, atinge 10% da população brasileira. Desse número o gênero masculino corresponde a 70% (JULIÃO, 2012).

2.6. SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR- SIH

A garantia de informação com qualidade oferece condições para se analisar objetivamente a situação sanitária, e para habilitar decisões, é de condição essencial do Sistema de Informação em Saúde (SIS). Muitos países investem na área de informação em saúde, pois visam garantir a qualidade das informações para tanto capacitam os profissionais que estão diretamente envolvidos com a análise desses dados, além de efetuar constante monitoração e disponibilização dos mesmos no sistema (LIMA, et al 2009).

O SIH é um sistema que abrange todo território nacional fazendo um trabalho de coleta e armazenamento de informações e dados sobre internações hospitalares, destacando e processando todos os meses as AIHs das instituições que prestam assistência de saúde, públicas ou privadas, na produção dos servidores. Facilita o acesso de relatórios para os gestores e observa o desenvolvimento das metas estipuladas nos contratos entre as partes interessadas. Favorece a construção do perfil de morbimortalidade hospitalar e análise de atenção prestada para a população (REHEN et al, 2013).

O SIH-SUS é considerado o maior sistema de informação nacional, no tocante as internações, permitindo a captação dos impactos que elas causam (TOMIMATSU et al, 2009). Ele é o único que cobre os casos de morbidade hospitalar e trás as variáveis epidemiológicas, dentre diversas informações contábeis (DRUMOND, MACHADO, FRANÇA, 2008).

3. METODOLOGIA

A pesquisa é visualizada como um conjunto de ações orientadas e planejadas em busca do conhecimento, que visa gerar novos conhecimentos corroborando ou não com outros saberes (SOUZA, 2009).

Este estudo é uma pesquisa exploratória documental, de cunho epidemiológico, de abordagem quantitativa e análise descritiva.

A pesquisa exploratória tem como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos, e envolve levantamentos bibliográficos e documentais (GIL, 2008).

A pesquisa quantitativa utiliza recursos técnicos estatísticos para quantificar dados e conceitos, desde os métodos mais simples, como porcentagem, média e valor mais frequente, até o uso mais complexo como coeficiente de correlação, regressão, entre outros (HANDEM et al, 2008).

De acordo com Gil (2008) as pesquisas descritivas possuem como objetivo a descrição das características de uma população, fenômeno ou de uma experiência.

3.1. LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada a partir dos dados do departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS). Trata-se de um órgão da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde com a responsabilidade de coletar, processar e disseminar informações sobre saúde.

O local escolhido para estudo foi o Estado da Paraíba, que constitui uma das 27 unidades federativas do Brasil. Está situado a leste da região Nordeste e tem como limites o estado do Rio Grande do Norte ao norte, o Oceano Atlântico a leste, Pernambuco ao sul e o Ceará a oeste. Ocupa uma área de 56.439 km², e a população do Brasil. A população do estado nas estimativas do IBGE em 2012 foi de 3 914 418 habitantes, sendo o décimo terceiro estado mais populoso do Brasil (BRASIL, 2012).

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo é constituída de todos os registros de homens internados no estado da Paraíba- PB e no Brasil, entre os anos de 2008 a 2012 notificados no DATASUS. A amostra é definida por todos os registros de internações de homens com diagnóstico de

Hipertensão Arterial Sistêmica na faixa etária de 20 a 59 anos, entre os anos de 2008 a 2012, excluindo-se assim a população de idosos e a feminina.

3.3 INSTRUMENTOS DE COLETA

Foi construído um instrumento para consolidar ano a ano os dados de hipertensão de acordo com as variáveis do estado da Paraíba- PB e no Brasil (Apêndice A).

3.4. COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados na base de dados do DATASUS, através de informações de homens contidos no Sistema de Informação Hospitalar (SIH), através do site: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS>. Nos links: Epidemiológica e Morbidades Geral por local de residência a partir de 2008; Brasil por região e unidade de federação; Lista de Morbidade CID-10; Faixa Etária 1; Sexo; Cor/raça.

3.5. ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados foi utilizada a estatística simples descritiva, tendo como referência a proporção. Para tanto foi utilizado o programa Microsoft Office Excel 2007. Para melhor visualização dos dados os mesmos serão apresentados em gráficos e tabelas. Também será analisada a luz da literatura pertinente.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Por tratar-se de uma pesquisa que não envolve diretamente seres humanos, e sim os dados gerados por intermédio deles, a pesquisa não foi submetida ao comitê de ética, porém obedeceu aos aspectos éticos contidos na resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012 no tocante a ética, cuidado e zelo com a pesquisa (BRASIL, 2012).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As ocorrências de internações hospitalares por hipertensão arterial sistêmica (HAS) em homens entre os anos de 2008 a 2012 no Brasil e no Estado da Paraíba foram consolidadas na forma de gráficos e tabelas para melhor visualização.

Tabela 1: Distribuição por ano e faixa etária das internações por hipertensão arterial sistêmica no Brasil.

Ano/ Variável	2008		2009		2010		2011		2012		Total
Faixa Etária	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
20-29	1.169	6.4	1.205	6.7	1.098	6.4	1.097	6.8	1.119	7.4	5.668
30-39	2.571	14.1	2.550	14.3	2.532	14.7	2.335	14.4	2.286	15.1	12.188
40-49	5.635	30.9	5.584	31.3	5.242	30.6	5.076	31.4	4.651	30.6	26.188
50-59	8.879	48.6	8.523	47.7	8.284	48.3	7.678	47.4	7.116	46.9	40.480
Cor/Raça											
Branca	5.330	29.2	4.935	27.6	4.405	25.7	3.992	24.6	3.627	23.9	22.289
Preta/Parda	5.877	32.2	6.271	35.1	6.458	37.6	6.031	37.3	5.659	37.3	30.296
Amarela	67	0.4	62	0.4	58	0.3	66	0.4	61	0.4	314
Indígena	77	0.4	42	0.2	25	0.2	09	0.1	09	0.1	162
Sem informação	6.903	37.8	6.552	36.7	6.210	36.2	6.088	37.6	5.816	38.3	31.569
Total	18.254		17.862		17.156		16.186		15.172		84.630

Fonte: DataSus

De acordo com a tabela 1, no ano de 2008 foram totalizados 18.254 internamentos no Brasil, sendo que a faixa etária de 50 a 59 anos totalizou 8.879 (48,6%) sendo a mais prevalente. Seguida pela a faixa etária de 40 a 49 anos com 5.635 (30,9%). Logo após podemos identificar a faixa etária de 30 a 39 anos com 2.571(14,1%). Por último a faixa etária entre os 20 a 29 anos apresenta o número de 1.169 (6,4%) sendo a menos prevalente das

internações masculinas neste mesmo período tendo a HAS como a causa no Brasil entre os anos de 2008 a 2012.

No ano de 2009 foram totalizados 17.862 internamentos. A faixa etária de 50 a 59 (47.7%). Seguida pela a faixa etária de 40 a 49 anos que totalizou 5.584 (31.3%). Na sequencia a faixa etária de 30 a 39 com 2.550 (14.3%), e por último a faixa etária de 20 a 29 anos apresentou 1.205 (6.7%) das internações por HA em território brasileiro.

Em 2010 foram totalizados 17.156 internamentos destes 8.284 deu-se a faixa etária de 50 a 59 (48.3%). A de 40 a 49 com 5.242 (30.6%). Seguida de 30 a 39 2.532 (14.7%) e na faixa etária de 20 a 29 anos deste mesmo ano foram totalizados 1.098 (6.4%) casos de internações em homens.

Em 2011 foram totalizados 16.186 internações por sedo 7.678 de casos na faixa etária de 50 a 59 anos (47.4%). Na faixa etária de 40 a 49 anos com 5.076 (31.4%). Na faixa etária de 30 a 39 anos que totalizou 2.335 (14.4%) e na faixa etária de 20 a 29 anos foram 1.097 (6.8%) dos casos.

Em 2012 foram totalizados 15.172 internamentos na faixa etária de 50 a 59 anos houve 7.116 (46.9%). A de 40 a 49 anos 4.651 (30.6%) dos casos. A faixa etária de 30 a 39 anos 2.286 (15.1%), e a faixa etária de 20 a 29 anos 1.119 (7.4%) dos casos. Isso nos Mostra que a população mais velha ainda é a que mais sofre de HAS no país e o ano que mais registrou internações foi 2008 ocorrendo um declínio significativo nos anos seguintes.

A HA, é dentre as causas modificáveis, a patologia que mais acomete e mata pessoas todos os anos. Acredita-se que pessoas de faixa etária elevada são mais acometidas pelo fato de carregarem consigo mais fatores de risco como: diabetes, sedentarismo, a própria idade, obesidade, dentre outros (BARBOSA et al., 2008).

Avaliando-se o Brasil ano a ano, percebe-se que, excetuando a faixa etária de 20 a 29 anos, o comportamento de internações apresenta uma linha descendente. O que se leva a crer que a atenção primária está dando uma resposta efetiva através das suas ações, no controle da HAS, a partir da intensificação das políticas públicas sobre esse tema.

Nesta perspectiva, muitas ações foram desenvolvidas no Brasil. Entre elas encontra-se o Sistema de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos Hiperdia, que permite o cadastramento de portadores tanto de hipertensão arterial quanto de Diabetes, e busca também traçar perfis epidemiológicos desses portadores para criar e formular novas estratégias de prevenção e tratamento na busca de melhorias na qualidade de vida de seus portadores (RAMOS, 2008).

No ano de 2008 a raça mais acometida foi a preta/parda que totalizou 5.877 internamentos (32.2%) dos casos registrados, seguida pela cor branca com 5.330 casos (29.2%), a raça indígena que totalizou 77 casos de internamentos (0.4%). Por último a amarela que totalizou 67 casos (0.4%). Registrou-se 6.903 casos (37.8%).

No ano de 2009 houve um aumento das pessoas acometidas pela raça preta/parda em relação ao ano anterior que totalizou 6.271 internações (35.1%). Já na cor branca houve um declínio totalizando 4.935 (27.6%) . Fato que também ocorreu na cor amarela que totalizou 62 casos (0.4%) e na raça indígena com 42 internações (0.2%). Registram-se 5.552 (36.7%) que não tiveram cor informada, porém sendo menor que o ano anterior.

Em 2010 a raça mais acometida foi a preta/parda totalizando 6.458 casos (37.6%), notando-se um aumento considerável em relação aos anos anteriores. A cor branca que totalizou 4.405 (25.7%) casos, seguida da cor amarela com 58 casos (0.3%), e por último a raça indígena com 25 casos (0.2%). Há casos se registro de cor que totalizaram 6.210 casos (36.2%).

Em 2011 a raça preta/parda prevaleceu que totalizando 6.031 casos (37.3%). Seguida da cor branca com 3.992 (24.6%). Depois a amarela com 66 casos (0.4%). E por fim a raça indígena que totalizou 09 casos (0.1%). Registra-se as internações que não tiveram as informações sobre a cor que totalizou 6.088 casos (37.6%).

No ano de 2012 a raça preta/parda foi a mais prevalente com 5.689 (37.3%), a cor branca com 3.627 (23.9%), a amarela com 61 casos (0.4%), e a raça indígena com 09 casos (0.1%). Ainda temos as internações que não foram informadas sobre a cor que totalizou 5.816 casos (38.3%).

A população de afro-descendente tem sido a mais afetada e apresenta uma maior prevalência e gravidade nos casos de HA, esses altos índices podem ser explicados por níveis elevados de vasopressina plasmática e um declínio na resposta renal (SOUSA et al, 2012).

Registra-se ainda alto número de casos onde não foram informados sobre a etnia, o que faz com que não possamos precisar com exatidão os números de todas as etnias. Além disso, essa ausência de dados retrata como as informações são dotadas de incompletude, comprometendo os sistemas de informação nacional.

Para que uma informação possa ser confiável é de muita importância que haja sempre uma contínua e regular coleta de dados, afim de subsidiar a tomada de decisões que esta pautada na acessibilidade e fazer registro. Nos sistemas epidemiológicos as informações são mais

fidedignas, porém em alguns lugares não se obtém números tão concretos pois isso depende muito da cobertura dos sistemas (PETERLINI, ZAGONEL, 2006).

Ainda encontra-se dificuldade em disseminar a forma de prevenção praticadas pelos homens para o combate/controlar da HA, pois por conceitos já históricos não praticam efetivamente o autocuidado, se não bastasse a falta de conhecimento dos fatores de risco desta população, os profissionais de saúde ainda não tem a prática de olhar o homem no seu contexto geral, como um ser integral e indivisível, restringindo-se apenas as suas características biológicas (LOPES, et al 2009).

A faixa etária mais acometida foi a de 50 a 59 anos com seu maior índice em 2008 e o menor em 2012, em seguida a faixa etária de 40 a 49 com seu maior índice no ano de 2008 e o menor 2012, a de 30 a 39 anos teve seu maior índice em 2009 em 2011 e a 20 a 29 anos teve seu maior índice nos anos de 2009 e o menor índice em 2011.

Essa faixa etária compreende o grupo economicamente ativo, na maioria das vezes homens casados com família para sustentar, sendo assim dedicam-se mais ao trabalho do que cuidar da própria saúde, favorecendo a instalação de complicações e conseqüentemente de internações.

As diferenças socioeconômicas são importantes nas condições de saúde dos indivíduos. Dentre os mais diversos fatores para o desenvolvimento de HAS estão a falta de informação e a alta carga de trabalho e estresse (CECCIM, et al 2009).

Tabela 2: Distribuição por ano e faixa etária das internações por hipertensão arterial sistêmica em homens no Estado da Paraíba.

Ano/ Variável	2008		2009		2010		2011		2012		Total
Faixa Etária	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
20-29	32	6.9	38	8.3	22	5	31	9.5	22	8.4	145
30-39	74	15	74	16	71	16	59	18	44	16.9	322
40-49	121	26.1	131	28.5	151	34	108	32.8	78	29.9	589
50-59	236	51	216	47.1	199	45	131	39.8	117	44.8	899
Cor/Raça											
Branca	42	9.1	46	10	28	6.3	28	8.5	28	10.8	172
Preta/Parda	177	38.2	223	48.6	207	46.7	109	33.1	104	39.8	820
Amarela	05	1.1	00	00	04	0.9	01	0.3	00	00	10
Indígena	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
Sem informação	239	51.6	190	41.4	204	46.1	191	58.1	129	49.4	953
Total	463		459		443		329		261		1.955

Fonte: DataSus

Na tabela 2, percebe-se que no ano de 2008 foram totalizados 463 internações hospitalares na Paraíba, onde a faixa etária de 50 a 59 anos totalizados 236 (51%), a faixa etária de 40 a 49 anos com 121 internamentos (26.1%), a faixa etária de 30 a 39 anos com 74 internações (16%), e a faixa etária de 20 a 29 anos que com 32 internamentos (6.9%).

No ano de 2009 foram registrados 459 internamentos. A faixa etária de 50 a 59 anos teve 216 internações (47.05%), a faixa etária de 40 a 49 anos com 131 (28.5%), em seguida a faixa etária de 30 a 39 anos com 74 (16.1%), e a faixa etária de 20 a 29 anos com 38 (8.3%).

No ano de 2010 foram registrados 443 internações. Na faixa etária de 50 a 59 anos foram registrados 199 (45%). Seguida pela faixa etária de 40 a 49 anos com 151 casos (34%), a faixa etária de 30 a 39 anos com 71 (16%), e a faixa etária de 20 a 29 anos com 22 (5%).

No ano de 2011 totalizou 329 internações hospitalares de homens, onde desses foram registrados na faixa etária de 50 a 59 anos 131 casos (39.8%), na faixa etária de 40 a 49 anos

118 (32.8%), seguida pela faixa etária de 30 a 39 anos 59 casos (18%), na faixa etária de 20 a 29 anos foi de 31 (9.4%) .

No ano de 2012 houveram 261 internações em todo ano, onde a faixa etária de 50 a 59 anos apresentando 117 casos (44.8%), na faixa etária de 40 a 49 anos 78 (29.9%), em seguida a faixa etária de 30 a 39 anos 44 casos (16.9%), e a faixa etária de 20 a 29 anos 22 casos (8.4%).

No que diz respeito as faixas etárias, o acometimento no ano de 2008 foi maior na raça preta/parda que registrou 177 casos (38.2%), seguida pela raça branca com 42 (9.1%), a raça amarela teve 05 (1.1%), e a raça indígena que não apresentou números nesse ano, Porém existe o número de 239 casos (51,6%) internações onde a raça não foi informada o que poderia mudar esse cenário.

No ano de 2009 a raça preta/parda apresenta predominância maior nas internações registrando casos (48.6%), a raça branca que aparece com 46 casos (10%). As raças amarela e indígena não apresentaram números nesse ano. Ainda há um índice elevado de internações onde a raça não foi informada de 190 casos (41.4%) dos casos de HA registrados em homens nesse ano.

O ano de 2010 a raça preta/parda registrou 207 casos (46,7%), seguida pela raça branca com 28 casos (6,3%), a raça amarela apresentou 04 casos (1%), e a raça indígena continuou no ano de 2010 sem casos de interações. Existe ainda um número de 204 casos (46%) onde a raça não foi informada.

No ano de 2011 a raça preta/parda registrou 109 casos (33,1%), seguida pela raça branca com 28 (8,5%), a raça amarela apresenta apenas 01 caso (0,3%), e a raça indígena não apresentou internações nesse ano, e ainda houve um número 191 casos (58,1%) casos onde a raça não foi informada.

No ano de 2012 a raça preta/parda no número de internações onde nesse ano 104 casos (39.8%), na raça branca com 28 casos (10.8%). As raças amarela e indígena não apresentaram internações nesse ano. E o número de internações onde a raça não foi informada chegou a 29 casos (49.4%) das internações hospitalares por HAS nesse ano.

Na tabela 2 se observa que, no Estado da Paraíba, diferentemente do Brasil, só existe linha descendente nas faixas etárias de 30 a 39 e 50 a 59 anos, demonstrando que, apesar do seu modelo de atenção à saúde predominante ser a estratégia de saúde da família, ainda necessita intensificar suas ações no controle da HA, para minimizar suas complicações e suas internações.

Nos últimos anos vemos constantemente na mídia problemas relacionados aos sistemas de saúde em muitos municípios brasileiros, dentre outros motivos esse foi um dos que fizeram com que o governo melhorasse os serviços das ESF, de acordo com alguns autores a qualidade dos serviços é medida pela satisfação da população em torno do atendimento, segundo estudos no Estado da Paraíba a população apresenta-se com um alto grau de satisfação com os serviços prestados pelas ESF, porém deve-se levar em consideração que é um dos estados que apresentam pessoas com baixo grau de escolaridade (ARAUJO, et al 2013).

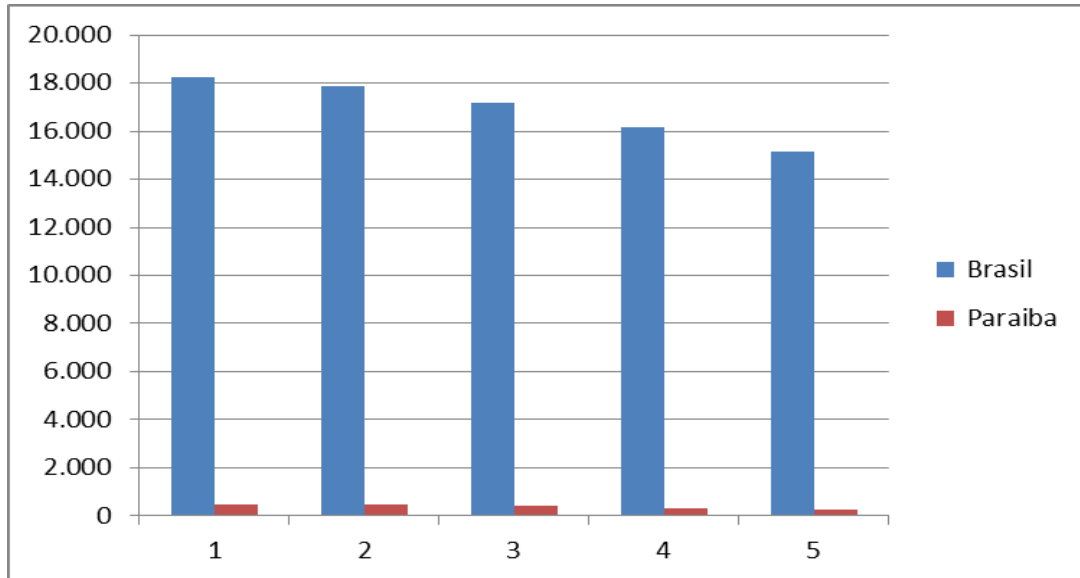
No período de 2008 a 2012, tendo-se uma visão geral, o ano que houve mais internações foi o de 2008 despontando com o menor número em 2012.

A faixa etária predominante de internações foi a de a 39 anos com 322 casos, e por último a de 20 a 29 anos com 145 casos. Apresentando-se assim como a faixa etária menos acometida.

No tocante a raça/cor observa-se que os maiores valores encontra-se na variável preta/parda com um total nos cinco anos de 820 das internações no estado, sendo seguida pela raça branca totalizando 172 casos de internações. A raça amarela totalizou 10 casos de internações no estado da Paraíba. No grupo indígena não houve registro, e como 953 casos de internações não teve a raça distinguida e esse indicador poderia ter outro desfecho.

A prevalência das internações na raça preta/parda pode ser explicado pelo fato que maioria destas pessoas ainda viverem com baixa qualidade de vida por fatores socioeconômicos, bem como explicado geneticamente, onde os sujeitos dessa raça parecem apresentar um defeito hereditário na captação celular de sódio e cálcio, assim como em transporte renal, facilitando deste modo o aparecimento de HAS (NASCIMENTO, SARDINHA, PEREIRA, 2012).

Gráfico 1: Dados Comparativo entre o número de internações por faixa etária no Brasil e na Paraíba no período compreendido entre 2008 e 2012.



Fonte: DATASUS

De acordo com os dados, o número de casos de internações hospitalares de homens por HAS na Paraíba equivale a 2,3% dos casos do Brasil. Fazendo uma comparação de dados, observa-se que há uma semelhança entre Brasil e Paraíba tanto no ano em que houve o maior número de internações quanto no que ocorreu o menor número de internações, bem como nas faixas etárias acometidas. Observa-se que em 2008, os índices foram os mais altos tanto no Brasil quanto especificamente na Paraíba, isto pode ser explicado pelo fato de que não existiam políticas públicas que focassem na saúde do homem.

O ano de 2008 desponta como um marco na saúde do homem, quando no mês de agosto é criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – PNAISH, onde os agravos à saúde dos homens são apontados como verdadeiros problemas de Saúde Pública (SEPARAVICH, 2013).

Houve um declínio ao longo dos anos e pode ser evidenciado quando se extrai os valores das médias ano a ano. No Brasil observa-se que entre os anos de 2008 a 2009 o número de internações caiu (2,14%), 2009 a 2010 (3,95%) 2010 a 2011 (5,65%), 2011 a 2012 (6,26%).

No Estado da Paraíba houve também esta diminuição de internações, tendo havido queda nos anos de 2008 a 2009 (0,86%), 2009 a 2010 (3,49%), 2010 a 2011 (25,7%), 2011 a 2012 (20,6%).

Nota-se também que esse declínio gradual entre os anos demonstra que os menores índices foram apresentados no ano de 2012, realidade que pode ser justificada pela inserção das famílias, de forma mais efetiva, nas ações de prevenção de doenças. Para Ribeiro (2004) esse foi um dos avanços das ESF, pois a modificação do modelo biomédico deu um novo olhar para saúde preventiva.

Apesar de ser uma doença que ataca diversas faixas etárias a HA apresenta um maior número de índice de internações na faixa etária entre os 50 aos 59 anos, como decorrente dos efeitos nocivos das exposições anteriores a diversos fatores de risco, como álcool, fumo, hábitos alimentares inadequados, dentre outros.

Outro ponto destacado por Oliveira (2011) é o fato do aumento de anos na expectativa de vida é um bom sinal, porém evidenciou-se que a medida em que a população vai envelhecendo, também eleva-se o número de pessoas com doenças de caráter crônico, como é da HA.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS é uma condição clínica de origem multifatorial que possui alta prevalência em toda a população, sendo responsável por indicadores de alta morbidade e mortalidade, sendo assim considerado um problema de saúde pública. O que mais pode ser evidenciado como sua causa são os vários fatores de risco modificáveis como álcool, tabaco, sedentarismo, obesidade.

Os homens constituem uma população de alto risco ao desenvolvimento da HA, pois estão constantemente expostos aos fatores de risco e ainda não tem em seu dia a dia a prática do autocuidado. Fazendo com que eles respondam por uma alta incidência de internações hospitalares em todo Brasil.

A pesquisa possibilitou observar que tanto a nível nacional quanto a nível regional houve um declínio nos casos de internações por HA. Esse declínio se deve a implementação e atuação das políticas públicas instaladas na atenção básica, o que nos mostra que elas colaboram de forma efetiva na redução do número de casos da HA, e que esse processo pode apresentar melhores índices ao longo dos anos.

O ano onde evidenciou-se o maior número de internações hospitalares foi o de 2008 e também nota-se um declínio nos anos que se seguem até o 2012, esse declínio pode ser justificado pela criação da PNAISH que ainda é uma política muito nova que procura engajar o público do sexo masculino nos programas de ESF para a conscientização da pratica do autocuidado.

Observou-se que a raça preta/parda apresentou altos índices e liderou os casos de internações por HA, tanto em decorrência da genética, já que este grupo apresenta maior susceptibilidade de desenvolver DCV, quanto ambientais, pois em sua grande maioria esta população tem baixas condições socioeconômicas e baixa qualidade de vida.

Nesse sentido, é preciso um maior empenho do poder público para tentar reverter esse quadro. É importante a atuação da equipe de saúde na atenção preventiva, pois ela é considerada o alicerce para a prevenção de DCV, incluindo a HA.

Evidenciou-se que apesar do SIS ser um instrumento de muita importância é uma ferramenta de alta valia, há alguns problemas ainda no que se diz respeito a coleta de seus dados, pois pode se observar que houve um alto índice de internamentos onde não foi identificada a raça do paciente. Isso faz com que os dados não se tornem 100% fidedignos, pois se esse valor fosse incluído nas raças poderíamos ter valores mais precisos. Quanto a essa questão ainda deve-se uma maior atenção.

Os objetivos que norteiam esta pesquisa foram alcançados, pois identifica-se os números das internações hospitalares em homens, contatou-se o ano e raça mais acometida e pode-se identificar a importância e a atuação do SIS no controle dos números de internações hospitalares.

Com esses resultados o estudo aplicado a este trabalho contribuirá para um maior conhecimento sobre a HAS e sua incidência no público do sexo masculino, servirá de estímulo para o desenvolvimento de mais políticas públicas voltadas a saúde do homem. Para os acadêmicos servirá para despertar a curiosidade sobre o tema e desenvolvimento de outros estudos, haja vista que este assunto ainda é muito novo e estamos apenas engatinhando.

Referências

ALVARENGA, W. A.; et al. Política de saúde do homem: perspectivas de enfermeiras para sua implementação. **Rev. Bras. Enferm.** Vol.65 no. 6 Brasília Nov./Dec. 2012.

ALVES, V. F. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

ARAUJO, A.S.A. et al. Estudo da satisfação dos usuários do Programa Saúde da Família do bairro Vila Mariana, na cidade de Patos, Estado da Paraíba. **REBES (Pombal – PB, Brasil)**, v. 3, n. 4 p. 19-29, out.-dez., 2013

ARAUJO, T.A. et al. Análise de indicadores de risco para hipertensão arterial em crianças e adolescentes. **Rev. Esc. Enferm. USP** 2008; 42(1): 120-6

BARBOSA, J.B.; et al. Prevalência da Hipertensão Arterial em Adultos e Fatores Associados em São Luís - MA **Arq. Bras. Cardiol.** 2008; 91(4): 260-266

BITTENCOURT. S. A. CAMACHO, A. L. A; LEAL. M. C. O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública** vol.22 no. 1 Rio de Janeiro Jan. 2006 Bras. vol.59 no.2 São Paulo Mar./Apr. 2013.

BRASIL. **Banco de Dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS.** Indicadores demográficos, 2011.

_____. Ministério da saúde. Departamento de atenção básica. **Área técnica de diabetes e hipertensão arterial.** Brasília: 2012.

_____. Ministério da saúde. **Departamento de ações programáticas estratégias política de atenção integral a saúde do homem** (Princípio e Diretrizes) Brasília, novembro 2008.

_____. Ministério da saúde. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** Brasília 2010.

_____. Ministério da Saúde: **A Humanização do SUS como uma política do comum.** Brasília 2009.

BRITO, D.M.S. et al. Qualidade de vida e percepções da doença entre portadores de hipertensão arterial. **Cad. Saúde Pública.** 2008,vol. 24, n.4. p.933-940.

BURGOS, M. S. et al. Uma Análise entre Índices Pressóricos, Obesidade e Capacidade Cardiorrespiratória em Escolares. **Full texts in English.** 2009.

CECCIM, R.B. Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. **Cad. Saúde Pública.** 2009, vol.25,n.10, p.2299-2300.

COSTA, G. D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. bras.enferm.** vol.62 no. 1 Brasília Jan./Feb. 2009.

COTTA, R. M. M.; et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde** v.15 n.3 Brasília sep. 2006.

COUTO, M. T.; GOMES, R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2012, vol.17, n.10, pp. 2569-2578.

DRUMOND, E. F.; MACHADO, C. J.; FRANÇA, E. Subnotificação de nascidos vivos: procedimentos de mensuração a partir do Sistema de Informação Hospitalar. **Rev. Saúde Pública** vol.42 no. 1 São Paulo Feb. 2008.

FERREIRA, J.S.; AYDOS, R.D. Prevalência de hipertensão arterial em crianças e adolescentes obesos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(1): 97-104, 2010.

FIGUEREDO, S. F.; SCHRAIBER, L. B. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** vol.16 supl.1 Rio de Janeiro 2011.

FONTES, W.D. et al. Atenção a saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. **Acta Paul. Enferm.** 2011; 24(3): 430-33.

GIL. A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 2009.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cad. Saúde Pública** vol.22 n.5 Rio de Janeiro May. 2012.

JULIÃO. A.M.; Revisão médica: psiquiatra do Núcleo de Medicina Psicossomática e Psiquiatria do Einstein. **Rev. Med. Psiquiátrica**. 91(3): 163-171 abril/ 2012

LIMA, C.R.A. et al Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Cad. Saúde Pública** vol.25 no.10 Rio de Janeiro out. 2009.

LOPEZ, S. B.; MOREIRA, M. C. N. Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens e à Saúde do Homem: interlocuções políticas e masculinidade. **Ciênc. saúde coletiva** vol.18 no. 3 Rio de Janeiro Mar. 2013.

MAIO, M.C.; LIMA, M. T. Fórum. O desafio SUS: 20 anos do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública** 2009; 25:1626-33.

MACHADO, M.C. et al. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. **Ciência & Saúde Coletiva**. 17(5):1365-1374, 2012

MINAYO, M. C. S. Os 20 anos do SUS e os avanços na vigilância e na proteção à saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde** v.17 n.4 Brasília dez. 2008

MONKEN, M; BARCELLOS, C.; Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública** Rio de Janeiro, v 21, n 3, p 898-906, mai./jun2005.

NASCIMENTO, J. S.; SARDINHA, A. H. L.; PEREIRA, A. N. S. Risco cardiovascular em mulheres negras portadoras de hipertensão arterial em uma comunidade de São Luís- MA. **Saúde Coletiva**, vol. 9, núm. 56, 2012, pp. 40-45Editorial Bolina São Paulo, Brasil.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Manual de Hipertensão Arterial Sistêmica**. 2013.

PETERLINI, O.L.G.; ZAGONEL, I.P.S. O Sistema de Informação Utilizado pelo Enfermeiro no Gerenciamento do processo do Cuidar. **Texto Contexto Enferma**. Florianópolis, 2006 Jul-Set; 15(3): 418-26.

PINTO, S.L.; et al. Prevalência de pré-hipertensão e hipertensão arterial e avaliação de fatores associados em crianças e adolescentes de escolas públicas de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(6): 1065-1076, jun.2011.

RAMOS, A.L.S.L. Prevalência de fatores de risco cardiovasculares e adesão ao tratamento em pacientes cadastrados no sistema de acompanhamento de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA) em unidade de referência de Fortaleza, Ceará, 2002-2005. **Biblioteca de Saúde Pública** s.n; 2008. n, 73 p. tab. Rio de Janeiro 2008.

REHEN, T. C. M. S. B.; OLIVEIRA, M. R. F.; CIOSAK, S. I.; EGRY, E. Y. Revista Latino-Americana de Enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. vol.21 no. 5 Ribeirão Preto Sept./Oct. 2013

SÁ.C.E.Q.; SÁ.F.C. F.; GUEDES. A.D.; VERRECHI. T.N. Testosterona sérica e doença cardiovascular em homens. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab**. 2009; 53/8

SEPARAVICH, M. A.; CANESQUI, A. M. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. **Saude soc**. vol.22 no. 2 São Paulo Apr./June 2013

SOUZA, A.A. et al. Metodologia da Pesquisa- Ação como alternativa para articulação entre teoria e prática. **Rev. Tema**. 2009.

TOMIMATSU, M, F, A, I.; ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; MATHIAS, T. A. F.; SAPATA, M. P. M.; SOARES, D. F. P.P.; SOUZA, R. K. T. Qualidade da informação sobre causas externas no Sistema de Informações Hospitalares. **Rev. Saúde Pública** vol.43 no. 3 São Paulo May/June 2009 Epub Apr 03, 2009

ZAITUNE, M.P.A. et al. Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(3): 583-595,mar,2012.

APÊNDICE A**TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE
(Pesquisador Responsável)**

Eu, **ROSIMERY CRUZ DE OLIVEIRA DANTAS**, Professora da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me pela orientação de **OSIEL FERREIRA DA COSTA**, discente do Curso de Graduação em Enfermagem, no desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado *“Ocorrência de internações hospitalares por hipertensão arterial em homens no Brasil e na Paraíba”*. Declaro estar ciente e comprometido em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previstos na resolução 466/12 que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Cajazeiras, _____ de _____ 2014.

Pesquisador Responsável

Rosimery Cruz de Oliveira Dantas

APÊNDICE B**TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE
(Pesquisador Responsável)**

Eu, **OSIEL FERREIRA DA COSTA**, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me, junto com minha orientadora, Prof.^a M. **ROSIMERY CRUZ DE OLIVEIRA DANTAS**, a desenvolver o projeto de pesquisa intitulado “*Ocorrência de internações hospitalares por hipertensão arterial em homens no Brasil e na Paraíba*”. Comprometo-me em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previstos na resolução 466/12 que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Cajazeiras, _____ de _____ 2014.

Pesquisador Responsável

Osiel Ferreira da Costa

APÊNDICE C
TABELA 1

Ano/ Variável	2008		2009		2010		2011		2012		Total
Faixa Etária	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
20-29											
30-39											
40-49											
50-59											
Cor/Raça											
Branca											
Preta/Parda											
Amarela											
Indígena											
Sem informação											
Total											

APÊNDICE D

CRONOGRAMA DE ORGAMENTO

Itens	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
Papel	01	R\$17,00	R\$17,00
Cartucho de impressão	01	R\$40,00	R\$40,00
Material de escritório	01	R\$10,00	R\$10,00
Xerox	03	R\$0,07	R\$30,00
Impressão	200	R\$0,20	R\$40,00
Encadernação simples	03	R\$2,50	R\$7,50
Encadernação capa dura	02	R\$22,00	R\$44,00
Correção morfossintática	01	R\$60,00	R\$60,00
Abstract	01	R\$50,00	R\$50,00
TOTAL			R\$298,50