

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**

Thiago Roberto Castellane Arena

**Influência do modelo de atenção básica à saúde na
assistência aos portadores de hipertensão arterial
sistêmica**

RIBEIRÃO PRETO

2015

Thiago Roberto Castellane Arena

**Influência do modelo de atenção básica à saúde na
assistência aos portadores de hipertensão arterial
sistêmica**

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo, para
obtenção do Título de Doutor. Área de
Concentração: Clínica Cirúrgica.

Orientador: **Prof. Dr. José Sebastião dos
Santos**

Ribeirão Preto

2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico para fins de estudo, pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Arena, Thiago Roberto Castellane
Influência do modelo de atenção básica à saúde na assistência
aos portadores de hipertensão arterial sistêmica, 2015.

129 p.: il.; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Orientador: Santos, José Sebastião dos.

1. Atenção Básica; 2. Estratégia Saúde da Família; 3. Unidades
Básica de Saúde; 4. Assistência à Saúde; 5. Hipertensão Arterial; 6.
Regulação em Saúde.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Thiago Roberto Castellane Arena

Influência do modelo de atenção básica à saúde na assistência aos portadores de hipertensão arterial sistêmica

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Doutor. Área de concentração: Clínica Cirúrgica.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais **Sueli** e **Carlos** pelo apoio, paciência e ensinamentos de vida iniciais.*

*À minha irmã **Aline** pelos aprendizados, frutos da convivência.*

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Ao Prof. José Sebastião dos Santos,

Pelo exemplo, pela oportunidade de crescimento, pelo aprendizado e pelo apoio na elaboração e execução deste estudo.

AGRADECIMENTOS

A Deus,

Por colocar-me diante dos obstáculos, mas, ao lado da minha família e amigos, com saúde, a fim de que eu os transpusesse e prosseguisse em meu caminho.

À Prof^ª Aldaísa Cassanho Forster e ao Prof. Amaury Lelis Dal Fabbro,

Pelo incentivo, aprendizado e pelas valorosas contribuições durante a banca de qualificação.

À Ana Lúcia Kazan,

Pelas contribuições construtivas que me permitiram “simplificar” aspectos metodológicos outrora mais “complexos” deste estudo, tornando-o mais factível.

Aos Docentes e Colegas de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto -

USP,

Pelo convívio amistoso e aprendizado proporcionado, importantes no meu crescimento pessoal e profissional.

À Juliana Pischiottin da Silva, Secretária do Programa de Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica,

Pela atenção, paciência, disponibilidade e cordialidade que me foram dispensados ao longo destes cinco anos.

Aos Médicos Assistentes, Dentistas, Auxiliares e Técnicos de Consultório Dentário, Enfermeiros, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, Farmacêuticos, Auxiliares e Técnicos de Farmácia, Agentes Comunitários de Saúde, Auxiliares Administrativos, Auxiliares de Serviços Gerais, Alunos e Estagiários que estiveram presentes em todas as unidades de saúde alvos deste estudo,

Pela atenção e tempo que me foram destinados diante de meus muitos questionamentos e solicitações de auxílio durante a elaboração deste estudo.

À Enfermeira Sonia Camila Sant Anna e aos Médicos Quitéria de Lourdes Lourosa, Marcelo Rjêra, Lívia Nóbrega Machado, Tufik Jose Magalhaes Geleilete, Patrícia Kjinzle Ribeiro Magalhães e Laércio Joel Franco,

Pelas contribuições, como especialistas em suas respectivas áreas, na validação do instrumento de entrevista e protocolo de coleta de dados utilizados neste estudo.

Aos Pacientes envolvidos neste estudo,

Pela atenção e tempo que me foram dispensados durante a realização das entrevistas individuais.

Aos Médicos Andre Luis Valentini Marinheiro, Fabio Franchi Quagliato e Maria Helena de Siqueira Vieira,

Amigos e companheiros no exercício e docência da Medicina de Família e Comunidade, no Curso de Medicina do Centro Universitário Barão de Mauá, pelo apoio, paciência e compreensão que me foram destinados.

À Suleimy Cristina Mazin,

Pela contribuição nas análises estatísticas dos dados coletados neste estudo.

À Carla Aparecida Arena Ventura,

Pelo estímulo, paciência e auxílio nas etapas finais de conclusão deste estudo.

À Tânia Beatriz Chiari,

Pela contribuição na formatação final deste estudo.

EPÍGRAFE

Flores na Estrada...

Um homem morava numa cidade grande e trabalhava numa fábrica. Todos os dias ele pegava o ônibus às 6h15min e viajava cinquenta minutos até o trabalho. À tardinha fazia a mesma coisa voltando para a casa.

No ponto seguinte ao que o homem subia, entrava uma velhinha, que procurava sempre sentar na janela. Abria a bolsa tirava um pacotinho e passava a viagem toda jogando alguma coisa para fora do ônibus.

Um dia, o homem reparou na cena. Ficou curioso. No dia seguinte, a mesma coisa.

Certa vez o homem sentou-se ao lado da velhinha e não resistiu:

- Bom dia, desculpe a curiosidade, mas o que a senhora está jogando pela janela?

- Bom dia, respondeu a velhinha. - Jogo sementes.

- Sementes? Sementes de que?

- De flor. É que eu viajo neste ônibus todos os dias. Olho para fora e a estrada é tão vazia.

E gostaria de poder viajar vendo flores coloridas por todo o caminho. Imagine como seria bom.

- Mas a senhora não vê que as sementes caem no asfalto, são esmagadas pelos pneus dos carros, devoradas pelos passarinhos. A senhora acha que essas flores vão nascer aí, na beira da estrada?

- Acho meu filho. Mesmo que muitas sejam perdidas, algumas certamente acabam caindo na terra e com o tempo vão brotar.

- Mesmo assim, demoram para crescer, precisam de água.

- Ah, eu faço minha parte. Sempre há dias de chuva. Além disso, apesar da demora, se eu não jogar as sementes, as flores nunca vão nascer.

Dizendo isso, a velhinha virou-se para a janela aberta e recomeçou seu "trabalho". O homem desceu logo adiante, achando que a velhinha já estava meio "caduca".

O tempo passou...

Um dia, no mesmo ônibus, sentado à janela, o homem levou um susto, olhou para fora e viu margaridas na beira da estrada, hortênsias azuis, rosas, cravos, dalias. A paisagem estava colorida, perfumada e linda.

O homem lembrou-se da velhinha, procurou-a no ônibus e acabou perguntando para o cobrador, que conhecia todo mundo.

- A velhinha das sementes? Pois é, morreu de pneumonia no mês passado.

O homem voltou para o seu lugar e continuou olhando a paisagem florida pela janela. "Quem diria, as flores brotaram mesmo", pensou. "Mas de que adiantou o trabalho da velhinha? A coitada morreu e não pode ver esta beleza toda".

Nesse instante, o homem escutou uma risada de criança. No banco da frente, um garotinho apontava pela janela entusiasmado: Olha mãe, que lindo, quanta flor pela estrada. Como se chamam aquelas azuis?

Então, o homem entendeu o que a velhinha tinha feito. Mesmo não estando ali para contemplar as flores que tinha plantado, a velhinha devia estar feliz. Afinal, ela tinha dado um presente maravilhoso para as pessoas. No dia seguinte, o homem entrou no ônibus, sentou-se numa janela e tirou um pacotinho de sementes do bolso.

*"Se não houver frutos, valeu a beleza das flores.
Se não houver flores, valeu a sombra das folhas.
Se não houver folhas, valeu a intenção da semente."*

**Henrique de Souza Filho – Henfil
(1944-1988)**

RESUMO

ARENA, T.R.C. **Influência do modelo de atenção básica à saúde na assistência aos portadores de hipertensão arterial sistêmica.** 129 p. Tese de (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2015.

Introdução: A atenção inicial às doenças crônicas de elevada prevalência, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a regulação do acesso dos pacientes aos outros serviços da rede assistencial são atribuições da atenção básica à saúde (AB), frequentemente, avaliadas como insatisfatórias. Todavia, a adoção da estratégia saúde da família (ESF), em tese, pode mitigar esse conceito. **Objetivo:** Analisar a assistência aos portadores de HAS vinculados a duas modalidades de AB: a tradicional, prestada em unidades básicas de saúde (UBS) e a ESF oferecida em Núcleos de Saúde da Família (NSF). **Método:** Comparação da assistência aos portadores de HAS adscritos à uma UBS (n=98) e a 3 NSF (n=96), no município de Ribeirão Preto, mediante obtenção de informações sobre o acolhimento, orientação, investigação complementar da HAS e utilização dos diferentes componentes da rede assistencial, obtidas de questionário com entrevista estruturada e protocolo aplicado em prontuários físico e eletrônico. **Resultados:** Os dois grupos foram homogêneos quanto aos aspectos epidemiológicos e clínicos, mas o tempo médio de seguimento foi menor na ESF (8 anos), em relação à UBS (16,2 anos) (p=0,01). O acolhimento e a orientação foram equivalentes nas duas modalidades de atenção, mas a frequência dos melhores conceitos foi maior na ESF. A proporção de consultas agendadas foi maior na UBS (p=0,002), assim como aquelas realizadas de forma eventual (p=0,001). Por outro lado, a solicitação e a proporção de exames laboratoriais de acompanhamento foi maior na ESF (p<0,001). Dentre as 511 consultas realizadas nas Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs), 60,9% ocorreram com pacientes seguidos na UBS (p=0,02), mas a frequência de internações hospitalares decorrente de agravamento da HA foi semelhante nas duas modalidades da AB. **Conclusões:** Os dados obtidos, nas condições de estudo empregadas, indicam que o processo assistencial (acolhimento, orientação e investigação dos efeitos da doença) é melhor na ESF, o que pode justificar a menor frequência dos pacientes às UPAs, mas o resultado assistencial verificado pela necessidade de assistência hospitalar às intercorrências decorrentes da HAS é equivalente nas duas modalidades de AB.

Palavras chaves: Atenção Básica, Estratégia Saúde da Família, Unidades Básica de Saúde, Assistência à Saúde, hipertensão Arterial, Regulação em Saúde.

ABSTRACT

ARENA, TRC. **The influence of the primary health care model in the care to patients with hypertension.** 129 p. Thesis (Doctoral) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Introduction: The initial care to chronic diseases of high prevalence such as systemic hypertension (SH) and the regulation of access of patients to other health care network services are the responsibility of primary health care (PHC), frequently evaluated as not satisfactory. However, the adoption of the Family Health Care Strategy, in thesis, is able to deal with this situation. **Objective:** To analyze the medical care provided to patients with SH attended in two modalities of PHC units: the traditional one, provided in basic health units (BHU) and the Family Health Strategy (FHS) offered in Family Health Centers (FHC). **Method:** Evaluate the care offered to patients with SH registered in a BHU (n = 98) comparing with the one offered in 3 FHC's (n = 96), in Ribeirão Preto, by obtaining information about the user embracement, orientation, solicitations of follow-up exams and the use of different components of the health care network, gathered from a questionnaire and a structured interview protocol applied to patient's physical and electronic records. **Results:** The two groups were homogeneous in epidemiological and clinical aspects, but the follow-up mean was lower in the FHS (8 years), in relation to BHU (16.2 years) ($p = 0.01$). The user embracement and orientation were equivalent in the two services, but the frequency of the best concepts was higher in the FHS. The proportion of scheduled consultations at BHU was higher ($p = 0.002$) as well as those that occurred without scheduling ($p = 0.001$). Furthermore, the request and the proportion of follow-up exams performed were higher at the FHS ($p < 0.001$). Among the 511 consultations in emergency care units (ECUs), 60.9% occurred with patients followed at the BHU ($p = 0.02$), but the frequency of hospitalizations due to worsening of hypertension was similar in the two modes of PHC. **Conclusions:** The data obtained in the conditions applied to this study indicate that the process of care (user embracement, orientation, and investigation on the effects of the disease) is best at the FHS, which may explain the lower frequency of patients to ECUs, but the need for hospital care due to complications of hypertension is equivalent in both modalities of PHC.

Keywords: Primary Health Care, Family Health Strategy, Health Centers, Delivery of Health Care, Hypertension, Health Care Coordination and Monitoring.

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

%	Porcentual
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
“n”	Número de Sujeitos Necessários Para Integrar a Amostra
“N”	Sujeitos Acessíveis Para o Estudo
AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividades de Vida Diária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID-10	10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças
CSE	Centro de Saúde Escola
DAC	Doença Aterosclerótica Coronariana
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DCV	Doença Cardiovascular
DM	Diabetes Mellitus
DP	Desvio Padrão
ESF	Estratégia Saúde da Família

FAEPA	Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HC	Hospital das Clínicas
HDL _c	Colesterol HDL (Lipoproteína de Alta Densidade)
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
IDH-e	Índice Estadual de Desenvolvimento Humano
IDH-m	Índice Municipal de Desenvolvimento Humano
IMC	Índice de Massa Corporal Calculado
IRC	Insuficiência Renal Crônica
Kg	Quilogramas
m	Metros
mg/dL	Miligramas por Decilitros
mmHg	Milímetro de Mercúrio
NSF	Núcleo de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAD	Pressão Arterial Diastólica

PAS	Pressão Arterial Sistólica
PIASS	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PSF	Programa Saúde da Família
SAS®	Statistical Analysis System
SIHD	Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado
SUS	Sistema Único de Saúde
TFG	Taxa de Filtração Glomerular
UBDS	Unidade Básica e Distrital de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto-Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Características gerais da amostra de pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.....	58
Tabela 2 -	Avaliação da acessibilidade física na amostra de pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.....	59
Tabela 3 -	Impressões relacionadas ao acolhimento obtidas na última consulta da amostra de pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.....	59
Tabela 4 -	Agendamento de retorno ao término da última consulta realizada na amostra de pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.....	60
Tabela 5 -	Avaliação dos médicos assistentes pela amostra de pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.....	61
Tabela 6 -	Orientações dadas pelos médicos assistentes à amostra de pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.....	62
Tabela 7 -	Uso de medicações prescritas à amostra de pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.....	63
Tabela 8 -	Tipos de remédios usados pela amostra de pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.....	63

Tabela 9 -	Comprometimento de Aspectos da Vida Diária na amostra de pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.....	64
Tabela 10 -	Explicações para o desemprego na amostra de pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.....	66
Tabela 11 -	Assistência recebida na amostra de pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.....	67
Tabela 12 -	Detalhamento das visitas oferecidas à amostra de pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.....	67
Tabela 13 -	Procura por unidades de pronto atendimento e internações hospitalares, referidas durante a entrevista, sofridas pela amostra de pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.....	68
Tabela 14 -	Conhecimento sobre a presença de comorbidades clínicas adicionais à hipertensão arterial na amostra de pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.....	68
Tabela 15 -	Dados relativos ao tempo (meses) de conhecimento da presença de comorbidades clínicas adicionais à hipertensão arterial na amostra de pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.....	69
Tabela 16 -	Nível de prioridade atribuído pela amostra de pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), na busca por solução para situações de urgência e emergência,	

	avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.....	70
Tabela 17 -	Preferência na amostra dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), na busca por solução diante de uma situação de descontrole pressórico considerada urgência e emergência avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.....	71
Tabela 18 -	Serviços oferecidos pela própria unidade de seguimento para a amostra dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.....	72
Tabela 19 -	Registro de procura pelas unidades de pronto-atendimento na amostra dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.....	73
Tabela 20 -	Discriminação das diferentes causas de internação na amostra dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.....	73
Tabela 21 -	Seguimento nas diferentes especialidades médicas ambulatoriais de nível secundário na amostra dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.....	74
Tabela 22 -	Número médio e desvio padrão de consultas nas especialidades médicas ambulatoriais de nível secundário na amostra dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.....	75
Tabela 23 -	Comorbidades clínicas adicionais à hipertensão arterial, registradas nos prontuários, na amostra dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.....	76

Tabela 24 -	Número de comorbidades clínicas adicionais à hipertensão arterial na amostra dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.....	77
Tabela 25 -	Média das pressões arteriais calculadas para a amostra dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.....	77
Tabela 26 -	Classificação da Hipertensão, a partir da média das pressões arteriais calculadas, para a amostra dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.....	78
Tabela 27 -	Classificação da Função Renal para a amostra dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.....	79
Tabela 28 -	Variáveis antropométricas para a amostra dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.....	79
Tabela 29 -	Classificação Nutricional (IMC) para a amostra dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.....	80
Tabela 30 -	Solicitação de exames complementares* para a amostra dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.....	81
Tabela 31 -	Registros relativos às médias e desvios padrão dos resultados dos exames complementares realizados para a amostra dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na	

	Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.....	82
Tabela 32 -	Registros relativos ao número e percentual de exames normais e alterados realizados para a amostra dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.....	82
Tabela 33 -	Registros relativos à solicitação de exames laboratoriais para a amostra dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.....	83
Tabela 34 -	Comparação entre oferta de serviço oferecido e resultados para a amostra dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.....	83

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Pirâmide Populacional de Ribeirão Preto (Fonte: RIBEIRÃO PRETO, 2009).....	41
Figura 2 -	Território de Observação (Fonte: https://www.google.com.br/maps/@-21.1796323,-47.8025861,12z acesso em 20/01/2015).....	44

Sumário

1 INTRODUÇÃO	25
2 REFERENCIAL TEÓRICO	30
3 OBJETIVO	38
4 METODOLOGIA	40
4.1 População	41
4.2 Amostragem e Casuística	44
4.3 Instrumentos de coleta de dados	47
4.3.1 Entrevistas estruturadas	47
4.3.2 Roteiro de Coleta de Informações dos Prontuários	48
4.4 Coleta de dados	50
4.4.1 Entrevistas Estruturadas	50
4.4.2 Prontuários	50
4.4.3 Dados de Internações Hospitalares	51
4.5 Análise de dados	52
4.5.1 Entrevista	52
4.5.2 Prontuário e Internações Hospitalares	52
4.6 Ameaças à Validade Interna do Estudo	53
4.7 Ameaças à Validade Externa	54
4.8 Aspectos Éticos	55
5 RESULTADOS	58
5.1 Características gerais dos pacientes	58
5.2 Entrevista estruturada	58
5.2 Análise dos serviços de saúde oferecidos aos pacientes	71
5.3 Dados obtidos ou inferidos a partir de registros da história clínica do paciente nas suas consultas nas unidades	75
5.4 Dados obtidos ou inferidos a partir de registros do exame físico do paciente durante suas consultas nas unidades	77

5.5 Dados obtidos a partir da conduta médica estabelecida para cada paciente ao fim de suas consultas nas unidades	80
6 DISCUSSÃO	86
7 CONCLUSÃO	102
ANEXOS	118
ANEXO A – Cópia do ofício de aprovação da secretaria de saúde para realização do estudo nas Unidades de Saúde de Ribeirão Preto	118
ANEXO B – Cópia do ofício de aprovação pelo CEP/CSE/FMRP/USP para realização do estudo	119
ANEXO C – Cópia do ofício de aprovação pela Diretoria Acadêmica do CSE / FMRP / USP para realização do estudo nos NSF's do Distrito Oeste	120
APÊNDICES	122
APÊNDICE A - Entrevista Estruturada	122
APÊNDICE B – Principais Aspectos do Protocolo de Atendimento em Hipertensão e Diabetes (RIBEIRÃO PRETO, 2006)	126
APÊNDICE C - Protocolo para coleta de dados clínicos dos prontuários dos pacientes	127
APÊNDICE D - Painel de Especialistas	128
APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	129

1. INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Com o advento da revolução tecnológica e industrial, ocorrida em todo o mundo ao longo dos dois últimos séculos, a população mundial passou a viver mais e o perfil de morbimortalidade populacional, reflexo desse envelhecimento, se alterou. O antigo perfil de doenças associado às infectocontagiosas e parasitárias deixou de ser o principal, e as doenças e mortes associadas às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), com um destaque para as cardiovasculares, passaram a assumir um importante papel neste novo contexto (BRASIL, 2006a).

O envelhecimento da população, antes considerado um fenômeno isolado, passou a fazer parte da realidade da maioria das cidades. Estima-se que para o ano de 2050 existirá cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento. No Brasil, estima-se que existam, atualmente, cerca de 17,6 milhões de idosos e sabe-se que é neste grupo de indivíduos que as DCNT, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a doença cardiovascular (DCV) a ela associada, tendem a ser mais frequentes e a afetar ainda mais a funcionalidade do indivíduo (BRASIL, 2006b).

Nesse contexto de transição epidemiológica, a DCV é fortemente influenciada pela HAS, um de seus maiores fatores de risco potencialmente controláveis, e é a responsável pelo maior número de mortes, ocupando uma das principais áreas de concentração de esforços pelos profissionais da Atenção Primária em Saúde (APS) que atuam em todo o mundo (HOPKINS et al., 2010).

A DCV é responsável por um número aproximado de 16,7 milhões das mortes no globo, representando cerca de 30% de todos os óbitos (WHO, 2007). Na América do Norte, um americano morre de DCV a cada 36 segundos (CDC, 2007) enquanto que no Canadá, em 2003, 74.255 mortes, cerca de 33% do total de mortes do país, deveram-se à DCV (STATISTICS CANADA, 2003).

No Brasil, a DCV, desde o início da década de 1960, é responsável por cerca de 27% dos óbitos do país (PROJETO DIRETRIZES, 2008). Frente ao envelhecimento populacional, a DCV, associada à HAS em sua gênese, tende a apresentar dados ainda mais alarmantes uma vez que, sabidamente, a HAS está presente em aproximadamente 65% dos idosos brasileiros (TADDEI et al., 1997),

podendo chegar a cerca de 80% se considerarmos as mulheres idosas com mais de 75 anos (FERREIRA et al., 2000).

Dados do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus de 2001 (BRASIL, 2001) apontaram que, na população brasileira acima de 40 anos de idade, 36% possuem HAS e que mais de 15 milhões de brasileiros a apresentam, sendo, aproximadamente, 12.410.753 (83%) usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Estima-se também que mais de 1/3 dos hipertensos desconhecem a doença e que menos de 1/3 dos detentores desse conhecimento apresentam níveis adequados de pressão arterial (PA) com o tratamento proposto (BRASIL, 2006a).

O risco para DCV e, mais especificamente a HAS, aumenta com o envelhecimento, e nesse contexto, o município de Ribeirão Preto torna-se um caso interessante para análise. Dos 4566 óbitos registrados no primeiro semestre do ano de 2010, 1259 (cerca de 27%) estavam associados ao aparelho cardiovascular sendo que somente 686 dos óbitos (cerca de 54%) ocorreram em condições em que foi possível prestar alguma condição de assistência médica aos pacientes (CODERP, 2010). Além disso, a cidade, em 2009, possuía uma população estimada de 563.107 habitantes (IBGE, 2010) dos quais cerca de 13% era composta de indivíduos com 60 anos ou mais segundo informações do Plano Municipal de Saúde para o período de 2010-2013 (RIBEIRÃO PRETO, 2009).

A relação desses dados de óbitos de Ribeirão Preto a códigos mais específicos da Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (DATASUS, 2006), direta ou indiretamente associados à HAS, revela que os códigos "I10" (hipertensão essencial), "I11" (doença cardíaca hipertensiva), "I12" (doença renal hipertensiva), "I13" (doença cardíaca e renal hipertensiva), "I21" (infarto agudo do miocárdio), "I50" (insuficiência cardíaca), "I64" (acidente vascular cerebral) e "I71" (aneurisma e dissecação da aorta) estavam associados a 634 (aproximadamente 50%) dos 1259 óbitos por DCV ocorridos no município (CODERP, 2010).

Considerando que o envelhecimento populacional faz parte da realidade ribeirãopretana, atualmente, exigem-se, por parte dos gestores, novas estratégias de cuidado na saúde pública local, num contexto em que tratamentos clínicos mais efetivos passaram a ser cada vez mais o foco das discussões (GRAVINA et al., 2010), uma vez que as dificuldades de financiamento público tornaram-se mais frequentes.

Nesse contexto, a implementação de medidas de prevenção, detecção precoce e controle para a HAS é um grande desafio para os profissionais e gestores de saúde (DBH VI, 2010) já que no Brasil aproximadamente 75% da assistência à saúde da população está sob responsabilidade da rede pública do SUS, ficando os outros 25% a cargo do Sistema de Saúde Complementar (ANS, 2009).

As equipes da atenção básica que se encontram mais próximas da população têm as atribuições de prestar e coordenar o cuidado aos seus pacientes nos diferentes pontos de atendimento da rede pública assistencial, bem como criarem condições para que um serviço de qualidade possa ser oferecido.

Considerando este cenário, em 2010, a partir de pacientes hipertensos e diabéticos inicialmente cadastrados em uma unidade de saúde localizada no Distrito Sanitário Oeste de Ribeirão Preto, o Núcleo de Saúde da Família 3 (NSF₃), iniciou-se uma investigação que envolveu as consultas registradas de fevereiro de 2008 a janeiro de 2010 nos prontuários dos 3 níveis de atenção onde os pacientes eram seguidos: primário (prontuário do NSF₃), secundário (prontuário do Centro de Saúde Escola (CSE)), e terciário (prontuário do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP (HC)).

A investigação apontou 3 importantes resultados: (1) o NSF₃, que, por ser unidade de saúde de nível primário e, portanto, deveria ser responsável pela coordenação dos cuidados de seus pacientes ao longo da rede assistencial, desconhecia que 6 de seus pacientes eram seguidos nos ambulatórios de especialidades do CSE e/ou HC; (2) o NSF₃ conhecia o diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica - obtido por meio da Equação de Cockcroft-Gault (COCKCROFT, 1992) - em somente 24% dos seus pacientes acompanhados que, de fato, apresentavam clearance de creatinina estimado menor que 60 mL/min/1,73m² de superfície corporal; (3) a partir da observação da periodicidade dos exames laboratoriais solicitados para os pacientes hipertensos e diabéticos, cerca de 6% dos exames solicitados foram considerados desnecessários, pois, o mesmo tipo de exame foi solicitado, ao mesmo paciente, simultaneamente, por mais de uma unidade de saúde de nível diferente de atenção (NSF₃/CSE/ HC) pelas quais ele era seguido, sem que, contudo, houvesse grandes variações laboratoriais em seus resultados que justificassem tais coletas em intervalos de tempo tão estreitos (ARENA et al., 2010; ARENA et al., 2014).

Os resultados apresentados motivaram a realização do presente trabalho ao observar que, mesmo numa estrutura organizada que conta com equipe

multidisciplinar de profissionais vinculados à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), não ocorria a esperada coordenação do cuidado aos pacientes hipertensos e diabéticos, acarretando, além de gastos desnecessários com exames complementares, a insuficiência da qualidade do serviço oferecido.

Esses achados sugeriam que a insuficiência na gestão clínica comprometia a continuidade e a integralidade da atenção prestada aos pacientes quando, sabidamente, há evidências de que a presença de médicos com formação geral na cobertura de serviços preventivos e curativos de saúde, aliada a uma prática voltada à atenção primária em saúde¹ ocasiona resultados melhores, mais equitativos, e mais eficientes em saúde pública além de apresentar custos mais baixos ao sistema público e ser capaz de proporcionar maior satisfação aos usuários quando comparados àqueles sistemas de saúde dotados de uma escassa orientação para a atenção primária (ou básica) (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005).

Por outro lado, há poucas informações acerca da efetividade da atenção primária na obtenção da melhora de indicadores de saúde (como por exemplo, taxa de complicações, internações, adesão terapêutica, entre outros) para as DCV de maior prevalência. Esta escassez de informações se justificaria em parte pela falta de incentivos econômicos para a realização das pesquisas ou pelas limitações metodológicas dos diferentes estudos publicados, uma vez que o tema “atenção primária” é tão amplo, permitindo diferentes abordagens investigativas (CARRATALÁ-MUNUERA et al., 2012).

Nesse sentido, este estudo tem como objetivo verificar a influência que o modelo de atenção básica à saúde exerce na assistência aos portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS), doença considerada um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares.

¹Um grupo holístico de atividades de saúde que inclui educação, saneamento, e nutrição, entre outros.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O mundo e o Brasil, na década de 1970, presenciaram importantes transformações na área da saúde. Neste período, questionamentos sobre os impactos em saúde passaram a ser muito frequentes, sobretudo nos países desenvolvidos. Em 1974, o ministro Marc Lalonde, no Canadá, publicou um informe que questionava a abordagem exclusivamente médica para as doenças, propondo, assim, uma nova forma de atenção à saúde: privilegiar as ações de promoção de saúde na tentativa de reorientação dos modelos assistenciais, visando à redução de gastos e a melhora nas condições de vida (LALONDE, 1974; BUSS, 2003).

Em 1978, com a realização da Conferência de Alma Ata voltada à Atenção Primária à Saúde (APS) por meio da meta “Saúde para todos no ano 2000”, as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças passaram a ser priorizadas, acarretando, para a saúde pública, a reorganização dos serviços de saúde por meio da APS (WHO, 2007).

A Conferência de Alma Ata especificou como componentes fundamentais da APS as seguintes ações: educação em saúde, saneamento ambiental, programas de saúde materno-infantil, prevenção de doenças endêmicas locais, tratamento adequado de lesões e doenças frequentes, fornecimento de medicamentos essenciais, boa nutrição e medicina tradicional (SANTOS, 2007, cap.1), ações estas de alto impacto, capazes de melhorar a qualidade de vida das pessoas e reduzir as possibilidades de adoecer.

Em novembro de 1986, em Ottawa, no Canadá, deu-se a Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde em resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública. As discussões nessa conferência basearam-se nos progressos já então ocorridos e ao término desta foi elaborada a Carta de Ottawa que definiu promoção de saúde como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo sua maior participação no controle do processo”(BRASIL, 2002). Ainda de acordo com a Carta de Ottawa, foram preconizados cinco campos de ação para a promoção da saúde: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde (BRASIL, 2002).

O Brasil, no final da década de 70 e início da década de 80 do século passado, presenciou o fracasso do modelo prestador de serviços bem como a privatização da assistência médica, o que foi ainda mais agravado por altos índices de desemprego, crescente inflação e mudanças no perfil epidemiológico, acarretando maior mobilização por melhores condições de vida pelos profissionais de diversos setores e por parte da população. Ocorreu, então, aumento nos movimentos populares voltados à maior democratização do acesso ao sistema de saúde bem como maior humanização do atendimento. Formou-se, assim, o Movimento Sanitário Brasileiro, questionador do modelo dominante de atenção à saúde bem como de suas políticas e práticas. Tal movimento buscava a democratização e a instituição de um sistema nacional de saúde “novo” e que enfatizasse a relação saúde-sociedade e desenvolvesse uma consciência sanitária na população (PAIM, 2002).

Em 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, na qual as bases da Reforma Sanitária brasileira foram definidas. A Reforma Sanitária pressupunha a criação de um organismo que pudesse promover uma política de distribuição de recursos para a saúde de forma mais justa, igualitária e universal, em outras palavras, lançou o embrião do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1986), o qual realmente viria a se concretizar em 1988 com a inclusão na Constituição Federal Brasileira de um capítulo sobre o setor saúde.

Por meio da determinação constitucional do direito universal de acesso às ações e serviços de saúde à população brasileira (Artigo 196 da Constituição Federal), a saúde passou também para o campo do direito mesmo que esse documento não explicitasse a que “saúde” estava se referindo. Apesar do SUS ser a primeira ferramenta legitimada e garantida em lei para a construção de uma saúde digna, humana, eficaz e universal, ele vem apresentando dificuldades em sua implementação (BORGES, 2002). Tais dificuldades residem no fato de que “a construção da saúde precisa superar a dinâmica sócio sanitária vigente, que ainda elege a proposta hospitalocêntrica, individualista, medicocêntrica e biologista como a de maior importância, relegando à saúde a ideia de contrário de doença” (SANTOS, 2007, cap.1).

O conceito de “saúde” atual não se resume à ausência de doenças ou à antiga definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) como bem estar físico, mental e social. O conceito de “saúde” atual engloba vários outros fatores relacionados às condições de vida, como: moradia, emprego, saneamento,

eletrificação, água tratada, acesso aos serviços de saúde, nível educacional e outros (SANTOS, 2007, cap.8).

Em 1987, a Secretaria de Saúde do Ceará, como parte integrante de um programa de emergência de combate à seca, instituiu o Programa de Agentes de Saúde e devido a uma ampla repercussão política o programa passou a ser expandido para todo o país como um programa permanente com a denominação de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (MENDES, 2002).

Em 1994, em meio ao contexto de mudanças na área da saúde, o Ministério da Saúde implantou o Programa Saúde da Família (PSF) visando efetivar as diretrizes do SUS (BRASIL, 1997). Desta forma, o PSF, no Brasil, pode ser visto como uma retomada de proposições contidas nas políticas públicas federais que estiveram em evidência, desde meados dos anos de 1970 até o início dos anos de 1980. Nesse sentido, destacaram-se o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), de 1976, e o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (7ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1982) que visavam à extensão da cobertura e a ampliação do acesso aos serviços de saúde para grupos sociais ainda marginalizados (DONNANGELO, 1996).

Recentemente, o Programa Saúde da Família passou a denominar-se Estratégia Saúde da Família (ESF). A Estratégia Saúde da Família teve como objetivo reorientar o modelo assistencial à medida que procurou aproximar o serviço de saúde da comunidade tornando-o mais humano e acolhedor e, a partir da publicação da Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2007a), com a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família passou a ser a estratégia prioritária para organização da Atenção Básica (no Brasil, o termo Atenção Básica (AB) se confunde com o termo Atenção Primária à Saúde (APS).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2007a), a AB se caracteriza por

“um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume responsabilidade sanitária considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações”.

A AB se utiliza de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e

relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (STARFIELD, 2002).

Segundo a OMS, a APS pode ser definida como atenção essencial à saúde baseada na tecnologia e em métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento; um espírito de autoconfiança e autodeterminação (STARFIELD, 2002).

A APS é parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, com enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. A APS é o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, deve estar o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham para se constituir no primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (STARFIELD, 2002).

A qualidade da atenção na APS, no contexto da otimização da efetividade e equidade, significa o quanto as necessidades de saúde existentes ou potenciais estão sendo atendidas de forma otimizada pelos serviços de saúde, dado o conhecimento atual a respeito da distribuição, reconhecimento, diagnóstico e manejo dos problemas e preocupações referentes à saúde (STARFIELD, 2002).

A qualidade da atenção na APS aborda a satisfação do usuário com os serviços, os custos da atenção, a qualificação do pessoal dos serviços de saúde, a segurança e aparência agradável das unidades de saúde e a adequação dos equipamentos e laboratórios que contribuem para a prestação dos serviços (STARFIELD, 2002).

A qualidade dos serviços de saúde, também pode ser estudada a partir de sete pilares (DONABEDIAN, 1990):

1) **Eficácia** (intensidade em que uma determinada intervenção resulta em um determinado impacto, considerando-se uma situação ideal, em outras palavras, o melhor que se pode fazer, em condições mais favoráveis, possíveis, dados o estado do usuário e as circunstâncias inalteráveis);

2) **Efetividade** (melhora da saúde que queremos alcançar, porém sem as condições ideais);

3) **Eficiência** (medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada, ou seja, obter o efeito máximo de melhora na saúde, com o menor custo);

4) **Otimização** (emprego da relação custo-benefício em saúde);

5) **Aceitabilidade** (adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores do paciente e de sua família);

6) **Legitimidade** (aceitação do cuidado e aprovação dos serviços de saúde pela comunidade) e

7) **Equidade** (princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros da população).

Além desses sete pilares, ao estudar a qualidade dos serviços de saúde, podem ser utilizadas três dimensões:

1ª) **Desempenho técnico**, que consiste na aplicação do saber, do conhecimento e tecnologia médica, a fim de maximizar benefícios e reduzir riscos;

2ª) **Relações interpessoais**, leva em consideração o relacionamento com o paciente e a

3ª) **Amenidades**, que diz respeito ao conforto e estética das instalações e equipamentos onde ocorre a prestação do serviço, ou seja, a estrutura física do local de atendimento.

O acompanhamento de qualidade para os pacientes portadores de DCNT, por um lado, evita a perda da independência, uma vez que a dependência para o desempenho das atividades de vida diária (AVD) tende a aumentar com a idade e aumentar ainda mais se a esta se somarem as comorbidades advindas de um mau acompanhamento das condições clínicas de base. Por outro lado, o bom seguimento clínico de um paciente com DCNT no sistema de saúde é menos oneroso à medida em que sequelas, perdas, limitações e internações são evitadas o que, sabidamente, diminuem os custos totais do cuidado e evitam sobrecarga dos sistemas de saúde e previdenciário (ARAUJO, 2005).

Em relatório da OMS (2003), determinaram-se oito elementos essenciais para aprimorar os sistemas de saúde para o controle das DCNT associado

ao HIV/AIDS, com ênfase nas modificações no cuidado dos pacientes crônicos, o que poderia evitar o colapso nos sistemas de saúde ditos “públicos”.

Os oito elementos descritos envolvem:

1) **Apoiar uma mudança de paradigma**, ou seja, organizar o sistema de saúde não em torno de um modelo de tratamento de casos agudos e episódicos, mas, sim, voltado às necessidades de muitos pacientes portadores de doenças crônicas;

2) **Gerenciar o ambiente político** posto que a elaboração de políticas de saúde ocorrem, inevitavelmente, em um contexto político;

3) **Desenvolver um sistema de saúde integrado** que evite a fragmentação dos serviços e atendimentos, fato tão comum na lida com pacientes crônicos;

4) **Alinhar políticas setoriais para a saúde** de tal forma que políticas semelhantes possam, quando alinhadas, maximizar os resultados de saúde;

5) **Aproveitar melhor os recursos humanos do setor saúde**;

6) **Centralizar o tratamento no paciente e na família** uma vez que o gerenciamento das condições crônicas requer mudanças no estilo de vida e no comportamento diário;

7) **Apoiar os pacientes em suas comunidades** uma vez que o tratamento do paciente com afecções crônicas também demanda mudanças no ambiente doméstico e laboral do paciente e, por fim,

8) **Enfatizar a prevenção** posto que a maioria das condições crônicas é evitável e muitas de suas complicações podem ser prevenidas.

O relatório da OMS (2003) tem como objetivo um ganho de qualidade tanto para pacientes portadores de DCNT, como para os sistemas de saúde nos quais estes pacientes se inserem. Sabidamente, na ausência de uma mudança de vulto na forma de lidar com os pacientes portadores de DCNT, levará, na próxima década, muitos países a chegar a uma situação difícil no tocante a custo, qualidade e acesso aos seus sistemas de saúde.

A preocupação dos países visando a adoção de estratégias no contexto de seus sistemas de saúde para lidar com a evolução no número de DCNT's foi reforçada com a aprovação pela Assembléia Geral da ONU, em abril de 2010, da Resolução para Prevenção e Controle das Doenças Não-Transmissíveis (UN, 2010) sendo que, nesse contexto, o Plano de Ação desenvolvido pela OMS, para os anos

de 2008-2013 (WHO, 2008), focou-se em 4 principais DCNT's, responsáveis por 58% das mortes do Brasil em 2007: câncer, doenças respiratórias crônicas, diabetes e doenças cardiovasculares, com um importante destaque para a HAS nesta última condição.

Diante disso, para a maioria dos países, a criação de um sistema de saúde sustentável passou a ser necessária e passou a representar, para estes, um desafio de peso uma vez que as possibilidades de fracasso são desanimadoras, mas de altas recompensas, desde que transformações bem sucedidas sejam implementadas. Os países que obtiverem êxito nesta empreitada terão o poder de utilizar os benefícios de novas tecnologias e tratamentos médicos para criar os grupos de cidadãos mais saudáveis que desfrutarão de uma estrutura mais barata e aprimorarão sua capacidade de atrair e reter as pessoas mais talentosas além de competir melhor nos muitos ramos das indústrias da economia global, incluindo, a emergente indústria de prestação de serviços de saúde (IBM, 2008).

3. OBJETIVOS

3 OBJETIVO

O objetivo geral deste estudo é analisar a produção de serviços em saúde na assistência prestada aos portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) em duas modalidades diferentes de cuidado na atenção básica (AB): a tradicional, oferecida em Unidade Básica de Saúde (UBS) e a estratégia saúde da família (ESF), oferecida em Núcleos de Saúde da Família (NSF's).

São objetivos específicos:

1. Identificar a utilização dos serviços de saúde pelos portadores de HAS vinculados a duas modalidades de AB;
2. Descrever a influência de cada modalidade de cuidado na condição de saúde de seus usuários.

4. METODOLOGIA

4 METODOLOGIA

Trata-se de estudo do tipo descritivo, transversal, retrospectivo, quantitativo (FRANCO; PASSOS, 2005), pois se propõe a avaliar o efeito de algumas características de duas amostras de populações de hipertensos: os seguidos em UBS e os seguidos na ESF. Indiretamente, este estudo examinou no sistema público de saúde de Ribeirão Preto, o efeito que a modalidade de acompanhamento apresentada pelos pacientes hipertensos na atenção básica do município (quer seja na UBS tradicional com o clínico geral, quer seja na ESF com o médico de família) acarretou em seu quadro clínico ou no nível de satisfação do atendimento recebido.

O cenário da pesquisa foi o município de Ribeirão Preto, localizado na região Nordeste do Estado de São Paulo, com população estimada de 604.682 habitantes em um território de aproximadamente 650 km² (IBGE, 2011). É um município que apresenta como principais atividades o agronegócio, a indústria, o comércio e a prestação de serviços. Seu índice municipal de desenvolvimento humano (IDH-m) é de 0,855, ligeiramente superior ao índice estadual (IDH-e) que é de 0,814 (RIBEIRÃO PRETO, 2011).

A rede assistencial de saúde de Ribeirão Preto é formada pelos hospitais estaduais, pela rede pública municipal, por serviços filantrópicos, e por serviços particulares de atenção à saúde. A rede pública municipal, está estruturada com Unidades Básicas de Saúde (UBS's), Unidades Básicas e Distritais de Saúde (UBDS's) (que funcionam como Unidades de Pronto Atendimento (UPA's)), Unidades de Saúde da Família (USF's), Ambulatórios de Especialidades, Núcleos de Atenção e diversos Centros de Referências, além da rede hospitalar, compondo, assim, uma rede de serviços que abrange os três níveis de atenção em Saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2009).

Dos cinco distritos sanitários em que o município de Ribeirão Preto se divide, o Distrito Oeste é o que possui o maior número de equipes de Saúde da Família. O Centro de Saúde Escola "Dr. Joel Domingos Machado" da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (CSE) é sua sede e tem em sua área de abrangência seis Núcleos de Saúde da Família (NSF).

A população do município de Ribeirão Preto apresenta uma tendência ao envelhecimento, com sua pirâmide populacional estreita na base e com maior

incremento populacional nos estratos etários de maior idade (Figura1) (RIBEIRÃO PRETO, 2009).

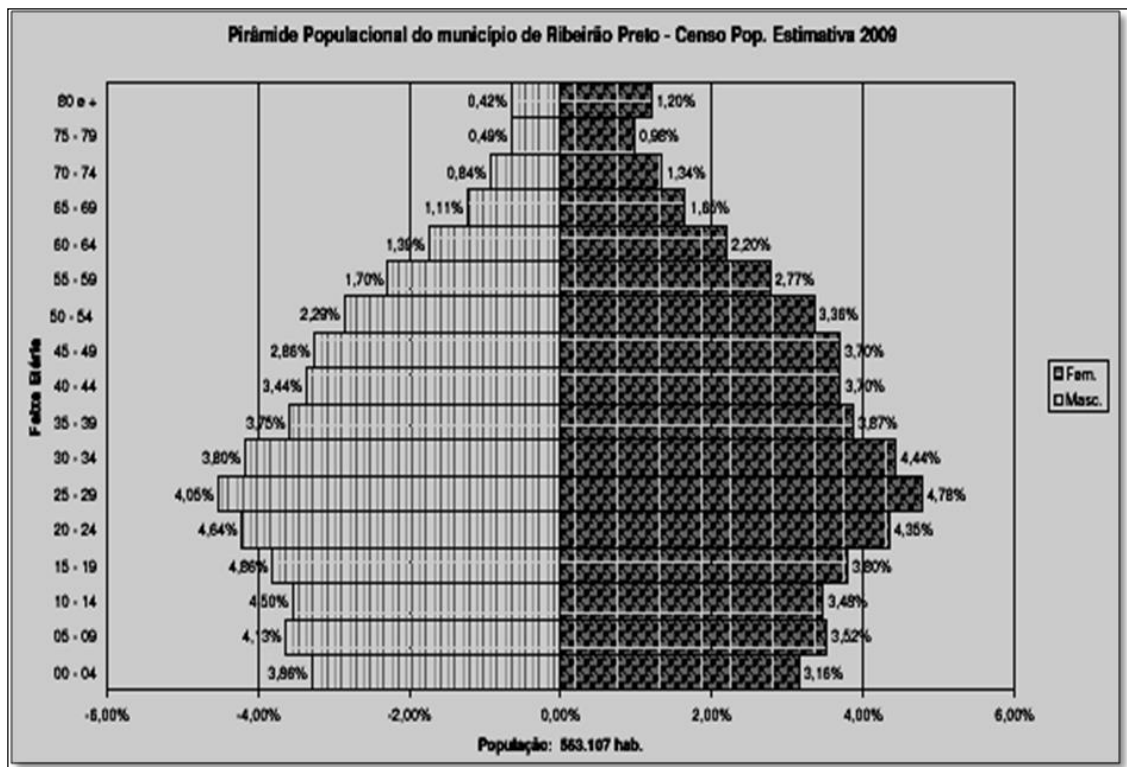


Figura 1 - Pirâmide Populacional de Ribeirão Preto (Fonte: RIBEIRÃO PRETO, 2009)

4.1 População

A população alvo desse estudo foi constituída pelos pacientes hipertensos, com idade a partir de 18 anos, regularmente cadastrados na rede pública de saúde de Ribeirão Preto.

A população acessível desse estudo foi formada por pacientes hipertensos seguidos nas unidades de nível primário (uma UBS e três NSF's), que apresentaram registros em seus prontuários físico e/ou eletrônico.

O prontuário físico é o prontuário que continha registros feitos à mão pelos diferentes profissionais de saúde que assistiram os pacientes em seus cuidados. Tais registros foram armazenados em pastas individuais nos arquivos físicos das diferentes unidades de saúde envolvidas neste estudo.

Já o prontuário eletrônico contemplou as informações digitadas e disponíveis no Sistema Hygia de Gestão de Saúde Pública, utilizado, pela Secretaria

Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, para gerenciar as informações de saúde de seus munícipes. A utilização do Sistema Hygia, acessada pelo pesquisador durante a execução deste estudo, permitiu que fossem conhecidas as informações de saúde dos pacientes nas diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde em que eles foram atendidos (UBS's, NSF's ou UPA's) quando as informações colhidas dos prontuários físicos dos pacientes eram insuficientes ou ilegíveis (RIBEIRÃO PRETO, 2015; TECHNE, 2015).

Os **critérios de inclusão** dos pacientes para este estudo foram os seguintes:

1. Estar regularmente cadastrado nas unidades de saúde de nível primário;

2. Apresentar Pressão Arterial Sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou Pressão Arterial Diastólica (PAD) maior ou igual a 90mmHg, em mais de uma aferição, sem uso de nenhuma medicação anti-hipertensiva ou que apresente valores de Pressão Arterial (PA) inferiores aos apresentados acima, mas durante o uso de medicação anti-hipertensiva (BRASIL, 2006c);

3. Terem se submetido a pelo menos um atendimento nas unidades de nível primário no período estipulado de **1 de Janeiro de 2009 a 31 de Dezembro de 2010**.

Foram **excluídos** desse estudo pacientes hipertensos que, mesmo estando regularmente cadastrados nas unidades de saúde, não apresentaram nenhuma anotação de registro de seus atendimentos de saúde, em seus prontuários físicos ou eletrônicos, no período estipulado em questão.

A população-alvo foi categorizada em dois grupos distintos: os pacientes hipertensos, admitidos (1) através de **uma** Unidade Básica de Saúde (grupo "UBS"), e (2) através de **três** Núcleos de Saúde da Família (NSF) (grupo da estratégia saúde da família "ESF"). As unidades estudadas encontram-se destacadas na figura 2, de acordo com a seguinte legenda:

A. Unidade Básica de Saúde Carlos Chagas (UBS Vila Abranches). Unidade fundada em 1988, localizada na Rua Maria Auxiliadora Abranches de Farias, número 550, Bairro Vila Abranches, localizada no Distrito Sanitário Leste do Município de Ribeirão Preto, responsável pelo atendimento de cerca de 19.941 habitantes. No

período de realização deste estudo, tal UBS funcionava das 7:00 às 21:00 horas, contando 4 Clínicos Gerais, 3 Ginecologistas e 4 Pediatras (cada profissional médico trabalhando 20 horas semanais), além de equipe de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Esta UBS diferia-se das demais UBS's do município por ser uma UBS associada ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);

B. Núcleo de Saúde da Família Prof. Dr. Breno J. Guanais Simões (NSF₁) localizado na Rua São Salvador, número 1293 e 1303, Bairro Sumarezinho, localizada no Distrito Sanitário Oeste do Município de Ribeirão Preto, responsável, atualmente, pelo atendimento de cerca de 2.618 habitantes;

C. Núcleo de Saúde da Família Prof.^a Dr.^a Célia de Almeida Ferreira (NSF₃), localizado na Travessa Nossa Senhora da Penha, número 55, Bairro Sumarezinho, localizada no Distrito Sanitário Oeste do Município de Ribeirão Preto, responsável, atualmente, pelo atendimento de cerca de 2.282 habitantes;

D. Núcleo de Saúde da Família Marina Moreira de Oliveira (NSF₄), localizado na Rua Padre Anchieta, número 2661, Bairro Jardim Antártica, localizada no Distrito Sanitário Oeste do Município de Ribeirão Preto, responsável, atualmente, pelo atendimento de cerca de 3.817 habitantes.

Tais NSF's, foram fundados a partir de 2001 após um convênio firmado entre a Secretaria Estadual de Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Ribeirão Preto, a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP), o Hospital das Clínicas da FMRP-USP (HCFMRP) e a Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do HCFMRP (FAEPA) (CAP, 2013). No período de observação deste estudo, os 3 NSF's funcionavam das 7:00 às 17:00 horas, contando, cada um, com 1 Médico de Família Assistente (generalista), que trabalhava 40 horas semanais na assistência aos pacientes e na preceptoria de cerca de 4-5 Médicos Residentes do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do HCFMRP, e na orientação de estudantes da FMRP-USP juntamente com os docentes do curso de medicina. Tais Unidades também contavam com equipe de enfermagem e agentes comunitários de saúde e também recebiam estudantes e docentes de outros cursos da Saúde da FMRP-USP.

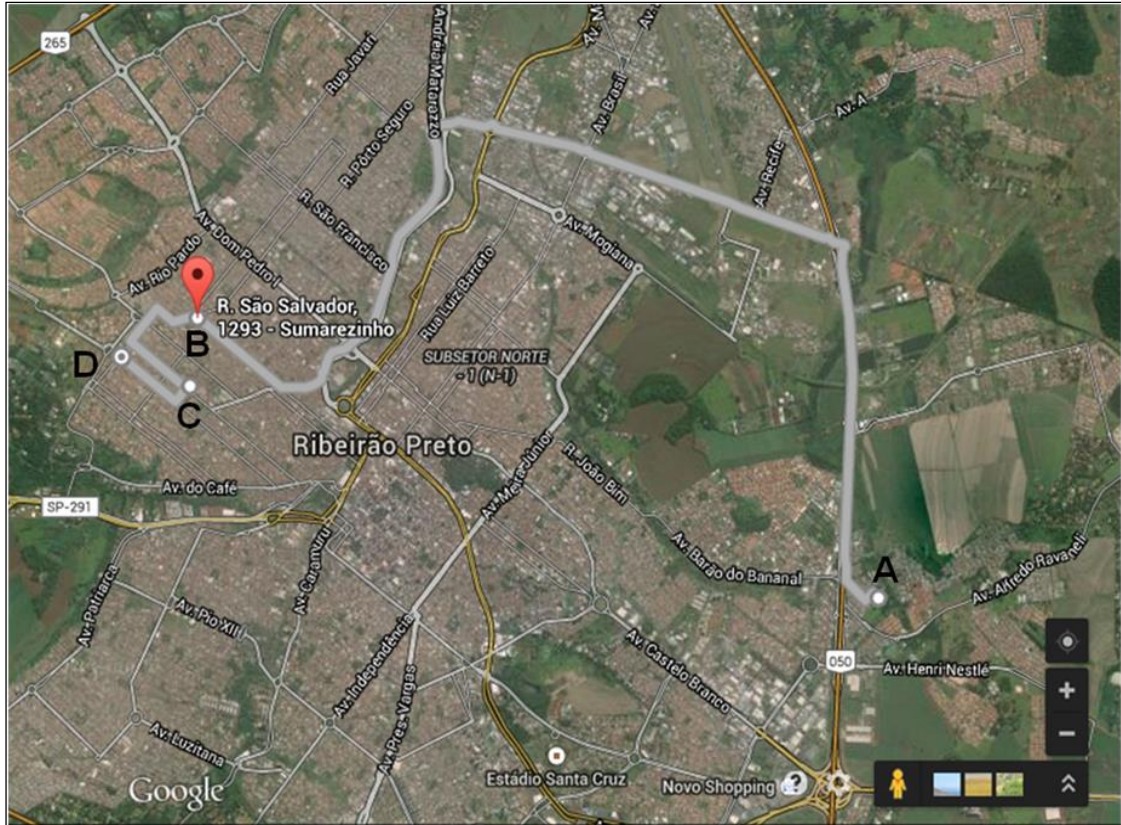


Figura 2 - Território de Observação (Fonte: <https://www.google.com.br/maps/@-21.1796323,-47.8025861,12z> acesso em 20/01/2015)

Conforme detalhado acima, os pacientes-alvo deste estudo foram ordenados por sua entrada no sistema de saúde (UBS Vila Abranches ou um dos três NSF's previamente listados) e tiveram seus dados analisados e categorizados respeitando, respectivamente, a denominação **UBS** para o grupo de pacientes hipertensos seguidos por clínicos gerais na modalidade da unidade básica de saúde tradicional e a denominação **ESF** para o grupo de pacientes hipertensos seguidos por médicos generalistas de família na modalidade da estratégia saúde da família.

4.2 Amostragem e Casuística

Para sua viabilização, o estudo foi conduzido com amostras da população alvo (ARY; JACOBS; RAZAVIEH, 1990). A amostragem dos pacientes deste estudo foi realizada por conveniência, de maneira a viabilizar o estudo. Assim decidiu-se utilizar o número mínimo de 90 sujeitos provenientes da UBS e 90 sujeitos provenientes da modalidade ESF (ARY; JACOBS; RAZAVIEH, 1990).

O recrutamento dos sujeitos em cada grupo foi realizado por meio de randomização sistemática, estratificada por modalidade de unidade de entrada (UBS ou ESF). A randomização sistemática determina que, de uma lista de “N” sujeitos acessíveis para o estudo, sejam escolhidos os participantes da amostragem a cada “n” número para integrar a amostra. O “n” número é calculado dividindo-se o total dos sujeitos da população acessível (N) pelo “n” do tamanho da amostragem.

A amostragem sistemática foi escolhida para este estudo devido às circunstâncias de acesso ao universo dos pacientes que foram admitidos no sistema de saúde do município de forma a minimizar possíveis vieses na seleção dos participantes de cada grupo.

Assim a amostragem sistemática foi baseada em listagem geral contendo os nomes dos hipertensos seguidos pelas unidades dos dois grupos de estudo (UBS ou ESF) e que preenchessem os critérios de inclusão para participação no estudo. Posteriormente, os nomes desses pacientes nessa listagem geral foram alinhados conforme uma tabela de números aleatórios gerados pelo programa Microsoft Excel®, e só então finalmente se obteve a relação geral definitiva de nomes dos hipertensos alvo desse estudo em cada grupo.

Em virtude das diferenças existentes entre as duas modalidades de cuidado da atenção primária, a obtenção da relação geral desses nomes de pacientes se deu de forma diferente para os dois grupos:

A. Elaboração da Relação geral de pacientes oriundos da UBS

As UBS's em Ribeirão Preto não possuem a rotina de cadastrar os pacientes a ela adscritos com o cuidado de detalhar suas situações de saúde. Assim, no início da coleta de dados, a UBS não dispunha de uma listagem geral com os nomes dos hipertensos que nela seguiam e, então, elaborou-se uma listagem geral que pudesse conter um número “N”, estimado, do total de pacientes hipertensos que seguiam na UBS e, posteriormente, realizou-se a seleção dos “n” de hipertensos alvo do estudo na unidade. Para elaborar a listagem com a estimativa dos “N” pacientes hipertensos seguidos na UBS, o pesquisador, juntamente com funcionários (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) da UBS, registrou, durante seis meses, os nomes e números de registro (Hygia) de todos os diferentes pacientes hipertensos que passaram em consulta na referida unidade.

A partir da listagem obtida ao término dos seis meses de registro e, tendo sido eliminados os nomes dos pacientes que não se adequavam aos critérios de inclusão do estudo, obteve-se uma Relação Geral Definitiva após ter aplicado os preceitos da randomização sistemática da amostragem. Foram os pacientes que constaram dessa relação e que concordaram em participar do estudo, por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, que passaram a compor o grupo de hipertensos da UBS, um dos grupos-alvo deste estudo.

O período de seis meses de registro dos nomes e números de cadastro Hygia dos hipertensos que consultaram na UBS para a composição da listagem geral foi baseado na rotina da atenção farmacêutica, pois o receituário contendo a prescrição de anti-hipertensivos apresenta validade máxima de seis meses no município e, desta forma, estimou-se que necessariamente, a grande maioria dos pacientes hipertensos acompanhados na UBS estudada, a cada seis meses, deveria passar em consulta com seu médico assistente para renovação de sua prescrição anti-hipertensiva a fim de manter seu seguimento clínico ambulatorial.

B. Elaboração da Relação geral de pacientes oriundos da ESF

Como o conhecimento do território de abrangência, o cadastramento de cada família e o conhecimento de seus integrantes, com suas respectivas situações de saúde, é uma das atribuições da ESF (BRASIL, 2007a), frequentemente, os agentes comunitários de saúde (ACS) atualizam a relação de pacientes cadastrados em suas respectivas unidades de trabalho. Em razão desta rotina, os ACS's das três unidades de saúde da família que compuseram o grupo ESF deste estudo ofereceram a listagem geral, atualizada, dos hipertensos seguidos em cada uma de suas unidades, tornando o procedimento de amostragem dos pacientes na ESF mais fácil.

A partir do montante dos nomes desses hipertensos, o pesquisador, após ter descartado da relação os nomes dos pacientes que não preenchiam os critérios de inclusão para o estudo, e seguindo os preceitos da randomização sistemática, ordenou uma Relação Geral Definitiva de nomes.

Foram os pacientes desta última relação, que, após assinarem o consentimento livre e esclarecido e concordarem em participar da pesquisa, compuseram o grupo de hipertensos da ESF, o outro grupo-alvo deste estudo.

4.3 Instrumentos de coleta de dados

Neste estudo os pacientes dos dois grupos de observação (hipertensos da UBS X hipertensos da ESF) tiveram seus dados coletados de duas maneiras: (1) por meio de entrevista estruturada realizada com a amostra de pacientes; (2) por meio de roteiro estruturado para coleta de informações registradas em prontuários físicos ou eletrônicos (sistema Hygia) dos pacientes em questão.

4.3.1 Entrevistas estruturadas

As entrevistas realizadas seguiram parâmetros estruturados no primeiro instrumento de pesquisa utilizado neste estudo (Apêndice A), doravante denominado instrumento.

Tal instrumento foi elaborado pelo pesquisador a partir de uma adaptação feita a partir de instrumentos de avaliação sugeridos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b) e de outro instrumento de entrevista utilizado por pesquisadores da FMRP-USP na execução do subgrupo ribeirãopretano, do estudo brasileiro, multicêntrico, sobre os custos do diabetes (ESCUDI study), desenvolvido com 1000 pacientes diabéticos acompanhados em unidades primária, secundária e terciárias de atenção em saúde, que foi implementado em oito cidades (de médio e grande porte) brasileiras (BAHIA et al., 2011).

O instrumento de entrevista desenvolvido pelo pesquisador, neste estudo, constou de três seções e, aplicado à amostra dos pacientes selecionados, visava captar a experiência obtida pelos pacientes durante o processo de atendimento por eles recebido nas unidades e serviços nos quais estavam inseridos.

A primeira seção avaliou a impressão dos pacientes quando de sua última visita à unidade de saúde, especificamente relacionadas à facilidade de acesso e agendamento, limpeza da unidade, atendimento dos funcionários, das enfermeiras, e tempo de espera na antessala até ser visto pelo médico.

A segunda seção destinou-se a medir o quanto a condição de ser hipertenso interferia, segundo o paciente, em aspectos diferentes de sua vida cotidiana, uma vez que essa seção levava em consideração perguntas relativas à sua vida laboral, social, financeira e emotiva.

A terceira seção solicitou que o paciente fornecesse dados relativos à outros problemas de saúde adicionais que, por ventura, foram detectados pelos diferentes profissionais de saúde que o atenderam. Ela também avaliou as ações tomadas por esses profissionais ao longo do tratamento do paciente.

Os dados obtidos a partir da análise das respostas dadas pelos pacientes durante a entrevista estruturada foram comparados, posteriormente, com os dados coletados por meio do segundo instrumento de coleta de dados deste estudo.

4.3.2 Roteiro de Coleta de Informações dos Prontuários

Existem várias orientações e sugestões de diretrizes tanto nacionais (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA E CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002; FUCHS, 2004; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010) quanto internacionais (U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2003; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003; DASGUPTA et al., 2014; WEBER et al., 2014; THE CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE, 2012; JAMES et al., 2013; MANCIA et al., 2013; PIPER et al., 2015) para o rastreio da HAS bem como o manejo clínico e laboratorial dos hipertensos.

Neste estudo, optou-se por considerar a orientação proposta pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de Ribeirão Preto (RIBEIRÃO PRETO, 2006) para avaliar o grau de conformidade ou nãoconformidade tanto da UBS quanto da ESF aos parâmetros estipulados pela SMS para o cuidado dos hipertensos do município. Assim, a partir desta sugestão do município de Ribeirão Preto, cujo resumo de seus principais aspectos pode ser observado no Apêndice B, é que se elaborou o segundo instrumento desta pesquisa (Apêndice C), doravante denominado protocolo.

A primeira parte do protocolo elaborado destinou-se a coletar dados relativos à identificação do paciente. A segunda parte do protocolo destinou-se a coletar dados de prontuário relativos às co-morbidades apresentadas, ações e recomendações implementadas por parte dos diferentes profissionais de saúde que atenderam o paciente durante o período de estudo. Essa segunda parte buscou também captar o registro do número de idas do paciente à unidade de saúde em que ele era seguido, número de idas ao pronto-socorro, número de internações hospitalares; e dados relativos à consulta mais recente do paciente (última do período de observação do estudo), considerada como melhor reflexo da condição clínica mais atual do paciente.

Tanto o instrumento quanto o protocolo foram testados para validade de face e de conteúdo por um Painel de Especialistas composto por professores da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e por profissionais graduados inseridos na rede pública municipal de saúde. A relação dos membros do Painel de Especialistas consta do Apêndice D.

A validade de um instrumento é a medida de quão eficiente e útil ele é para coletar os dados desejados. Os testes de validade destinam-se a coletar evidência dessa eficiência e utilidade. A validade de face examina o formato do instrumento, sua aparência, a maneira como as questões são escritas e posicionadas, de maneira a garantir que essas serão compreendidas pelos membros da amostra (FRAENKEL; WALLEN, 1996). Só assim o instrumento gerará as informações buscadas que devem ser respondidas pela pesquisa. A validade de conteúdo refere-se às informações contidas e buscadas pelas questões pertinentes ao objetivo do estudo. Tanto a validade de face quanto de conteúdo foram medidas pelo Painel de Especialistas.

Tanto o instrumento quanto o protocolo, após terem sido validados pelo Painel de Especialistas, foram utilizados num Teste Piloto conduzido com uma amostra de 48 hipertensos da ESF seguido no NSF₁. Esses 48 pacientes não integraram a amostragem final do grupo de hipertensos seguidos na ESF alvo deste estudo. Testes pilotos medem a confiabilidade e consistência do instrumento, buscando detectar erros e também detectar se o instrumento mede, na repetição, os mesmos resultados com as mesmas pessoas e com pessoas diferentes. Após a análise obtida com a coleta dos dados do teste piloto e o estabelecimento da versão

final do instrumento e do protocolo, procedeu-se à coleta dos dados com as amostras dos pacientes dos dois grupos de hipertensos.

4.4 Coleta de dados

4.4.1 Entrevistas Estruturadas

As entrevistas estruturadas foram conduzidas pelo pesquisador. Os pacientes escolhidos na amostragem foram convidados - por meio de visita pessoal do pesquisador às suas residências ou durante a espera para ser atendido na unidade de saúde em que fazia seguimento- a participar do estudo. Tais pacientes receberam instruções gerais, e foram convidados a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice E) e então, somente após a anuência dos participantes, o pesquisador procedeu ao início da leitura das questões constantes do instrumento, e registrou as respostas obtidas.

Esse método de entrevista estruturada visa evitar ameaças à validade interna e externa da pesquisa, já que o pesquisador foi o único a ter contato com os participantes, e seguiu a mesma sequência de ações, sistematicamente, com todos os entrevistados para a obtenção das respostas.

4.4.2 Prontuários

Após ter aplicado o instrumento na entrevista aos pacientes selecionados, o pesquisador procedeu à leitura dos prontuários físico e eletrônico dos pacientes para coletar as informações específicas necessárias à pesquisa de acordo com o roteiro estipulado pelo protocolo.

4.4.3 Dados de Internações Hospitalares

Informações adicionais sobre as internações dos pacientes ao longo das diferentes unidades hospitalares conveniadas à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de Ribeirão Preto (Hospital Santa Lydia, Santa Casa de Misericórdia, Centro Clínico Electro Bonini, Hospital Beneficência Portuguesa) foram obtidas junto aos funcionários da mesma secretaria de acordo com o seguinte procedimento.

Inicialmente, por meio de um sistema informatizado de análise de dados, desenvolvido pelos técnicos de Informática da SMS, obteve-se informações relacionadas aos pacientes pesquisados neste estudo cruzando-se informações relativas ao nome, à data de nascimento, ao nome do hospital prestador conveniado onde ocorreu a internação, ao procedimento realizado pelo paciente durante a internação, ao período mensal do ano (competência) em que ocorreu a internação e, por fim, ao número de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) emitida no ato da internação.

Se este sistema encontrasse o nome do paciente relacionado às competências que englobassem os dois anos de observação deste estudo, ele apontaria o número da AIH emitida pelo SUS.

De posse dos diferentes números de AIH's emitidos para os pacientes deste estudo, o pesquisador obteve, por meio de uma pesquisa no Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado (SIHD) (DATASUS, 2008), a cópia do espelho da AIH emitida para cada internação.

Por meio da análise das informações constantes no espelho da AIH, o pesquisador selecionou os pacientes internados somente por problemas associados, direta ou indiretamente, à HAS, valendo-se, portanto, de um critério: apresentar problemas de saúde codificados pela 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID -10) (DATASUS, 2006) relacionados à HAS.

4.5 Análise de dados

4.5.1 Entrevista

As respostas às questões qualitativas foram tabuladas e examinadas em busca de temas comuns. Esses temas comuns obtidos foram então sumarizados como dados nominais, e com eles usada estatística descritiva com medidas de tendência central.

Os dados foram tabulados no programa Microsoft Excel® e depois exportados para o programa Statistical Analysis System(SAS®) versão 9.2. Com o objetivo de comparar as modalidades de atendimentos foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson quando as variáveis eram qualitativas; nas situações onde o número observado era menor do que 5 foi feito o teste exato de Fisher (PAGANO; GAUVREAU, 2008). Já para as variáveis quantitativas foi utilizado o teste t-Student, uma vez que o tamanho da amostra foi grande o suficiente para atender aos pressupostos do teste. Os testes foram realizados utilizando os procedimentos PROC FREQ ou PROC TTEST do programa SAS®. Foi considerado um nível de significância de 5% para todos os testes estatísticos.

4.5.2 Prontuário e Internações Hospitalares

Os dados numéricos foram sumarizados em frequências, percentagens, tendência central (média, moda) e medidas de dispersão (desvio padrão). Os dados obtidos do exame físico do paciente (pressão arterial sistólica e diastólica aferida em milímetros de mercúrio (mmHg), peso em quilogramas (Kg), altura em metros (m)), por meio do preenchimento do protocolo na coleta de dados dos prontuários físico e eletrônico do paciente, foram registrados em diferentes anotações, para a mesma variável, que constavam nas diferentes consultas realizadas pelos pacientes ao longo dos dois anos de observação deste estudo.

O registro se fez para as diferentes medidas das variáveis analisadas ao longo deste estudo, com o objetivo de se obter a “evolução do paciente”. Todavia, para efeito da análise estatística comparativa de cada sujeito da amostra com os

outros sujeitos do mesmo grupo-alvo, as diferentes medidas registradas, para um mesmo paciente, foram resumidas a uma **única medida** que foi obtida a partir **da média aritmética simples das várias medidas² obtidas**.

Para a análise de dados clínicos laboratoriais dos pacientes da amostra há que se lembrar que nem sempre os *kits* de processamento de exames laboratoriais foram os mesmos e, eventualmente, diferenças entre resultados de um mesmo exame ao longo dos anos existiram. Desta forma, para efeito de análise estatística, realizaram-se as conversões necessárias dos valores de exame laboratorial quando eles apresentaram unidades diferentes entre si, mas equivalentes, bem como também se realizou, para efeito de comparação, a conversão da prescrição do paciente para a mesma unidade posológica equivalente quando as unidades posológicas eram de unidades discordantes entre si.

4.6 Ameaças à Validade Interna do Estudo

Validade interna é a medida de que os resultados obtidos se devem realmente ao instrumento e não a algum outro fator intrusivo. Diferentes fatores podem contribuir para as respostas dos participantes, de maneira a tornar os resultados duvidáveis.

As seguintes ameaças à validade interna foram controladas através da metodologia já descrita:

1) **Características dos participantes** - a amostra foi estratificada de maneira a garantir a presença de pacientes de cada nível de atendimento, de cada diagnóstico, e de cada posto-alvo na subamostra final;

2) **Local** - influência que o local onde o teste se realizou possa vir a exercer sobre as respostas dos participantes;

²Por exemplo: se no período de dois anos do estudo o sujeito "A" do grupo de estudo da UBS teve 2 consultas na UBS e a sua anotação de peso na primeira consulta foi de 86 kg e a anotação de peso na segunda consulta foi de 94 Kg, o pesquisador, para a efeito da análise estatística comparativa final entre o indivíduo "A" e outro indivíduo "B" também seguido na UBS, registrou que o indivíduo "A" tinha o peso médio de 90kg ($90\text{kg} = (86\text{kg} + 94\text{kg}) / 2$).

3) **Implementação** – essa ameaça examina se a pesquisa foi aplicada de maneira consistente para todos os participantes, ou se houve interação com diferentes pesquisadores com diferentes habilidades, empatia e simpatia, o que poderia ocasionar respostas diferentes dos participantes. Neste estudo apenas o pesquisador principal interagiu com os participantes, de maneira que todos os participantes experimentaram consistência de interação;

4) **Instrumentação** – o instrumento e o protocolo foram elaborados de maneira a ser adequado aos diferentes extratos da população alvo, evitando, assim, que uns pudessem entendê-lo melhor que os outros, reduzindo a probabilidade de apresentarem respostas diferentes;

5) **Atitude dos participantes** - por saberem que fazem parte de uma pesquisa, os participantes agem diferentemente do que agiriam na vida regular, e, dessa maneira, dão respostas diferentes do que seria sua reação natural. Essa reação é também chamada de Efeito Hawthorne. O pesquisador buscou minimizar esse efeito ao promover, para cada participante, o máximo possível de uma experiência pessoal e confidencial com o instrumento, sem necessário conhecimento de outrem quanto às suas respostas ou reações ao estudo;

6) **Regressão** – essa ameaça examina a possibilidade de que quando parte de um grupo de estudo, os pesquisados tendem a movimentar suas opiniões em direção aos indivíduos percebidos como mais fortes ou mais fracos de grupo (os extremos). O presente estudo buscou eliminar essa ameaça através da escolha de uma metodologia impessoal e privada para o respondente.

4.7 Ameaças à Validade Externa

Validade externa é a medida de quanto os resultados podem ser generalizados a outras populações similares à população alvo do presente estudo. A pergunta básica que esta validade procura responder é: em circunstâncias semelhantes, seriam obtidos os mesmos resultados com o mesmo tipo de pessoas? As seguintes ameaças à validade externa desse estudo foram consideradas e controladas:

1) **Interação entre seleção e participantes** - ocorre quando os participantes se voluntariam para participar do estudo, ou querem muito ajudar o

pesquisador. Suas respostas não serão as mesmas de outro grupo similar, nas mesmas condições. Para suplantar essa ameaça, os participantes foram selecionados aleatoriamente e se insistiu em trazer aqueles que não aceitaram os convites iniciais. Com essa insistência, o pesquisador evitou que os participantes se auto-selecionassem;

2) **Ameaça de Amostragem, ou representatividade da população escolhida** - foi controlada por meio de amostragem realizada aleatoriamente para a amostra da entrevista estruturada.

Entre as **ameaças não controladas** nesse estudo destacou-se:

1) **Atitude dos Pesquisados** – examina se o fato de ser parte de um estudo modifica, de alguma maneira, significativamente, a atitude dos participantes do estudo, e se essa modificação os levaria a se comportar de maneira diferente aos usuários que não fizeram parte do estudo;

2) **Interação entre participante e tratamento** - relacionou-se com o impacto do contato dos pacientes da amostra com diferentes equipes de atendimento, acolhimento e equipes médicas dos diferentes turnos das diferentes unidades de saúde analisadas neste estudo.

4.8 Aspectos Éticos

Uma cópia do projeto do presente estudo foi enviada para a apreciação da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Ribeirão Preto em 6 de novembro de 2009, tendo recebido parecer favorável à sua realização em 16 de novembro de 2009 (OF. 5280/09-GS) (Anexo A).

Atendendo à determinação da resolução nº 196/96 sobre “pesquisa envolvendo seres humanos” (BRASIL, 1996), outra cópia do projeto do presente estudo foi também encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (CEP/CSE/FMRP-USP) em 19 de novembro de 2009 tendo recebido aprovação para execução do estudo em 15 de dezembro de 2010 (parecer nº 270/2009) (Anexo B).

Outras cópias do projeto do presente estudo foram encaminhadas à Diretoria Acadêmica do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de

Ribeirão Preto-USP e aos Núcleos de Saúde da Família envolvidos neste estudo em 12 de novembro de 2009, tendo recebido liberação para a execução do estudo em 28 de janeiro de 2010 (Protocolo nº 048/2009) (Anexo C).

5. RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 Características gerais dos pacientes

Os grupos estudados são homogêneos em relação à idade e ao sexo, mas o tempo de seguimento médio dos pacientes com HAS atendidos na UBS foi praticamente o dobro na comparação com a ESF (Tabela 1).

Tabela 1 - Características gerais da amostra de pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.

		Modalidade				P-valor
		ESF (96)		UBS (98)		
		n (%)	Média (DP)	n (%)	Média (DP)	
SEXO	Feminino	67 (69,8)	-	71 (72,5)	-	0,75
	Masculino	29 (30,2)	-	27 (27,5)	-	
Idade (anos)	-	-	66,6 (1,2)	-	63,9 (1,3)	0,11
Tempo de seguimento (anos)	-	-	8 (3)	-	16,2 (5,1)	0,01

5.2 Entrevista estruturada

A acessibilidade física é considerada boa para a maioria dos hipertensos nos dois grupos estudados (Tabela 2).

Tabela 2 - Avaliação da acessibilidade física na amostra de pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.

		Modalidade		P-valor
		ESF (96)	UBS (98)	
		n (%)	n (%)	
Sobre sua visita ao postinho de saúde, gostaríamos de saber, é difícil chegar lá?	Sim	19 (19,8)	11 (11,2)	0,115
	Não	77 (80,2)	87 (88,8)	

Na avaliação da última ida dos pacientes às suas unidades de saúde observa-se que, com exceção do quesito “tempo de espera” (em que houve concordância entre os hipertensos dos dois grupos), as opiniões dos hipertensos da UBS divergiram das dos seguidos na ESF: a grande maioria dos hipertensos da ESF considerou o acolhimento recebido na recepção de suas unidades, o atendimento de enfermagem, a limpeza do local e a avaliação geral da visita na ESF como “muito bom”, enquanto, a grande maioria dos hipertensos da UBS considerou os mesmos quesitos como “bom” (Tabela 3).

Tabela 3 - Impressões relacionadas ao acolhimento obtidas na última consulta da amostra de pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.

		Modalidade		P-valor
		ESF (96)	UBS (98)	
		n (%)	n (%)	
(1) Atendimento na recepção (acolhimento)	Muito ruim	0 (0)	4 (4,1)	<,0001
	Ruim	0 (0)	1 (1)	
	Razoável	7 (7,4)	13 (13,3)	
	Bom	23 (24,2)	49 (50)	
	Muito Bom	65 (68,4)	31 (31,6)	
(2) Atendimento da enfermagem	Muito ruim	0 (0)	0 (0)	<,0001
	Ruim	0 (0)	2 (2)	
	Razoável	6 (6,3)	6 (6,1)	
	Bom	23 (24,2)	52 (53,1)	
(3) Tempo de espera até ver o médico	Muito Bom	66 (69,5)	38 (38,8)	0,097
	Muito ruim	0 (0)	1 (1)	
	Ruim	3 (3,2)	9 (9,2)	
	Razoável	22 (23,2)	24 (24,5)	
	Bom	43 (45,3)	49 (50)	
	Muito Bom	27 (28,4)	15 (15,3)	

Continua....

Conclusão.

(4) Limpeza do local	Muito ruim	0 (0)	1 (1)	0,002
	Ruim	1 (1,1)	2 (2)	
	Razoável	11 (11,6)	25 (25,5)	
	Bom	40 (42,1)	51 (52)	
	Muito Bom	43 (45,3)	19 (19,4)	
(5) Avaliação geral da visita	Muito ruim	0 (0)	0 (0)	<,0001
	Ruim	0 (0)	5 (5,1)	
	Razoável	10 (10,5)	18 (18,4)	
	Bom	35 (36,8)	59 (60,2)	
	Muito Bom	50 (52,6)	16 (16,3)	

O agendamento de retornos na saída da consulta é semelhante tanto na ESF quanto na UBS. Todavia, para aqueles pacientes que responderam “não”, ao se fazer a pergunta adicional do “por que não”, notou-se que as repostas dos pacientes dos dois grupos eram divergentes ($p = 0,031$), pois, os 31 hipertensos do grupo da UBS que responderam “não”, 29 (93,6%) atribuíram ao fato de a “agenda não estava aberta” como sendo a melhor explicação para o não agendamento de seu retorno na UBS (Tabela 4).

Tabela 4 - Agendamento de retorno ao término da última consulta realizada na amostra de pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.

		Modalidade		P-valor
		ESF (96) n (%)	UBS (98) n (%)	
Foi marcado retorno ao final de sua última consulta?	Sim	64 (66,7)	67 (68,4)	0,800
	Não	32 (33,3)	31 (31,6)	
Por que não foi marcado retorno ao final de sua última consulta?	Agenda não estava aberta	22 (68,8)	29 (93,6)	0,031
	É atendida em outro serviço também	6 (18,8)	2 (6,5)	
	Retorno não solicitado ou livre	4 (12,5)	0 (0)	

A avaliação que os pacientes fizeram de seus médicos assistentes foi semelhante na ESF e na UBS. A divergência de opinião dos dois grupos se deu para a habilidade do médico assistente em dar tempo suficiente a seus pacientes para que eles expressassem seus problemas e queixas uma vez que 15,3% dos hipertensos

da UBS consideraram que seus médicos eram muito ruins, ruins ou razoáveis neste quesito, enquanto somente 2,2% dos hipertensos da ESF emitiram essa mesma opinião (Tabela 5).

Tabela 5 - Avaliação dos médicos assistentes pela amostra de pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.

		Modalidade		P-valor
		ESF (96) n (%)	UBS (98) n (%)	
(1) A reputação do(a) médico(a)	Muito ruim	0 (0)	0 (0)	0,089
	Ruim	0 (0)	3 (3,1)	
	Razoável	11 (11,6)	7 (7,1)	
	Bom	29 (30,5)	41 (41,9)	
	Muito Bom	55 (57,9)	47 (48)	
(2) Se você teve tempo suficiente para explicar seus problemas	Muito ruim	0 (0)	1 (1,0)	0,028
	Ruim	1 (1,1)	3 (3,1)	
	Razoável	1 (1,1)	11 (11,2)	
	Bom	39 (41,1)	34 (34,7)	
	Muito Bom	54 (56,9)	49 (50)	
(3) Se o(a) médico(a) explicou seu problema de maneira que você entendeu	Muito ruim	0 (0)	2 (2,0)	0,290
	Ruim	0 (0)	3 (3,1)	
	Razoável	6 (6,4)	6 (6,1)	
	Bom	34 (36,2)	35 (35,7)	
	Muito Bom	54 (57,5)	52 (53,1)	
(4) Se você entendeu bem as instruções dadas sobre o seu tratamento	Muito ruim	0 (0)	2 (2)	0,260
	Ruim	0 (0)	0 (0)	
	Razoável	6 (6,4)	12 (12,2)	
	Bom	35 (37,2)	33 (33,7)	
	Muito Bom	53 (56,4)	51 (52)	
(5) Se você entendeu bem as instruções dadas sobre sua medicação	Muito ruim	0 (0)	2 (2)	0,345
	Ruim	0 (0)	0 (0)	
	Razoável	7 (7,5)	12 (12,2)	
	Bom	33 (35,1)	33 (33,7)	
	Muito Bom	54 (57,5)	51 (52)	
(6) Se você se sentiu confiante no(a) médico(a)	Muito ruim	0 (0)	1 (1)	0,610
	Ruim	1 (1)	3 (3)	
	Razoável	7 (7,3)	9 (9,2)	
	Bom	28 (29,2)	31 (31,6)	
	Muito Bom	60 (62,5)	54 (55,1)	
(7) Que NOTA GERAL você daria para o(a) médico(a) que o(a) atendeu	Muito ruim	0 (0)	0 (0)	0,756
	Ruim	1 (1)	1 (1)	
	Razoável	8 (8,3)	10 (10,2)	
	Bom	23 (24)	29 (29,6)	
	Muito Bom	64 (66,7)	58 (59,2)	

As orientações dadas aos pacientes hipertensos no grupo seguido pela ESF foram mais abrangentes quando comparadas com as dadas aos pacientes seguidos pela UBS. Com exceção das orientações para abandono de fumo e controle de bebida alcoólica, a maior parte dos hipertensos seguidos na ESF obteve, dos seus médicos assistentes, orientações para realizar exercícios físicos (63,5% dos

pacientes), para fazer dieta (63,5% dos pacientes), para tomar adequadamente suas medicações (71,9% dos pacientes) e para não deixar de comparecer às consultas de forma periódica (57,3% dos pacientes). Já para os pacientes hipertensos da UBS, as mesmas orientações foram dadas, respectivamente, a 38,8%, 43,9%, 48% e 37,8% dos pacientes. Tais achados se mostraram relevantes estatisticamente devido ao fato dos p-valores obtidos serem menores que 0,05 (Tabela 6).

Tabela 6 - Orientações dadas pelos médicos assistentes à amostra de pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.

		Modalidade		P-valor
		ESF (96) n (%)	UBS (98) n (%)	
(1) Fazer exercícios físicos?	Nenhuma vez	4 (4,2)	23 (23,5)	<,0001
	Poucas vezes	10 (10,4)	11 (11,2)	
	Várias vezes	18 (18,8)	25 (25,5)	
	Todas as vezes	61 (63,5)	38 (38,8)	
	Nenhuma vez	3 (3,1)	1 (1,0)	
(2) Fazer dieta?	Nenhuma vez	5 (5,2)	17 (17,4)	0,002
	Poucas vezes	9 (9,4)	13 (13,3)	
	Várias vezes	16 (16,7)	25 (25,5)	
	Todas as vezes	61 (63,5)	43 (43,9)	
(3) Como tomar suas medicações?	Nenhuma vez	5 (5,2)	17 (17,4)	0,006
	Poucas vezes	4 (4,2)	9 (9,2)	
	Várias vezes	15 (15,6)	23 (23,5)	
	Todas as vezes	69 (71,9)	47 (48)	
	Nenhuma vez	3 (3,1)	2 (2,0)	
(4) Abandonar o fumo?	Nenhuma vez	0 (0)	3 (3,1)	0,292
	Poucas vezes	2 (2,1)	2 (2,0)	
	Várias vezes	1 (1,0)	3 (3,1)	
	Todas as vezes	10 (10,4)	14 (14,3)	
	Nenhuma vez	83 (86,5)	76 (77,6)	
(5) Controlar bebida alcoólica?	Nenhuma vez	3 (3,1)	9 (9,2)	0,063
	Poucas vezes	3 (3,1)	5 (5,1)	
	Várias vezes	1 (1,0)	6 (6,1)	
	Todas as vezes	6 (6,3)	9 (9,2)	
	Nenhuma vez	83 (86,5)	69 (70,4)	
(6) Realizar consultas periodicamente?	Nenhuma vez	9 (9,4)	13 (13,3)	0,018
	Poucas vezes	6 (6,3)	15 (15,3)	
	Várias vezes	15 (15,7)	26 (26,5)	
	Todas as vezes	55 (57,3)	37 (37,8)	
	Nenhuma vez	11 (11,5)	7 (7,1)	

A adesão à terapêutica medicamentosa ocorreu em 100% dos hipertensos seguidos na ESF e em, aproximadamente, 96% dos hipertensos da UBS (p=0,046) (Tabela 7).

Tabela 7 - Uso de medicações prescritas à amostra de pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na

Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.

		Modalidade		P-valor
		ESF (96) n (%)	UBS (98) n (%)	
Você toma remédios para pressão alta?	Sim	96 (100)	94 (95,9)	0,046
	Não	0 (0)	4 (4,1)	

O número de diferentes tipos de medicamentos anti-hipertensivos usados pelos pacientes é semelhante entre os dois grupos de hipertensos estudados ($p=0,858$), e o percentual de usuários de 1, 2, 3, 4 e 5 tipos diferentes de medicamentos foi, em média, respectivamente, 42%, 36,2%, 15,5%, 3,8% e 2,7% (Tabela 8).

Tabela 8 - Tipos de remédios usados pela amostra de pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.

Tipos diferentes de medicações utilizadas	Modalidade		P-valor
	ESF (96) n (%)	UBS (98) n (%)	
1 tipo	38 (40,4)	41 (43,6)	0,858
2 tipos	34 (36,2)	34 (36,2)	
3 tipos	17 (18,1)	12 (12,8)	
4 tipos	3 (3,2)	4 (4,3)	
5 tipos	2 (2,1)	3 (3,2)	

Os pacientes hipertensos da ESF estavam menos inseridos em atividades laborais remuneradas, quando comparados com os da UBS, pois 66,7% dos pacientes responderam “não se aplica” para a questão “faltou no trabalho” durante os dois anos de observação deste estudo e, supõe-se, que o “não se aplica” esteja relacionado ao fato de não estarem trabalhando formalmente, fato esse reforçado ao se observar que 67,4% dos hipertensos da UBS responderam, para a mesma questão, “nenhuma vez”.

Ainda com relação ao comprometimento de aspectos da vida diária em virtude da condição de ser hipertenso, observa-se que houve diferença entre os dois grupos de hipertensos deste estudo no que se refere à sexualidade. Quando

42,7% dos hipertensos da ESF responderam “não se aplica” para a questão “teve dificuldade de relacionar-se sexualmente”, contra 17,4% dos hipertensos da UBS, infere-se que os hipertensos da ESF talvez sejam menos sexualmente ativos que os pacientes da UBS (Tabela 9).

Tabela 9 – Comprometimento de Aspectos da Vida Diária na amostra de pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.

Aspectos da Vida Diária		Modalidade		P-valor
		ESF (96) n (%)	UBS (98) n (%)	
1) Faltou no trabalho?	Nenhuma vez	28 (29,2)	66 (67,4)	<,0001
	Poucas vezes	2 (2,1)	9 (9,2)	
	Várias vezes	2 (2,1)	2 (2)	
	Muitas vezes	0 (0)	4 (4,1)	
	Não se aplica	64 (66,7)	17 (17,4)	
(2) Teve dificuldade de concentração no trabalho?	Nenhuma vez	71 (74)	63 (64,3)	0,083
	Poucas vezes	9 (9,4)	17 (17,4)	
	Várias vezes	8 (8,3)	6 (6,1)	
	Muitas vezes	3 (3,1)	10 (10,2)	
	Não se aplica	5 (5,2)	2 (2)	
(3) Teve dificuldade em honrar seus compromissos financeiros?	Nenhuma vez	88 (91,7)	78 (79,6)	0,105
	Poucas vezes	4 (4,2)	10 (10,2)	
	Várias vezes	2 (2,1)	3 (3,1)	
	Muitas vezes	2 (2,1)	7 (7,1)	
	Não se aplica	0 (0)	0 (0)	
(4) Teve dificuldade para mover-se dentro de casa?	Nenhuma vez	75 (78,1)	77 (78,6)	0,468
	Poucas vezes	10 (10,4)	15 (15,3)	
	Várias vezes	3 (3,1)	2 (2)	
	Muitas vezes	8 (8,3)	4 (4,1)	
	Não se aplica	0 (0)	0 (0)	
(5) Teve dificuldade para mover-se na rua?	Nenhuma vez	76 (79,2)	74 (75,5)	0,789
	Poucas vezes	11 (11,5)	16 (16,3)	
	Várias vezes	4 (4,2)	2 (2)	
	Muitas vezes	4 (4,2)	5 (5,1)	
	Não se aplica	1 (1)	1 (1)	
(6) Teve dificuldade em tomar banho sozinho(a)?	Nenhuma vez	90 (93,8)	90 (91,8)	0,190
	Poucas vezes	2 (2,1)	7 (7,1)	
	Várias vezes	1 (1)	0 (0)	
	Muitas vezes	3 (3,1)	1 (1)	
	Não se aplica	0 (0)	0 (0)	
(7) Teve dificuldade em vestir-se?	Nenhuma vez	92 (95,8)	90 (91,8)	0,152
	Poucas vezes	1 (1)	6 (6,1)	
	Várias vezes	0 (0)	0 (0)	
	Muitas vezes	3 (3,1)	2 (2)	
	Não se aplica	0 (0)	0 (0)	

Continua...

Conclusão.

(8) Teve dificuldade em praticar esportes?	Nenhuma vez	66 (68,8)	71 (72,5)	0,172
	Poucas vezes	3 (3,1)	7 (7,1)	
	Várias vezes	4 (4,2)	0 (0)	
	Muitas vezes	2 (2,1)	3 (3,1)	
	Não se aplica	21 (21,9)	17 (17,4)	
(9) Teve dificuldade em relacionar-se sexualmente?	Nenhuma vez	45 (46,9)	74 (75,5)	0,001
	Poucas vezes	5 (5,2)	5 (5,1)	
	Várias vezes	2 (2,1)	1 (1)	
	Muitas vezes	3 (3,1)	1 (1)	
	Não se aplica	41 (42,7)	17 (17,4)	
(10) Teve dor de cabeça?	Nenhuma vez	64 (66,7)	50 (51)	0,007
	Poucas vezes	22 (22,9)	19 (19,4)	
	Várias vezes	7 (7,3)	14 (14,3)	
	Muitas vezes	3 (3,1)	15 (15,3)	
	Não se aplica	0 (0)	0 (0)	
(11) Teve dor no peito?	Nenhuma vez	73 (76)	61 (62,2)	0,109
	Poucas vezes	14 (14,6)	24 (24,5)	
	Várias vezes	6 (6,3)	5 (5,1)	
	Muitas vezes	3 (3,1)	8 (8,2)	
	Não se aplica	0 (0)	0 (0)	
(12) Sentiu-se desanimado(a)?	Nenhuma vez	68 (70,8)	58 (59,2)	0,120
	Poucas vezes	12 (12,5)	22 (22,5)	
	Várias vezes	9 (9,4)	6 (6,1)	
	Muitas vezes	6 (6,3)	12 (12,2)	
	Não se aplica	1 (1)	0 (0)	
(13) Deixou de sair com amigos ou realizar outras atividades de lazer?	Nenhuma vez	83 (86,5)	83 (84,7)	0,788
	Poucas vezes	4 (4,2)	6 (6,1)	
	Várias vezes	3 (3,1)	3 (3,1)	
	Muitas vezes	4 (4,2)	2 (2)	
	Não se aplica	2 (2,1)	4 (4,1)	

Quando se procurou analisar, nos dois grupos de hipertensos estudados, a razão para não estarem exercendo alguma atividade laboral remunerada, observa-se que 58% dos hipertensos da ESF eram aposentados contra somente 35,8% dos hipertensos da UBS. Já para os pacientes que deram como explicação a resposta “outro” para o motivo inicial de não estarem trabalhando, nota-se que dos 38,3% de hipertensos da ESF que assim o fizeram, 45,2% complementaram sua resposta dizendo que eram “pensionista”. Em contrapartida, no grupo de hipertensos da UBS, dos 55,6% de pacientes que responderam “outro” para a pergunta inicial, 86,7% complementaram explicando que não exerciam atividade laboral remunerada pois eram funcionários “do lar”(Tabela 10).

Tabela 10 - Explicações para o desemprego na amostra de pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.

		Modalidade		P-valor
		ESF (96) n (%)	UBS (98) n (%)	
Se você não está trabalhando, por favor, explique o motivo:	Afastado temporariamente	2 (2,5)	6 (7,4)	0,032
	Aposentado	47 (58)	29 (35,8)	
	Desempregado	1 (1,2)	1 (1,2)	
	Outro	31 (38,3)	45 (55,6)	
Se você respondeu outro acima, por quê?	Do Lar	17 (54,8)	39 (86,7)	<,0001
	Pensionista	14 (45,2)	2 (4,4)	
	Recebe outro Benefício que não pensão	0 (0)	4 (8,9)	

A realização de visitas domiciliares periódicas, referidas durante a entrevista pelos pacientes, ocorreu em 89,6% dos hipertensos da ESF e em 48% dos hipertensos da UBS ($p < 0,001$). A diferença se justifica pelo fato de que a realização de visitas domiciliares periódicas aos pacientes é um serviço que ocorre, preferencialmente, em unidades da ESF (Tabela 11). Dos 47 hipertensos da UBS que referiram receber algum tipo de visita nos dois anos de observação deste estudo, todos referiram ter recebido a visita do ACS, programa também existente na UBS da Vila Abranches. Embora mais pacientes hipertensos da ESF tivessem recebido visitas domiciliares do que comparado com os pacientes hipertensos da UBS (86 da ESF contra 47 da UBS), os hipertensos da UBS foram, proporcionalmente, mais visitados (média de 22,8 visitas por paciente nos dois anos de observação do estudo) do que os hipertensos da ESF (média de 14,4 visitas por paciente visitado nos dois anos de observação do estudo) ($p = 0,01$) (Tabela 12).

Tabela 11 - Assistência recebida na amostra de pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.

		Modalidade		P-valor
		ESF (96)	UBS (98)	
		n (%)	n (%)	
Recebeu visita em casa de um profissional de saúde?	Sim	86 (89,6)	47 (48)	<,0001
	Não	10 (10,4)	51 (52)	
Se você respondeu SIM, especifique qual profissional	ACS	75 (87,2)	47 (100)	0,161
	ACS + Médico	7 (8,1)	0 (0)	
	ACS + Enfermeiro	1 (1,1)	0 (0)	
	ACS + Médico + Enfermeiro	1 (1,1)	0 (0)	
	Médico	2 (2,3)	0 (0)	

Tabela 12- Detalhamento das visitas oferecidas na amostra de pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.

	Modalidade		P-valor
	ESF (96)	UBS (98)	
	Valor	Valor	
Número de Pacientes que receberam Visitas Domiciliares	86	47	-
Total de Visitas Oferecidos aos pacientes pelos profissionais de saúde da Unidade	1234	1070	-
Média de visitas por paciente analisado	14,4	22,8	0,001
Desvio Padrão do número de visitas recebidas por paciente	1,1	1,7	

A procura por unidades de pronto atendimento, referida pelos pacientes na entrevista, foi equivalente nos dois grupos de pacientes hipertensos ($p=0,933$) pois, em média, aproximadamente 25,8% dos integrantes dos dois grupos mencionaram ter necessitado de pronto atendimento relacionado às suas descompensações pressóricas nos dois anos do estudo. Por outro lado, as internações hospitalares em razão de descontrole da HAS, referidas pelos pacientes

na entrevista, foi maior no grupo ESF (12,5%), em comparação ao grupo UBS (3,1%) ($p=0,014$) (Tabela 13)

Tabela 13 - Procura por unidades de pronto atendimento e internações hospitalares, referidas durante a entrevista, sofridas pela amostra de pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.

		Modalidade		P-valor
		ESF (96)	UBS (98)	
		n (%)	n (%)	
Precisou procurar o pronto socorro?	Sim	25 (26)	25 (25,5)	0,933
	Não	71 (74)	73 (74,5)	
Esteve internado em algum hospital?	Sim	12 (12,5)	3 (3,1)	0,014
	Não	84 (87,5)	95 (96,9)	

Ao se perguntar aos pacientes dos dois grupos se era do conhecimento deles ter, juntamente da hipertensão arterial, outros problemas de saúde como “colesterol / triglicérides alto”, “infarto do coração, angina ou ataque cardíaco”, “insuficiência cardíaca ou “coração grande””, “arritmia cardíaca”, “AVC ou “derrame” cerebral”, “insuficiência renal ou “rim preguiçoso”” ou “obesidade”, não se observaram diferenças para as respostas encontradas (p -valores encontrados para estas análises variaram de $p=0,316$ a $p=0,955$, todos maiores que $p=0,05$) (Tabela 14).

Tabela 14 – Conhecimento sobre a presença de comorbidades clínicas adicionais à hipertensão arterial na amostra de pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.

		Modalidade		P-valor
		ESF (96)	UBS (98)	
		n (%)	n (%)	
Você sabe se tem colesterol /triglicérides alto?	Sim	51 (53,1)	45 (45,9)	0,316
	Não	45 (46,9)	53 (54,1)	
Você sabe se tem infarto do coração, angina ou ataque cardíaco?	Sim	14 (14,6)	12 (12,2)	0,633
	Não	82 (85,4)	86 (87,8)	

Continua...

Conclusão.

Você sabe se tem insuficiência cardíaca ou “coração grande?”	Sim	13 (13,5)	13 (13,3)	0,955
	Não	83 (86,5)	85 (86,7)	
Você sabe se tem arritmia cardíaca?	Sim	15 (15,6)	12 (12,2)	0,497
	Não	81 (84,4)	86 (87,8)	
Você sabe se tem AVC ou “derrame” cerebral?	Sim	11 (11,6)	9 (9,2)	0,585
	Não	84 (88,4)	89 (90,8)	
Você sabe se tem insuficiência renal ou “rim preguiçoso”?	Sim	10 (10,4)	11 (11,2)	0,856
	Não	86 (89,6)	87 (88,8)	
Você sabe se tem obesidade?	Sim	39 (40,6)	36 (36,7)	0,578
	Não	57 (59,4)	62 (63,3)	

Ao se comparar as médias e desvios padrões do tempo (em meses) de conhecimento do diagnóstico de “colesterol / triglicérides alto”, “AVC ou “derrame” cerebral”, “insuficiência renal ou “rim preguiçoso”” e “obesidade” pelos pacientes hipertensos dos dois grupos, também não se observaram diferenças para as variáveis analisadas, uma vez que os p-valores encontrados para estas análises variaram de $p=0,284$ a $p=0,674$, todos maiores que $p=0,05$ (Tabela 15).

Tabela 15 - Dados relativos ao tempo (meses) de conhecimento da presença de comorbidades clínicas adicionais à hipertensão arterial na amostra de pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.

	Modalidade		P-valor
	ESF (96)	UBS (98)	
	Média (DP)	Média (DP)	
Colesterol / triglicérides alto	70,2 (96,1)	57,2 (53,5)	0,425
AVC ou “Derrame” Cerebral	188,5 (153,1)	152 (62,1)	0,482
Insuficiência Renal ou “Rim Preguiçoso”	93,6 (127,8)	116,7 (120)	0,674
Obesidade	108,1 (16,2)	85 (13,7)	0,284

Ao se analisar a procura de ajuda pelos pacientes hipertensos quando estes se encontravam em situações de urgência e emergência decorrentes de descompensação pressórica, não houve diferença para a resposta “o médico (a) do posto de saúde pública (médico(a) do “postinho”)” ($p=0,378$), escolhido por ambos os grupos como o primeiro a ser procurado. Também não houve diferença para a

resposta “o médico (a) do pronto-socorro” ($p=0,355$), uma vez que ambos os grupos o considerou como segunda opção de escolha. Já para a resposta dada para a opção “médico (a) do convênio (médico(a) particular)”, os hipertensos da ESF consideraram que tal médico, em situações de urgência e emergência decorrentes de descompensação pressórica, deveria ser o terceiro a ser procurado (37, 9% dos pacientes), ao passo que para os hipertensos da UBS, ele deveria ser o último a ser procurado (60,2% dos pacientes) ($p<0,0001$). Na análise da preferência dos dois grupos de hipertensos em se buscar o auxílio de um farmacêutico quando em situações de urgência e emergência decorrentes de descompensação pressórica, os pacientes da ESF consideraram que tal profissional deveria ser o quarto a ser procurado (42,1% dos pacientes), enquanto os pacientes da UBS consideraram que ele deveria ser o terceiro a ser procurado (45% dos pacientes) ($p=0,021$). Na escolha pelo religioso como uma pessoa a ser escolhida, caso os pacientes se encontrassem em situações de urgência e emergência decorrentes de descompensação pressórica, os hipertensos da ESF consideraram que essa deveria ser a última opção (39,4% das respostas), enquanto que os hipertensos da UBS consideraram que essa deveria ser a quarta (35, 7% dos pacientes) ($p=0,009$) (Tabelas 16 e 17).

Tabela 16 - Nível de prioridade atribuído pelos pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), na busca por solução para situações de urgência e emergência, avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.

		Modalidade		P-valor
		ESF (96) n (%)	UBS (98) n (%)	
Médico(a) do posto de saúde pública (médico(a) do postinho)	Primeiro a ser procurado	64 (67,4)	56 (57,1)	0,378
	Segundo a ser procurado	26 (27,4)	36 (36,7)	
	Terceiro a ser procurado	4 (4,2)	5 (5,1)	
	Quarto a ser procurado	1 (1,1)	0 (0)	
	Quinto a ser procurado	-	-	
	Último a ser procurado	0 (0)	1 (1)	
Médico (a) do convênio (médico (a) particular)	Primeiro a ser procurado	10 (10,5)	5 (5,1)	<,0001
	Segundo a ser procurado	12 (12,6)	10 (10,2)	
	Terceiro a ser procurado	36 (37,9)	18 (18,4)	
	Quarto a ser procurado	11 (11,6)	3 (3,1)	
	Quinto a ser procurado	7 (7,4)	3 (3,1)	
	Último a ser procurado	19 (20)	59 (60,2)	
Médico (a) do pronto-socorro	Primeiro a ser procurado	21 (22,1)	33 (33,7)	0,355
	Segundo a ser procurado	54 (56,8)	51 (52)	
	Terceiro a ser procurado	14 (14,7)	12 (12,2)	
	Quarto a ser procurado	4 (4,2)	2 (2)	
	Quinto a ser procurado	1 (1,1)	0 (0)	
	Último a ser procurado	1 (1,1)	0 (0)	

Continua...

Conclusão.

Farmacêutico (a)	Primeiro a ser procurado	0 (0)	2 (2)	0,021
	Segundo a ser procurado	3 (3,2)	0 (0)	
	Terceiro a ser procurado	26 (27,4)	44 (45)	
	Quarto a ser procurado	40 (42,1)	36 (36,7)	
	Quinto a ser procurado	17 (17,9)	13 (13,3)	
	Último a ser procurado	9 (9,5)	3 (3,1)	
Amigo (a)	Primeiro a ser procurado	1 (1,1)	0 (0)	0,018
	Segundo a ser procurado	-	-	
	Terceiro a ser procurado	5 (5,3)	7 (7,1)	
	Quarto a ser procurado	23 (24,5)	22 (22,5)	
	Quinto a ser procurado	37 (39,4)	57 (58,2)	
Religioso (a)	Último a ser procurado	28 (29,8)	12 (12,2)	0,009
	Primeiro a ser procurado	0 (0)	2 (2)	
	Segundo a ser procurado	0 (0)	1 (1)	
	Terceiro a ser procurado	10 (10,6)	12 (12,2)	
	Quarto a ser procurado	15 (16)	35 (35,7)	
	Quinto a ser procurado	32 (34)	25 (25,5)	
	Último a ser procurado	37 (39,4)	23 (23,5)	

Tabela 17 – Preferência na amostra dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), na busca por solução diante de uma situação de descontrole pressórico considerada urgência e emergência, avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.

Opção	ESF	UBS
1 ^a	Médico(a) do posto de saúde pública (médico(a) do postinho)	Médico(a) do posto de saúde pública (médico(a) do postinho)
2 ^a	Médico(a) do pronto-socorro	Médico(a) do pronto-socorro
3 ^a	Médico(a) do convênio (médico(a) particular)	Farmacêutico(a)
4 ^a	Farmacêutico(a)	Religioso(a)
5 ^a	Amigo(a)	Amigo(a)
6 ^a	Religioso(a)	Médico(a) do convênio (médico(a) particular)

5.2 Análise dos serviços de saúde oferecidos aos pacientes

O grupo de hipertensos atendidos na ESF teve acesso, no total, a 464 consultas médicas em suas unidades de atendimento. Destas, 443 foram oferecidas

por meio de agendamento prévio (95,5%), 14 sem prévio agendamento (3%) e 7 por meio de visitas domiciliares (1,5%). Já na UBS, os hipertensos tiveram acesso, no total, a 612 consultas médicas, sendo que, destas, 454 consultas ocorreram após prévio agendamento (74,2%), 151 sem prévio agendamento (24,7%) e 4 por meio de visitas domiciliares (0,7%). Ao se comparar o número de consultas agendadas e o número total de visitas domiciliares oferecidas aos pacientes dos dois grupos, nota-se que não houve diferença entre os grupos. O número de consultas totais e número de consultas sem prévio agendamento foi maior na UBS em relação à ESF (p-valores, respectivamente, iguais a 0,002 e 0,001). Já com relação ao número de consultas agendadas não houve diferença entre os dois grupos (p=0,963) (Tabela 18).

Tabela 18 - Serviços oferecidos pela própria unidade de seguimento para a amostra dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.

	Modalidade				P-valor
	ESF (96)		UBS (98)		
	n (%)	Média (DP)	n (%)	Média (DP)	
Consultas totais realizadas nas unidades de saúde em relação ao número total de pacientes em cada modalidade	-	4,8 (2,3)	-	6,2 (3,8)	0,002
Consultas AGENDADAS realizadas nas unidades de saúde em relação ao número total de pacientes em cada modalidade	464 (100)	-	612 (100)	-	0,963
Consultas realizadas nas unidades de saúde SEM PRÉVIO AGENDAMENTO em relação ao número total de pacientes em cada modalidade	-	0,1 (0,4)	-	1,5 (2,1)	0,001
	14 (100)	-	151 (100)	-	

Ao se analisar a procura dos hipertensos, dos dois grupos, por serviços de pronto-atendimento do município (Tabela 19), verifica-se que das 511 procuras por estes serviços, 311 (60,9%) partiram de pacientes da UBS contra 200 (39,1%) de pacientes da ESF (p=0,020).

Tabela 19 - Registro de procura pelas unidades de pronto-atendimento na amostra dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.

	Modalidade		P-valor
	ESF (96)	UBS (98)	
	n (%) Média (DP)	n (%) Média (DP)	
Procura pelo Pronto-Socorro (anotações do sistema Hygia) em relação ao número total de pacientes em cada modalidade	200 (100) 2,1 (2,7)	311 (100) 3,2 (0,4)	0,020

Dos 194 pacientes hipertensos estudados, observa-se que 15 pacientes (7,7% dos pacientes) sofreram 17 internações hospitalares nos hospitais conveniados à rede SUS de Ribeirão Preto. Dos 15 pacientes que sofreram internações, 7 pacientes (46,7%) eram seguidos pela ESF (7,3% dos 96 pacientes da ESF), enquanto 8 pacientes (53,3%) eram seguidos pela UBS (8,2% dos 98 pacientes da UBS). Das 17 internações, 7 (41,2% das internações) ocorreram com 7 pacientes diferentes que eram seguidos pela ESF e 10 (58,8% das internações) ocorreram com 8 pacientes diferentes seguidos pela UBS, sendo que 2 pacientes oriundos da UBS internaram por 2 vezes em períodos diferentes. Os pacientes seguidos pela ESF permaneceram internados por 75 dias, com internação média de 10,71 dias (mediana de 5 dias), enquanto que os pacientes seguidos pela UBS permaneceram internados por 47 dias, com internação média de 4,7 dias (mediana de 3 dias). A Tabela 20 demonstra a distribuição do percentual de internações segundo suas causas e modalidades de seguimento da hipertensão na atenção básica.

Tabela 20 - Discriminação das diferentes causas de internação na amostra dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.

Causas de internação	Modalidade	
	ESF (96)	UBS (98)
	n (%)	n (%)
G45. Síndrome da artéria vértebro-basilar	-	1 (10)
I20.0 Angina Instável	2 (28,6)	2 (20)
I21.0 Infarto agudo transmural miocárdio	-	1 (10)
I21.4 Infarto agudo subendocárdico do miocárdio	1 (14,3)	1 (10)
I21.9 Infarto agudo do miocárdio não especificado	-	1 (10)

Continua...

Conclusão.

I50.0	Insuficiência Cardíaca Congestiva	1 (14,3)	-
I60.4	Hemorragia subaracnóide de artéria basilar	1 (14,3)	-
I64	Acidente Vascular Cerebral não especificado	2 (28,6)	-
I80.1	Flebite e tromboflebite de veia femoral	-	1 (10)
I83.9	Varizes dos membros inferiores sem complicações	-	3 (30)
TOTAL		7 (100)	10 (100)

Ao se analisar o seguimento nos ambulatórios de especialidades do município, para os pacientes hipertensos dos dois grupos deste estudo, nota-se que dos 96 pacientes da ESF, 39 (40,63%) eram seguidos somente nas respectivas unidades de nível primário de cuidados da ESF e 57 (59,37%) faziam seguimento em algum ambulatório de especialidades de nível secundário – cardiologia, neurologia, nefrologia, oftalmologia ou cirurgia vascular - em decorrência de problemas relacionados à hipertensão. Já para os 98 pacientes hipertensos estudados na UBS observou-se que 52 (53,06%) eram seguidos somente na UBS e 46 (46,94%) faziam seguimento em algum ambulatório de especialidades de nível secundário. A Tabela 21 demonstra a frequência de seguimento nos diferentes ambulatórios de especialidades para os hipertensos dos dois grupos. Nela se observa que, dentre todas as especialidades utilizadas no nível secundário, somente a oftalmologia foi mais acionada no grupo ESF, em comparação ao grupo UBS ($p < 0,0001$).

Tabela 21 - Seguimento nas diferentes especialidades médicas ambulatoriais de nível secundário na amostra dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.

Especialidades Médicas de Seguimento		Modalidade		P-valor
		ESF (96) n (%)	UBS (98) n (%)	
Cardiologia	Sim	34 (35,4)	34 (34,7)	0,916
	Não	62 (64,6)	64 (65,3)	
Neurologia	Sim	10 (10,4)	5 (5,1)	0,166
	Não	86 (89,6)	93 (94,9)	
Nefrologia	Sim	3 (3,1)	2 (2)	0,634
	Não	93 (96,9)	96 (98)	
Oftalmologia	Sim	26 (27,1)	4 (4,1)	<,0001
	Não	70 (72,9)	94 (95,9)	
Cirurgia Vascular	Sim	2 (2,1)	7 (7,1)	0,094
	Não	94 (97,9)	91 (92,9)	

Ao se analisar os hipertensos dos dois grupos que passaram por consultas nos ambulatórios de especialidades de cardiologia e oftalmologia, nota-se, na Tabela 22, que não houve diferença do número médio de consultas para esses pacientes em cada especialidade. O número médio de ida dos hipertensos do grupo da UBS à especialidade de nefrologia é maior quando comparado com o número médio de ida dos hipertensos da ESF.

Tabela 22 - Número médio e desvio padrão de consultas nas especialidades médicas ambulatoriais de nível secundário na amostra dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.

Especialidade	Modalidade		P-valor
	ESF (96) Média (DP)	UBS (98) Média (DP)	
Cardiologia	2,3 (2)	1,6 (1,5)	0,133
Nefrologia	1,7 (0,6)	5 (1,4)	0,031
Oftalmologia	1,1 (0,3)	1,3 (0,5)	0,478

5.3 Dados obtidos ou inferidos a partir de registros da história clínica do paciente nas suas consultas nas unidades

Ao se observar nos registros dos prontuários físicos e eletrônicos dos pacientes dos dois grupos se havia anotações de complicações (frequentemente associadas à hipertensão por longa data), verifica-se que não houve diferenças entre os dois grupos nas análises realizadas com as variáveis “retinopatia”, “arritmia”, “infarto agudo do miocárdio (IAM)”, “insuficiência cardíaca congestiva (ICC)”, “insuficiência renal crônica com tratamento dialítico”, “acidente vascular cerebral com sequela”, “acidente vascular cerebral sem sequela”, “cirurgia cardíaca prévia”, “claudicação intermitente de membros” e “tabagismo”. Por outro lado, os diagnósticos de “doença aterosclerótica coronariana (DAC) / angina”, “dislipidemia” e “insuficiência renal crônica sem tratamento dialítico”, estavam registrados com maior frequência nos prontuários dos hipertensos seguidos na ESF (Tabela 23).

Tabela 23 – Comorbidades clínicas adicionais à hipertensão arterial, registradas nos prontuários, na amostra dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.

Comorbidade Registrada		Modalidade		P-valor
		ESF (96) n (%)	UBS (98) n (%)	
Retinopatia	Sim	1 (1)	0 (0)	0,311
	Não	95 (99)	98 (100)	
Arritmia	Sim	6 (6,3)	1 (1)	0,051
	Não	90 (93,8)	97 (99)	
Doença aterosclerótica coronariana (DAC) / Angina	Sim	6 (6,3)	0 (0)	0,012
	Não	90 (93,8)	98 (100)	
Dislipidemia	Sim	47 (49)	8 (8,2)	0,001
	Não	49 (51)	90 (91,8)	
Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)	Sim	2 (2,1)	2 (2)	0,983
	Não	94 (97,9)	96 (98)	
Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC)	Sim	8 (8,3)	4 (4,1)	0,219
	Não	88 (91,7)	94 (95,9)	
Insuficiência Renal Crônica com tratamento dialítico	Sim	1 (1)	0 (0)	0,311
	Não	95 (99)	98 (100)	
Insuficiência Renal Crônica sem tratamento dialítico	Sim	4 (4,2)	0 (0)	0,041
	Não	92 (95,8)	98 (100)	
Acidente Vascular Cerebral com sequela	Sim	5 (5,2)	4 (4,1)	0,709
	Não	91 (94,8)	94 (95,9)	
Acidente Vascular Cerebral sem sequela	Sim	2 (2,1)	1 (1)	0,549
	Não	94 (97,9)	97 (99)	
Cirurgia Cardíaca Prévia	Sim	2 (2,1)	1 (1)	0,549
	Não	94 (97,9)	97 (99)	
Claudicação Intermitente de Membros	Sim	3 (3,1)	4 (4,1)	0,720
	Não	93 (96,9)	94 (95,9)	
Tabagismo	Sim	9 (69,2)	2 (66,7)	0,931
	Não	4 (30,8)	1 (33,3)	

O número de registros de comorbidades associadas aos pacientes hipertensos é maior no grupo ESF, na comparação com o grupo UBS ($p < 0,0001$). Nos registros de diagnósticos de “uma comorbidade”, “duas comorbidades” e “três comorbidades” a porcentagem dos pacientes da ESF que se encontrava em cada quesito, respectivamente, era de 43,8%, 18,8% e 3,1%, tais valores eram bem maiores dos que os respectivos 17,4%, 2% e 0% encontrados para os pacientes da UBS. Além do mais, a porcentagem de pacientes da UBS que não apresentavam nenhum registro de comorbidade em seus prontuários era de 79,6% contra 34,4% da ESF (Tabela 24).

Tabela 24 - Número de comorbidades clínicas adicionais à hipertensão arterial na amostra dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.

Quantidade de Comorbidades Registradas por paciente	Modalidade		P-valor
	ESF (96) n (%)	UBS (98) n (%)	
Nenhuma comorbidade	33 (34,4)	78 (79,6)	<,0001
Uma comorbidade	42 (43,8)	17 (17,4)	
Duas comorbidades	18 (18,8)	2 (2)	
Três comorbidades	3 (3,1)	0 (0)	
Quatro comorbidades	0 (0)	1 (1)	

5.4 Dados obtidos ou inferidos a partir de registros do exame físico do paciente durante suas consultas nas unidades

Os registros da média da pressão diastólica foram maiores no grupo UBS, na comparação com o grupo ESF ($p=0,002$) (Tabela 25).

Tabela 25 - Média das pressões arteriais calculadas para a amostra dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.

Média das Pressões Arteriais (mmHg)	Modalidade		P-valor
	ESF (96) Média (DP)	UBS (98) Média (DP)	
Sistólica	133,6 (14,9)	136,9 (17,3)	0,168
Diastólica	80,8 (9,3)	85,2 (10,3)	0,002

Os registros de estratificação da média de pressão arterial dos dois grupos são equivalentes. Dentre os 95 pacientes da ESF que puderam ter suas médias de pressão arterial estratificadas, 65 (68,4%) ficaram na categoria “ótima”, “normal” ou “limítrofe” e 30 pacientes (31,6%) tiveram sua média de pressão arterial estratificada como “HAS Estágio 1”, “HAS Estágio 2”, “HAS Estágio 3” e “HAS Sistólica Isolada”. Já dentre os 97 pacientes da UBS que puderam ter suas médias de pressão arterial estratificadas, 56 (57,7%) tiveram sua média de pressão arterial estratificada como “ótima”, “normal” ou “limítrofe” e 41 pacientes (42,3%) tiveram sua média de

pressão arterial estratificada como “HAS Estágio 1”, “HAS Estágio 2”, “HAS Estágio 3” e “HAS Sistólica Isolada” (Tabela 26).

Tabela 26 – Classificação da Hipertensão, a partir da média das pressões arteriais calculadas, para a amostra dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.

Classificação da Hipertensão*	Modalidade		P-valor
	ESF (96) n (%)	UBS (98) n (%)	
Ótima (PAS <120 / PAD <80)	15 (15,8)	15 (15,5)	0,3948
Normal (PAS <130 / PAD <85)	21 (22,1)	18 (18,6)	
Limítrofe (130 < PAS <139 / 85 < PAD <89)	29 (30,5)	23 (23,7)	
HAS Estágio 1 (140 < PAS <159 / 90 < PAD <99)	11 (11,6)	18 (18,6)	
HAS Estágio 2 (160 < PAS <179 / 100 < PAD <109)	3 (3,2)	9 (9,3)	
HAS Estágio 3 (PAS ≥180 / PAD ≥110)	1 (1,1)	2 (2,1)	
HAS Sistólica Isolada (PAS ≥ 140 / PAD < 90)	15 (15,8)	12 (12,4)	

*Quando a PA sistólica e diastólica de um paciente se situam em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para a classificação da PA (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA E CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002)

A classificação da função renal³ dos pacientes dos dois grupos foi equivalente. Apesar das análises da classificação da função renal para os pacientes dos dois grupos serem equivalentes, observa-se que, dos 96 pacientes da ESF, 65 (67,7%) puderam ter sua função renal classificada por meio da fórmula, ao passo que, dos 98 pacientes da UBS, somente 32 (32,7%) foram classificados (Tabela 27).

³ Estimada pela Fórmula de Cockcroft-Gault corrigida pelo sexo dos pacientes (Cockcroft,1992). Essa classificação é feita levando em consideração variáveis como idade, sexo, peso e valor recente da creatinina plasmática dos pacientes dosada em concomitância ao mesmo período em que foram aferidas as variáveis antropométricas utilizadas no cálculo.

Tabela 27 - Classificação da Função Renal para a amostra dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.

Classificação da Função Renal*	Modalidade		P-valor
	ESF (96) n (%)	UBS (98) n (%)	
Lesão renal com Taxa de Filtração Glomerular Normal(TFG) ou aumentada (TFG ≥ 90 mL/min/1,73m ²)	16 (24,6)	8 (25)	0,2652
Lesão renal com Taxa de Filtração Glomerular Levemente Diminuída(TFG) (TFG entre 60-89 mL/min/1,73m ²)	30 (46,2)	20 (62,5)	
Lesão renal com Taxa de Filtração Glomerular Moderadamente Diminuída(TFG) (TFG entre 45-59 mL/min/1,73m ²)	13 (20)	2 (6,3)	
Lesão renal com Taxa de Filtração Glomerular Moderadamente Diminuída(TFG) (TFG entre 30-44 mL/min/1,73m ²)	6 (9,2)	2 (6,3)	
Lesão renal com Taxa de Filtração Glomerular gravemente Diminuída(TFG) (TFG entre 15-29 mL/min/1,73m ²)	0 (0)	0 (0)	
Insuficiência renal Crônica estando ou não em terapia renal substitutiva (TFG < 15 mL/min/1,73m ²)	0 (0)	0 (0)	

* Estimada por meio do uso da Equação de Cockcroft-Gault (COCKCROFT, 1992) corrigida pelo sexo dos pacientes

As aferições de “peso médio”, “peso recente”, “variação média de peso”, “altura média” e “classificação nutricional” dos pacientes envolvidos neste estudo foram consideradas equivalentes na comparação dos dois grupos (Tabelas 28 e 29).

Tabela 28 - Variáveis antropométricas para a amostra dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.

Variáveis	Modalidade		P-valor
	ESF (96) Média (DP)	UBS (98) Média (DP)	
Peso médio¹ (Kg)	72,2 (1,8)	73,2 (2,5)	0,733
Peso recente² médio (kg)	72,1 (17,3)	73,8 (22,6)	0,581
Variação média de peso³ (kg)	- 0,2 (0,5)	+ 1,1 (0,6)	0,115
Altura média⁴ (m)	1,6 (0,1)	1,6 (0,1)	0,966

Continua...

Conclusão.

¹Calculado pela média aritmética simples de todos os valores de peso(kg) registrados em todas as consultas que o paciente realizou nos dois anos de observação deste estudo
² Foi obtido a partir da média aritmética simples dos últimos pesos (kg) (peso mais recente) que se tiveram registro nos prontuários dos pacientes, nos dois anos de observação deste estudo
³Calculada a partir da diferença entre o peso (kg) mais recente e o peso (kg) mais antigo que tiveram registro nos prontuários dos pacientes, nos dois anos de observação deste estudo, o achado do valor negativo (-) indica perda média de peso e o achado do valor positivo (+) indica acréscimo de peso no período
⁴Obtida a partir da média aritmética simples das diferentes medidas de altura registradas para os pacientes em seu prontuários, nos dois anos de observação deste estudo

Tabela 29 – Classificação Nutricional (IMC) para a amostra dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.

Classificação nutricional (IMC)*	Modalidade		P-valor
	ESF (96) n (%)	UBS (98) n (%)	
Sobrepeso (25 ≤ IMC ≤ 29,9)	11 (27,5)	0 (0)	0,058
Obesidade grau 1 (30 ≤ IMC ≤ 34,9)	19 (47,5)	0 (0)	
Obesidade grau 2 (35 ≤ IMC ≤ 39,9)	3 (7,5)	1 (33,3)	
Obesidade grau 3 (40 ≤ IMC)	7 (17,5)	2 (66,7)	
Total	40 (100)	3 (100)	

* calculado por meio da relação peso(kg)/(altura(m))² para os pacientes que tiveram seus pesos e alturas aferidos pelos profissionais da equipe de saúde quando eles passaram em consulta agendada nas unidades

5.5 Dados obtidos a partir da conduta médica estabelecida para cada paciente ao fim de suas consultas nas unidades

Dentre os exames complementares, preconizados pelo protocolo municipal (RIBEIRÃO PRETO, 2006), solicitados para os pacientes hipertensos seguidos pela ESF e pela UBS, verificou-se que assolicitações de “clearance de creatinina plasmático”, de “proteinúria de 24 horas” e de “exame de fundo de olho para detecção precoce de retinopatia hipertensiva” foram equivalentes na comparação dos dois grupos do estudo. Por outro lado, as dosagens plasmáticas de uréia, creatinina, ácido úrico, sódio, potássio, glicemia de jejum, colesterol total, HDL, triglicérides, urina 1, microalbuminúria de 24 horas e a realização de eletrocardiograma e radiografia de tórax ocorreram sempre com maior frequência nos hipertensos seguidos pela ESF, em comparação àqueles seguidos na UBS (Tabela 30).

Tabela 30 - Solicitação de exames complementares* para a amostra dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.

Exames Realizados		Modalidade		P-valor
		ESF (96) n (%)	UBS (98) n (%)	
Uréia plasmática	Sim	24 (25)	9 (9,2)	0,003
	Não	72 (75)	89 (90,8)	
Creatinina plasmática	Sim	69 (71,9)	36 (36,7)	<,0001
	Não	27 (28,1)	62 (63,3)	
Clearance de Creatinina plasmático	Sim	0 (0)	1 (1,1)	0,321
	Não	96 (100)	97 (99)	
Ácido Úrico plasmático	Sim	52 (54,2)	15 (15,3)	<,0001
	Não	44 (45,8)	83 (84,7)	
Sódio plasmático	Sim	61 (63,5)	15 (15,3)	<,0001
	Não	35 (36,5)	83 (84,7)	
Potássio plasmático	Sim	62 (64,6)	20 (20,4)	<,0001
	Não	34 (35,4)	78 (79,6)	
Urina 1	Sim	61 (63,5)	44 (44,9)	0,009
	Não	35 (36,46)	54 (55,1)	
Proteinúria de 24 horas	Sim	2 (2,1)	0 (0)	0,151
	Não	94 (97,9)	98 (100)	
Microalbuminúria de 24 horas	Sim	14 (14,6)	0 (0)	<,0001
	Não	82 (85,4)	98 (100)	
Glicemia plasmática de Jejum	Sim	75 (78,1)	42 (42,9)	<,0001
	Não	21 (21,9)	56 (57,1)	
Colesterol total plasmático	Sim	74 (77,1)	40 (40,8)	<,0001
	Não	22 (22,9)	58 (59,2)	
HDL plasmático	Sim	75 (78,1)	36 (36,7)	<,0001
	Não	21 (21,9)	62 (63,3)	
Triglicérides plasmático	Sim	74 (77,1)	40 (40,8)	<,0001
	Não	22 (22,9)	58 (59,2)	
Exame de fundo de olho ¹	Sim	1 (1)	0 (0)	0,311
	Não	95 (99)	98 (100)	
Eletrocardiograma	Sim	46 (47,9)	12 (12,2)	<,0001
	Não	50 (52,1)	86 (87,8)	
Radiografia de tórax	Sim	13 (13,5)	1 (1)	0,001
	Não	83 (86,5)	97 (99)	

*Segundo o Protocolo de atendimento em Hipertensão e Diabetes da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (2011)
¹ Exame de avaliação oftalmológica anual para detecção precoce de lesões na retina (retinopatia) decorrentes de mau controle pressórico

Os dados observados na Tabela 31 revelam que o valor de HDL dos hipertensos da UBS (média de 53,7) é maior do que a média dos pacientes da ESF (48,4) ($p=0,027$). Os valores médios de colesterol total e triglicérides para os pacientes hipertensos da UBS, diferentemente dos hipertensos da ESF, não atingiram a meta terapêutica considerada como mais adequada segundo o protocolo do município (RIBEIRÃO PRETO, 2006). Os achados de alterações nos exames de imagem são equivalentes na comparação dos dois grupos de estudo (Tabela 32).

Tabela 31 - Registros relativos às médias e desvios padrão dos resultados dos exames complementares realizados para a amostra dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.

Exames Realizados	Modalidade		P-valor	Valores de Referência
	ESF (96) Média (DP)	UBS (98) Média (DP)		
Uréia Plasmática média	35,7 (14,6)	32,7 (9)	0,542	10-40 mg/dL [#]
Creatinina plasmática média	0,9 (0,2)	0,8 (0,2)	0,156	< 1,2 mg/dL [#]
Ácido Úrico plasmático médio	5,5 (1,9)	5,7 (1,5)	0,798	< 8,0 mg/dL [#]
Sódio plasmático médio	144,6 (3,3)	142,8 (2,6)	0,063	135 a 145 mmol/L [#]
Potássio plasmático médio	4,2 (0,1)	4,3 (0,1)	0,320	3,5 a 5,0 mmol/L [#]
Glicemia plasmática de Jejum média	93,1 (12,8)	94 (16,3)	0,736	< 100mg/dL [*]
Colesterol Total plasmático médio	197,3 (32,1)	201,1 (40,9)	0,590	< 200mg/dL [*]
HDL plasmático médio	48,4 (10,4)	53,7 (14)	0,027	> 40mg/dL [*]
Triglicérides plasmático médio	134,7 (66,3)	161,9 (111,9)	0,104	< 150mg/dL [*]

[#]Valores de referência laboratorial in <http://pt.scribd.com/doc/81647869/Valores-de-Referencia-laboratorial#scribd>
^{*}RIBEIRÃO PRETO, 2006.

Tabela 32 - Registros relativos ao número e percentual de exames normais e alterados realizados para a amostra dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.

Exames Realizados		Modalidade		P-valor
		ESF (96) n (%)	UBS (98) n (%)	
Eletrocardiograma	Normal	38 (82,6)	10 (83,3)	0,953
	Alterado	8 (17,4)	2 (16,7)	
Radiografia de Tórax	Normal	9 (69,2)	1 (100)	0,512
	Alterado	4 (30,8)	0 (0)	
Urina 1	Normal	55 (90,2)	38 (86,4)	0,546

Exames Realizados	Modalidade		P-valor
	ESF (96)	UBS (98)	
	n (%)	n (%)	
Alterado	6 (9,8)	6 (13,6)	

Os dados da Tabela 33 demonstram que a ESF solicitou, com maior frequência, exames laboratoriais para os seus pacientes, quando comparada com a UBS ($p < 0,0001$). Cada paciente hipertenso da ESF se submeteu, em média, a 1,7 coletas de exames laboratoriais, enquanto que os pacientes da UBS se submeteram, em média, a apenas 1 coleta, nos dois anos de observação deste estudo, ($p < 0,0001$). Na Tabela 34 há uma síntese dos serviços ofertados aos hipertensos da ESF e da UBS envolvidos neste estudo.

Tabela 33 - Registros relativos à solicitação de exames laboratoriais para a amostra dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.

	Modalidade				P-valor
	ESF (96)		UBS (98)		
	n (%)	Média (DP)	n (%)	Média (DP)	
As unidades de seguimento solicitaram exames complementares para os pacientes nos dois últimos anos ?					
Sim	80 (83,3)		54 (55,1)		<,0001
Não	16 (16,7)		44 (44,9)		
Número de vezes em que cada paciente se submeteu a coleta de exames laboratoriais bioquímicos nos dois últimos anos					
		1,7 (1,26)		1 (1,33)	<,0001

Tabela 34 – Comparação entre oferta de serviço oferecido e resultados para a amostra dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS), avaliados nos anos de 2009/2010, no município de Ribeirão Preto.

Indicador	Modalidade		P-valor
	ESF (96)	UBS (98)	
Número total de consultas agendadas oferecidas aos pacientes pela modalidade de seguimento nos dois últimos anos	443	454	0,963
Número total de consultas realizadas sem prévio agendamento na unidade (atendimento eventual) oferecidas aos pacientes pela modalidade de seguimento nos dois últimos anos	14	151	0,001
Número total de idas dos pacientes ao pronto-atendimento por modalidade de seguimento nos dois últimos anos	200	311	0,020
Número total de internações hospitalares por modalidade de seguimento nos dois últimos anos	7	10	-
Número total de exames laboratoriais solicitados pela modalidade de seguimento nos dois últimos anos	1041	436	-
Número total de coletas de exames laboratoriais para os pacientes pela modalidade de seguimento nos dois últimos anos	162	98	-

Média de número de exames laboratoriais solicitados por número de coletas de exames laboratoriais para os pacientes pela modalidade de seguimento nos dois últimos anos	6,4	4,5	-
---	------------	------------	---

Continua...

Conclusão.

Média de número de exames laboratoriais solicitados por número total de pacientes pela modalidade de seguimento nos dois últimos anos	10,8	4,5	-
Média de número de exames laboratoriais por número total de consultas agendadas oferecidas aos pacientes pela modalidade de seguimento nos dois últimos anos	2,4	1	-
Número total de pacientes que se submeteram a coleta de exames laboratoriais por modalidade de seguimento nos dois últimos anos	80	54	<,0001
Percentual (%) de pacientes que se submeteram a coleta de exames laboratoriais por modalidade de seguimento nos dois últimos anos	83,3	55,1	<,0001
Número total de paciente com média de Pressão Arterial considerada ótima, normal ou limítrofe por modalidade de seguimento	65	56	-
Número médio de vezes em que cada paciente se submeteu a coleta de exames laboratoriais pela modalidade de seguimento nos dois últimos anos	1,7	1	<,0001
Percentual (%) de pacientes que atingiram média de Pressão Arterial considerada ótima, normal ou limítrofe, em relação ao número total de pacientes por modalidade de seguimento, nos dois últimos anos	67,7	57,1	-
Número total de paciente com média de colesterol total plasmático \leq 200mg/dL	43	20	-
Percentual (%) de pacientes que atingiram média de colesterol total plasmático \leq 200mg /dL, em relação ao número total de pacientes por modalidade de seguimento, nos dois últimos anos	44,8	20,4	-
Número total de pacientes com média de triglicérides plasmático \leq 150mg/dL	49	26	-
Percentual (%) de pacientes que atingiram média de triglicérides plasmático \leq 150mg /dL, em relação ao número total de pacientes por modalidade de seguimento, nos dois últimos anos	51	26,5	-

6. DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

A procura e utilização da rede de serviços de saúde, em seus diferentes pontos, por pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis tendem a se dar de forma mais intensa e frequente nos serviços e sistemas de saúde menos estruturados. A aglomeração de pacientes nas UPAs e pronto-socorros hospitalares, em geral, decorre da falta de coordenação da atenção básica e ordenação do acesso, mediante regulação da assistência (SANTOS et al., 2003; LOPES; SANTOS; SCARPELINI, 2007; FERREIRA et al., 2010; SANTOS et al., 2012).

Uma rede de serviços de saúde bem estruturada com suas bases fortemente arraigadas na atenção básica (AB) dotada de efetividade, pode proporcionar maior economia de recursos financeiros, aumentar a satisfação dos seus pacientes com o serviço recebido, atingir melhores indicadores de saúde, além de demandar menor uso de medicações (STARFIELD, 1994).

Os pacientes hipertensos, crônicos, demandam atenção integral, continuada, efetiva, que seja, além de resolutive, capaz de coordenar o seu cuidado ao longo de suas idas e vindas pelos diferentes serviços oferecidos pela rede assistencial de saúde.

A procura e a utilização da rede de serviços de saúde pelos pacientes “crônicos” sofrem a influência de fatores que podem ser agrupados em três categorias: predisposição, necessidade e capacidade (GUERRA et al., 2001). As variáveis sociais e demográficas podem “predispor” à busca dos pacientes pelos serviços de saúde quando há “necessidade” e “capacidade” instalada (ALMEIDA et al., 2002).

Assim, a sistematização e a “predisposição” seriam impostas pelas variáveis sociais e demográficas dos pacientes (como o gênero, idade, raça, costumes). Já a “necessidade” seria pautada pela busca do paciente em manter sua saúde ou tentar restabelecê-la quando ocorressem descompensações, súbitas e esporádicas (“agudas”).

Nesse contexto, a utilização da rede de serviços pelos pacientes em virtude da “necessidade de manutenção de sua saúde” se daria quando os pacientes procurassem as unidades da atenção básica para realizar consultas programáticas,

agendadas. Já a utilização da rede de serviços pelos pacientes devido à “necessidade de restabelecimento de descompensações agudas” se daria quando os pacientes procurassem atendimentos nas unidades ambulatoriais de atenção básica sem prévio agendamento (atendimento eventual, não programático), ou procurassem atendimento nas unidades de pronto - atendimento (UPA's), ou sofressem internações hospitalares.

A discussão dos resultados obtidos no presente estudo se desenvolve com base nos aspectos de organização da atenção básica propostos (STARFIELD, 2002) já testados e validados (HAUSER et al., 2013). Inicialmente, aborda-se os resultados encontrados para as variáveis sócio-demográficas e, em seguida, para as variáveis relacionadas aos aspectos inerentes à atenção básica (STARFIELD 2002).

O achado de cerca 71% de mulheres no perfil demográfico dos hipertensos dos dois grupos deste estudo (Tabela 1) é próximo aos achados já registrados de 64,36% (PIMENTA; CALDEIRA, 2014), 67% (GREZZANA; STEIN, PELLANDA, 2013) e de 70,4% (SANTA HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010b), os quais também procuraram avaliar diferentes aspectos relacionados à hipertensão arterial em unidades de AB.

O baixo número de pacientes hipertensos do sexo masculino nos dois grupos deste estudo (cerca de 29,9% obtidos da média do percentual de homens seguidos na ESF e na UBS) é um dado relevante que, se não modificado por meio de estratégias pelas equipes da atenção básica, pode contribuir ainda mais para a manutenção deste perfil, sobretudo quando se demonstra que há maior mortalidade masculina quando comparada à população feminina, no que se diz respeito às doenças que afetam o sistema cardiovascular (LAURENTI; MELLO JORGE; GOTLIEB, 2005).

Dentre as causas para a baixa porcentagem de hipertensos homens nos dois grupos deste estudo destacam-se duas principais. A primeira delas associada a aspectos culturais e a segunda explicados por limitações de acesso dos homens aos serviços de saúde.

Os aspectos culturais podem ser compreendidos de três maneiras: o “cuidar-se”, interpretado pelos homens como uma prática preponderantemente “feminina” (VIEIRA et al., 2013), a dificuldade que os homens apresentam em se reconhecer “doentes” ou pelo “medo da descoberta de alguma doença grave” (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007). As limitações de acesso podem decorrer

do fato de a unidade não estar disponível em horários alternativos em que os homens pudessem se consultar sem terem que se ausentar de seu trabalho (VIEIRA et al.,2013), ou porque os serviços de AB não estariam preparados para atender às necessidades de procura pelos homens (FIGUEIREDO, 2005), uma vez que os homens, diferentemente das mulheres, não tendem a buscar os serviços de saúde para consultas e exames de rotina e, sim, por problemas agudos, acidentes ou lesões (PINHEIRO et al.,2002).

Ainda com relação às variáveis sócio-demográficas relacionadas aos hipertensos dos dois grupos, observou-se que os hipertensos da ESF justificam sua não inserção no mercado laboral por, em sua grande maioria, estarem “aposentados”, ao passo que os hipertensos da UBS o justificam em sua grande maioria, por terem que se dedicar às atividades “do lar”. Tais achados são relevantes e sugerem uma ligeira vantagem de poder aquisitivo dos hipertensos da ESF, uma vez que a condição de “aposentado” relaciona-se ao recebimento de um salário, ao passo que a condição de “do lar”, não.

O tempo médio de seguimento para os hipertensos dos dois grupos deste estudo de 8anos para os seguidos na ESF comparado ao de 16,2 anos para os seguidos na UBS pode ser explicado pelo fato de que a UBS alvo deste estudo (Vila Abranches) foi fundada em 1988, enquanto os 3 NSF's deste estudo só surgiram em 2001.

Os hipertensos da ESF avaliaram o “acolhimento” recebido na recepção de suas unidades, o “atendimento de enfermagem”, a “limpeza do local” e a “avaliação geral da visita” na ESF como “muito bom”, diferentemente dos hipertensos da UBS que avaliaram como “bom”. Esse resultado coincide com outro estudo que destacou melhor desempenho das unidades de ESF para a maior parte das dimensões dos cuidados em atenção primária quando comparadas às unidades de atendimento clínico tradicional (MACINKO; ALMEIDA E SÁ, 2007).

Para que os serviços de saúde possam atender às necessidades dos usuários e sejam efetivos, o “acesso”, tanto no seu aspecto “geográfico” quanto no seu aspecto “sócio-organizacional”,deve ser considerado (TAKEDA, 2004). Nesse estudo, os dois grupos avaliados não referiram dificuldades ou limitações no acesso “geográfico” (Tabela 2) para chegarem às suas unidades de seguimento o que pode ser explicado pelo fato de que tanto os prédios dos NSF's quanto o da UBS Vila Abranches são próximos às áreas de moradia dos pacientes e servidos por transporte

público coletivo que permite aos pacientes um fácil deslocamento às unidades de saúde onde eram atendidos. Na África do Sul, um estudo demonstrou que os pacientes que se deslocaram por uma distância de até 5km ou por até 30 minutos a pé estavam satisfeitos com o atendimento recebido (NTETA; MOKGATLE-NHABU; OGUNTIBEJU, 2010).

O acesso “sócio-organizacional” é avaliado por meio da facilidade com que os pacientes conseguem marcar retorno ao término de suas consultas ao demonstrar que a resposta “a agenda não estava aberta” para a justificativa dada pelos hipertensos da UBS (93,5%), em comparação à mesma resposta dada pelos pacientes da ESF (68,8%) sugere que a UBS apresenta uma menor acessibilidade quando comparada à ESF no cuidado de seus pacientes hipertensos. Esse achado pode ser explicado pelo fato de que as unidades de ESF têm se empenhado em priorizar a continuidade do cuidado (STARFIELD, 2002) e consideram fundamental que a maior parte de seus pacientes saiam agendados ao término de sua consulta.

As unidades da ESF desenvolveram um modelo de agendamento por prioridades de consulta onde se observam vagas disponíveis para agendamento para seis meses que frequentemente são liberadas bem antes do término das vagas oferecidas. Já o modelo de agendamento na UBS era disponibilizado, de forma periódica, a cada 2 meses. Contudo, este período limitado de 2 meses, por vezes, não é capaz de contemplar a necessidade de busca de agendamento por todos os pacientes, de tal forma que alguns não conseguem agendamento ao término de sua consulta.

Os pacientes que porventura responderam “não”, na ESF (33,4%), para a pergunta inicial feita “foi marcado retorno ao final de sua última consulta?”, assim o fizeram porque provavelmente perderam alguma consulta prévia que já tinha sido agendada em outro momento e, então, ao sofrer ruptura em sua continuidade de cuidado, tiveram maior dificuldade em conseguir novo agendamento, prolongando ainda mais o seu tempo de retorno médico o que, sabidamente, tende a aumentar o risco de não-adesão terapêutica ao tratamento da hipertensão (SACKETT; SNOW, 1979; COELHO et al., 2005; SANTA HELENA et al., 2010a).

A adesão à terapêutica pelos pacientes, é um fenômeno complexo, uma vez que pode envolver mais aspectos do que a simples ação de tomada de medicação, como, por exemplo, mudanças comportamentais individuais dos pacientes. Assim, para a adesão também dever-se-ia considerar aspectos como a

busca por serviços de saúde, o recebimento de uma prescrição por parte do paciente, a administração correta da medicação prescrita, realização de consultas periódicas, realização de exames laboratoriais de rotina, mudanças comportamentais em seus hábitos alimentares, realização de atividade física, dentre outros (OMS, 2003). No escopo deste trabalho, para a adesão terapêutica foram abordados apenas os aspectos relacionados à administração da medicação prescrita ao paciente.

Sabe-se que apesar de ampla disponibilidade de tratamento efetivo para a hipertensão, mais do que 50% dos pacientes que iniciam seus tratamentos deixam de seguir a prescrição médica que lhes foi feita no primeiro ano de tratamento e dentre aqueles que permanecem sob supervisão terapêutica, apenas 50% tomam pelo menos 80% dos medicamentos prescritos e, assim, cerca de 75% dos pacientes não alcançam controle pressórico efetivo (OMS, 2003). Sabe-se também que a não adesão à terapêutica da HAS se associa a piores desfechos cardiovasculares que não recairão somente sobre os pacientes, mas também sobre os profissionais e os sistemas de saúde (HO et al., 2009).

Como a hipertensão arterial é um importante fator de risco para as doenças cardiovasculares e é detectada e acompanhada na maioria das vezes pelas unidades de AB, intervenções por parte das suas equipes de saúde podem proporcionar maior adesão terapêutica dos hipertensos e, conseqüentemente, diminuir os desfechos cardiovasculares não favoráveis (GUIRADO et al., 2011; SANTOS et al., 2013), diminuir o número de internações hospitalares e, por sua vez, os custos despendidos no “setor saúde” (SENST et al., 2001; MCDONNELL; JACOBS, 2002; SCHIFF et al., 2003; HO et al., 2009).

No presente estudo, o achado de adesão à terapêutica medicamentosa de 100% para os pacientes hipertensos seguidos na ESF, em contraposição a cerca de 95,9% da UBS ($p=0,046$) pode ser entendido de duas formas.

A primeira que os médicos da ESF, por apresentarem uma prática de condução de suas consultas por meio da abordagem centrada na pessoa (STEWART et al., 2010), com frequência, conseguem, por meio da relação médico-paciente estabelecida por um vínculo sólido de confiança e empatia, esclarecer mais os seus pacientes sobre a importância da tomada de suas medicações, sobre como administrá-las e quais seus efeitos colaterais esperados e, por conseqüência, proporcionar maior aceitação de seus pacientes à terapêutica medicamentosa

prescrita. Esta habilidade centrada na pessoa desenvolvida pelos médicos da ESF permite uma maior interação entre o médico e o seu paciente, o que por sua vez, resulta em uma maior adesão terapêutica por parte dos pacientes (CLARK, 1991).

A segunda explicação reside em uma particularidade das unidades de ESF deste estudo. Como tais unidades são frequentadas por estudantes e docentes dos cursos de graduação de diferentes áreas da saúde da FMRP-USP, os pacientes que nela seguem não se beneficiam somente das orientações para adesão advindas do próprio profissional médico que lhes assiste, mas também das orientações advindas de um grupo multiprofissional (medicina, farmácia, enfermagem, odontologia, psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional), uma vez que também são atendidos por eles nas unidades de ESF. Tal interação existente entre paciente e o grupo de profissionais de diferentes áreas da saúde foi considerada (CARTER et al., 2012), mais efetiva uma vez que tende a resultar em orientações mais oportunas, colaborativas, centradas nos pacientes, o que, indiretamente, proporcionaria uma maior adesão terapêutica por parte dos pacientes.

Em virtude das particularidades inerentes à “adesão terapêutica” medicamentosa esperava-se que os pacientes que menos aderissem à terapêutica fossem aqueles que fizessem uso de uma quantidade maior de medicamentos, tivessem níveis pressóricos mais elevados, e, em razão disso, apresentassem sua hipertensão classificada em estádios mais elevados e apresentassem taxa de filtração glomerular (TFG) mais diminuída, refletindo em piora de sua condição de saúde como um todo a longo prazo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010). Essas inferências só puderam ser observadas, neste estudo, para o aspecto relacionado à média das pressões arteriais diastólicas dos hipertensos nos dois grupos (Tabela 25), uma vez que o grupo de hipertensos da UBS que tinha menor adesão terapêutica quando comparado aos hipertensos da ESF apresentou uma média de pressão arterial diastólica ligeiramente mais elevada (cerca de 4mmHg, $p=0,002$) do que quando comparada com a média apresentada pelos pacientes da ESF.

As inferências relacionadas à classificação da hipertensão em estágio mais elevado e menor TFG nos hipertensos com menor adesão terapêutica (da UBS) não foram observadas, pois não houve diferença significativa nas análises para a classificação da hipertensão a partir da média das pressões arteriais calculadas

(Tabela 26, $p=0,3948$) e à classificação da função renal ($p=0,2652$) na comparação dos dois grupos. O achado de valores limítrofes para a classificação da hipertensão arterial, obtida a partir da média das pressões arteriais calculadas para a amostra dos hipertensos acompanhados neste estudo, tanto na ESF (média da PA=136,6 X 80,8 mmHg) e na UBS (média da PA=136,9 X 85,2 mmHg) destoa de importantes estudos epidemiológicos que demonstraram a inadequação do controle pressórico dos pacientes em unidades de atenção primária (CHAMONTIN et al., 1998; LANG et al., 2001; AMAR et al., 2003; PICKERING, 2006).

Estudo sobre a não adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo apontou que fatores relacionados tanto aos pacientes quanto aos profissionais assistentes poderiam ser implicados (NOBRE et al., 2013). Com relação aos fatores relacionados ao paciente destacou-se a má compreensão às instruções dadas pelo médico assistente ao paciente como uma causa relevante para este quesito. Nesse sentido, o achado da Tabela 5, em que cerca de 93% dos hipertensos da ESF acusaram ser “bom” e “muito bom” o tempo que lhes foi dado pelo médico assistente para explicar seus problemas contra cerca de 83% dos hipertensos da UBS respondentes do mesmo quesito ($p=0,028$), reforçaria o porquê da menor adesão da terapêutica medicamentosa para os hipertensos da UBS.

Ao associar os fatores relacionados ao paciente com os fatores relacionados ao profissional de saúde assistente que prejudicariam a adesão à terapêutica medicamentosa destacam-se o pouco tempo despendido pelo médico na consulta do paciente, a falta ou o fornecimento de orientações imprecisas, a falha na orientação sobre os efeitos adversos da prescrição proposta e a adoção de regimes terapêuticos complexos que não levam em consideração o estilo de vida do paciente ou o custo da medicação a ser utilizada por ele (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005; NOBRE et al., 2013).

Desta forma, o maior predomínio de orientações dadas aos hipertensos da ESF (p -valores $< 0,05$) para realização de atividade física, para manutenção de dieta, para uso de suas medicações e para realização de consultas periódicas também reforça a razão da adesão da terapêutica medicamentosa ser maior nos hipertensos da ESF do que quando comparada à dos hipertensos da UBS.

A vantagem da ESF sobre a UBS na prescrição do tratamento não medicamentoso da HAS demonstrada pela maior frequência de orientações relacionadas a fatores que, indiretamente, interferem no controle pressórico (a

manutenção do peso e dieta adequados, o consumo de álcool de forma adequada, a cessação do tabagismo e a prática regular de atividade física), sabidamente, melhora o controle da HAS (WEBER et al., 2014; GIROTTO et al., 2013).

Outra variável que reflete o destaque das orientações dadas aos hipertensos pelas equipes da ESF em relação às dadas pela equipe da UBS é a variação do peso negativa. Embora os pacientes dos dois grupos apresentem peso médio e peso recente médio muito próximos, os pacientes da ESF apresentaram uma variação média de peso negativa, em relação à variação média de peso dos pacientes da UBS, refletindo que, provavelmente, as orientações relacionadas à manutenção do peso, dadas pelos assistentes tanto da ESF quanto da UBS, foram mais efetivas para os hipertensos da ESF uma vez que foram os hipertensos desse grupo que apresentaram variação de peso negativa (redução de peso) no período de observação deste estudo.

No manejo e acompanhamento adequado dos pacientes hipertensos é essencial que se conheçam os outros fatores também associados à pressão arterial que poderão, se não controlados, acarretar em prejuízo para a saúde dos pacientes. Para que esses outros fatores sejam conhecidos, as equipes de saúde devem proceder à uma avaliação clínica bem detalhada (iniciada a partir de uma história clínica bem feita), a um exame físico bem realizado e, quando necessário, à realização de exames bioquímicos complementares. Entretanto, de nada tudo isto valerá se os registros clínicos dos pacientes em seus respectivos prontuários não forem realizados de forma adequada a fim de se permitir o seguimento continuado dos pacientes pelas diferentes equipes de profissionais de saúde nas quais ele venha a ser atendido.

Os achados do presente estudo sugerem que as equipes da ESF realizam mais registros em prontuário em relação à UBS uma vez que ao se tentar calcular o Índice de Massa Corporal (IMC) para os pacientes dos dois grupos observou-se que só foi possível fazê-lo (por haver registros de peso e de altura dos pacientes na mesma data) para 3 dos 98 pacientes do grupo da UBS (3,1%) sendo que para os pacientes da ESF tal cálculo foi possível para 40 dos 96 pacientes estudados neste grupo (41,7%).

A fim de se evitarem maiores complicações para os hipertensos, o protocolo de manejo elaborado pelo município de RIBEIRÃO PRETO (2006) sugere que, durante as consultas ambulatoriais de acompanhamento, os pacientes devam ser rastreados para outros problemas de saúde que, se também presentes, podem

agravar o prognóstico dos pacientes acompanhados. Desta forma, o referido protocolo, cujo resumo de seus principais aspectos encontra-se no Apêndice B deste trabalho, ao propor que os pacientes realizem exames complementares, de forma periódica, permite que as equipes de saúde envolvidas no cuidado dos hipertensos detectem, precocemente, novas condições clínicas adicionais, importantes para agravamento do risco cardiovascular, que, se não corrigidas ou controladas mais rapidamente, contribuiriam para agravamento da condição clínica dos pacientes (SANSON-FISHER; CLOVER, 1995).

Ainda com o intuito de se evitar iatrogenias pelas equipes assistentes dos hipertensos do município, o já referido protocolo do município sugere que as equipes de saúde deveriam tentar otimizar o uso de uma classe de medicamento anti-hipertensivo até próximo o valor de sua dose máxima tolerada antes da introdução de uma nova classe de medicamentos. Outra sugestão, indiretamente obtida a partir da leitura do mesmo protocolo, é que os pacientes que apresentassem o uso de mais do que 3 classes diferentes de medicamentos anti-hipertensivos deveriam ser encaminhados para consulta com equipes médicas nos ambulatórios de nível secundário de cuidados nas especialidades de cardiologia, neurologia, nefrologia, oftalmologia, cirurgia vascular a depender de suas necessidades adicionais.

A ESF optou por encaminhar mais precocemente seus pacientes para que eles fossem acompanhados em conjunto nos ambulatórios de especialidade (59,4% de seus 96 pacientes) enquanto que a UBS só o fez para 46,9% de seus 98 pacientes. Ainda com relação à terapêutica medicamentosa, o número de classes diferentes de medicamentos anti-hipertensivos utilizados pelos hipertensos seria um indicador indireto da gravidade da hipertensão desenvolvida por eles e, neste sentido, tanto mais grave seria a hipertensão do paciente quanto maior fosse o número de classes de medicamentos anti-hipertensivos utilizadas por eles.

Os hipertensos da ESF recebem mais visitas domiciliares (as visitas são atribuições específicas das equipes de saúde da família (BRASIL, 2007a)) e as visitas recebidas por eles tendem a envolver um número maior de diferentes tipos de profissionais da saúde (os médicos da UBS só fazem atendimento ambulatorial dentro da unidade, para os pacientes que lá se apresentarem no horário agendado) e abrangem um número maior de pacientes do que quando comparada com os hipertensos da UBS.

Ao realizarem atendimento por meio de visitas domiciliares bem como em conjunto com as abordagens clínicas centradas na pessoa (STEWART et al., 2010) os médicos da ESF estabelecem um vínculo tão mais intenso com seus pacientes, de forma que estes, ao se encontrarem em condições de descompensação, tendem, primeiramente, a esgotarem todas as possibilidades de auxílio médico antes de procurar outro profissional de saúde que não o médico para ajudá-los.

Apesar do número de consultas agendadas realizadas em relação ao número total de pacientes serem muito próximo nas duas modalidades de atendimento (443 para a ESF contra 454 para a UBS (p-valor=0,963), os pacientes da UBS, em virtude de descompensação, procuram mais suas unidades de seguimento para atendimentos sem prévio agendamento (151 atendimentos eventuais na UBS contra 14 na ESF (p-valor=0,001) e mais as unidades de Pronto-Atendimento do que quando comparados com os pacientes da ESF (311 atendimentos no PA para os pacientes da UBS contra 200 atendimentos para os pacientes da ESF (p-valor=0,020). Esta maior procura de atendimentos nas unidades sem prévio agendamento e nos Pronto-Atendimentos pelos pacientes da UBS sugere que, de alguma maneira, há um menor controle dos hipertensos da UBS quando comparados aos pacientes da ESF.

Ainda com relação às intercorrências sofridas pelos hipertensos da ESF e da UBS infere-se que os dados obtidos a partir dos registros de prontuário físico e eletrônico dos pacientes são mais confiáveis, ou mais fidedignos, do que os dados obtidos a partir da memória dos fatos referida pelos pacientes durante a entrevista.

Ao se observar os dados obtidos a partir da memória dos fatos referida pelos pacientes durante a entrevista, nota-se que tanto os hipertensos da ESF quanto os da UBS parecem referir procura pelo Pronto-Socorro nas mesmas intensidades (p-valor = 0,933) mas quando a este fato se contrapõe os registros físico e eletrônico das passagens dos pacientes pelo Pronto-Socorro (Tabela 19), observa-se que os hipertensos da UBS procuram mais este serviço do que quando comparado aos hipertensos da ESF.

Os pacientes da ESF referem na entrevista um número de internações com uma frequência bem maior do que quando comparado com os da UBS (12 pacientes na ESF referiram internações contra 3 pacientes da UBS), mas ao se confrontar tais informações referidas com as informações registradas pela Secretaria Municipal de Saúde em suas bases eletrônicas de dados, observa-se que, de fato, houve internação hospitalar de 7 pacientes seguidos pela ESF e 8 pacientes seguidos

pela UBS podendo, então, o número de hipertensos internados nas duas modalidades serem considerados equivalentes.

Mais um dado que também pode sugerir vantagem das ações da ESF em relação à UBS na condução dos pacientes hipertensos é o destaque da ESF, em relação à UBS, no registro, em prontuário, das comorbidades de seus pacientes, em acordo com o propósito da promoção da longitudinalidade do cuidado (STARFIELD, 2002). A realização de exames complementares é maior na ESF, mas, tanto os hipertensos seguidos na ESF quanto os seguidos na UBS apresentam média dos valores de seus resultados de exames laboratoriais muito próximas..

Sabe-se que a atuação dos médicos de família apresenta características singulares que vão além da boa habilidade técnica, clínica, e profissional exigida dos médicos assistente sem unidades básicas tradicionais (MCWHINNEY; FREEMAN, 2010):

1) comprometem-se, inicialmente, com a pessoa, estando, na maioria das vezes, preocupados com o indivíduo e não com um grupo de doenças ou técnica em especial;

2) caso necessário encaminham o paciente para um nível de cuidados mais especializado mas continuam responsáveis pela coordenação dos cuidados do paciente ao longo do sistema de saúde, promovendo, assim, uma continuidade dos atendimentos;

3) suas atuações não se encerram no final de um tratamento (ou, caso o tratamento não seja viável, em virtude de uma doença ser incurável) pois a relação médico-paciente, por vezes, se inicia bem antes quando a pessoa está saudável;

4) procuram compreender o quanto o contexto da doença compromete a funcionalidade do indivíduo;

5) veem em cada encontro com os pacientes uma nova oportunidade para promover saúde e prevenir agravos;

6) diferentemente dos clínicos gerais, veem os pacientes inseridos em um grupo populacional de “risco” para adoecimento que deve ser abordado com ferramentas e exames preventivos e não como uma única pessoa isolada de sua comunidade;

7) inserem-se em uma rede multiprofissional de serviços de saúde atuando de forma mais integrada na resolutividade dos problemas encontrados;

8) entendem o habitat em que os pacientes vivem levando em consideração seu contexto biológico, psíquico, social, financeiro e cultural por estarem adscritos a um determinado território geográfico no exercício de sua atuação profissional;

9) promovem atendimento dos pacientes em suas casas onde têm a oportunidade de tomarem conhecimento de algumas particularidades do cotidiano dos seus pacientes, acarretando em melhora de seu controle clínico;

10) são um gerenciador de recursos uma vez que, por se colocarem em primeiro contato com o paciente, são capazes de detectar, precocemente, o melhor momento para indicar internações hospitalares, solicitação de exames preventivos, prescrição de tratamentos iniciais além de otimizar encaminhamentos para os especialistas e, desta forma, indiretamente, evitar desperdícios de recursos, já limitados nos serviços de saúde.

Segundo STARFIELD (2002), a atuação dos médicos de família, ao conhecer e acompanhar os seus pacientes em diferentes momentos de seu ciclo de vida, permitiria uma maior familiarização nas diferentes formas de apresentação dos problemas dos pacientes permitindo-lhes encaminhá-los para níveis de cuidados mais especializados, de forma mais precoce, encurtando o tempo para a atenção apropriada, ao invés de aumentá-lo, evitando prejuízos para os pacientes e, indiretamente, para os sistemas de saúde. Desta forma, esperar-se-ia que os hipertensos seguidos pela ESF apresentassem melhores indicadores de saúde do que os pacientes seguidos na UBS. Neste estudo, por meio da análise dos dados numéricos, nota-se que tal inferência pode ser confirmada, uma vez que houve maior número das ações da equipe da ESF em relação à UBS, no cuidado dos seus hipertensos.

Entretanto, apesar do maior número de ações realizadas pelos profissionais assistentes da ESF aos seus hipertensos, os resultados assistenciais obtidos pelos pacientes seguidos pela ESF não são muito diferentes dos obtidos pelos pacientes seguidos na UBS. Os resultados de exames realizados pelos pacientes dos dois grupos são muito semelhantes e a frequência de internações dos pacientes dos dois grupos também. Estes achados permitem inferir que os médicos de família da ESF, diferentemente dos clínicos da UBS, e em virtude das singularidades das suas atuações, ao se aproveitarem durante uma consulta previamente agendada para acompanhamento de hipertensão, não só para abordar com seus pacientes as

questões relativas à hipertensão, mas outras também trazidas por eles no mesmo encontro, terminam, por desviar os seus olhares para diferentes problemas.

Assim, checar os resultados dos exames de controle realizados, renovar as receitas de anti-hipertensivos, abordar novas queixas (lombalgia, depressão, por exemplo), tudo isto, em uma única consulta, previamente agendada para acompanhamento de hipertensão, poderia estar prejudicando o direcionamento do tempo, que teria sido reservado, pelo profissional assistente, naquele encontro, para o gerenciamento clínico de seu paciente hipertenso. O médico de família, em virtude de possuir um bom vínculo com seu paciente, se sente “obrigado” a dar uma resposta aos novos problemas trazidos por eles à consulta.

Assim, o médico de família abrevia o tempo que lhe era destinado para refletir sobre os resultados dos exames realizados, para explicar o porquê dos ajustes (aumento, troca ou adição) das medicações. O mais adequado a fazer diante desta situação seria abordar novos problemas do paciente somente se houvesse tempo adicional restante ao término da consulta e, em não se havendo, providenciar um novo retorno agendado, em uma data mais próxima possível, a fim de que tais respostas pudessem ser dadas.

Espera-se que a ESF proporcione aos seus hipertensos, além de um melhor acolhimento e melhor orientação para os aspectos relacionados à HAS, melhor acompanhamento laboratorial para os efeitos da HAS e uma menor frequência de internações hospitalares do que quando comparada com os hipertensos da UBS, uma vez que, sabidamente, a atuação dos médicos de família já se demonstrou, nesse sentido, ser mais efetiva (CONILL, 2002; STARFIELD, 2002; FACCHINI et al., 2006; DE CASTRO et. al., 2012).

Assim, os resultados obtidos neste estudo indicam que o acolhimento, a orientação e a investigação dos efeitos da HAS são mais efetivos na ESF. Tais resultados justificam a menor frequência dos pacientes da ESF às UPA's. Entretanto, embora os hipertensos da ESF, em comparação com os hipertensos da UBS, apresentem um tempo médio de seguimento nas unidades menor, obtenham um melhor acolhimento, recebam uma melhor orientação para controle dos fatores de risco da HAS, sejam investigados (por meio de exames complementares) em número superior, recebam (por parte dos diferentes profissionais de saúde) um número maior de visitas domiciliares, procurem menos as unidades de saúde para pronto-atendimento, obtenham registros de história clínica (em prontuários físico ou

eletrônico) mais detalhados, os hipertensos dos dois grupos são encaminhados para os ambulatórios de especialidades e estão sujeitos à assistência hospitalar com frequências semelhantes.

Esses achados podem ter sofrido influência de duas limitações:

1) A memória dos pacientes sobre os fatos questionados nas entrevistas realizadas individualmente com os pacientes. O processo para a execução das entrevistas, por ter sido executado, exclusivamente, pelo pesquisador tornou-se demorado, e o tempo decorrido entre a realização da entrevista e o fato ocorrido questionado na entrevista para o período de acontecimento estipulado na metodologia deste estudo, de certa forma, pôde prejudicar a qualidade das informações obtidas e, indiretamente, influenciar nos resultados obtidos;

2) A qualidade das informações obtidas a partir dos registros em prontuários físico e eletrônico dos pacientes. Como as informações coletadas se basearam em registros realizados por diferentes profissionais que se dedicaram aos cuidados dos pacientes nos dois anos de observação deste estudo, a qualidade das informações coletadas, por vezes, apresentava-se, sucinta demais, escassa ou ilegível o que, também, pode, de certa forma, ter prejudicado e influenciado a qualidade dos resultados obtidos neste estudo.

Por fim, com base nos resultados encontrados existem, ainda, alguns desafios que demandam o desenvolvimento de estudos adicionais a fim de se aprofundar tais análises:

1) O aprimoramento do fluxo de informações dos atendimentos ocorridos nas diferentes unidades prestadoras de serviço da rede de saúde assistencial (UPA's, ambulatórios de especialidades e hospitais) e oferecido às unidades de AB, coordenadoras dos cuidados dos hipertensos, a fim de desenvolver nas equipes assistentes a habilidade de reflexão contínua sobre a qualidade de seus serviços prestados, para melhoria contínua do processo;

2) O aprimoramento, por parte dos diferentes profissionais médicos assistentes, da habilidade de "controle" proporcionando aos pacientes um atendimento de forma integral que leve em consideração as particularidades individuais (culturais, sociais, ambientais, educacionais, econômicas) sem, contudo, deixar de concentrar a atenção para as metas previamente determinadas para as consultas de retorno (por exemplo: checar se a curva de pressão demonstrou descenso pressórico após o último ajuste medicamentoso; checar se o paciente

realizou os exames complementares solicitados no último encontro, e, em sendo realizados, se os resultados encontrados estão adequados ou novas intervenções precisam ser tomadas; checar se a orientação de dieta foi seguida e, se foi, checar, por meio do exame físico, se houve perda de peso do paciente);

3) Desenvolvimento e implementação, de um sistema “sentinela” ou de “vigilância” que atue de forma integrada monitorando os pacientes considerados de risco para desfechos cardiovasculares não favoráveis. Esse sistema permitiria às equipes assistenciais da AB detectar, precocemente, que seus pacientes faltaram à consulta preventiva programaticamente agendada, deixaram de realizar os exames complementares de controle, apresentaram resultados de exames alterados (ou que os exames pioraram em relação à coleta anterior), procuraram as UPA’s (por descompensações) ou foram internados. Atualmente, o desconhecimento destas situações acarreta, para os pacientes, em um maior agravamento da sua situação clínica; para as equipes assistenciais, em maior “desgaste”, uma vez que tais equipes passam a lidar com pacientes cada vez mais graves, que demandam de um número maior de intervenções (exames, consultas, visitas domiciliares, medicamentos), e, para o sistema de saúde como um todo, em gastos maiores de recursos financeiros.

7. CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

Os dados obtidos, nas condições de estudo empregadas, indicam que o processo assistencial (acolhimento, orientação e investigação dos efeitos da doença) é melhor na ESF, o que pode justificar a menor frequência dos pacientes às UPAs, mas o resultado assistencial, verificado pela necessidade de assistência hospitalar às intercorrências decorrentes da HAS, é equivalente nas duas modalidades de AB.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. F.; BARATA, R. B.; MONTERO, C. V.; SILVA, Z. P. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, **Brasil Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, nº 4, p. 743-756, 2002.

AMAR, J.; CHAMONTIN, B.; GENES, N.; CANTET, C.; SALVADOR, M.; CAMBOU J. P. Why is hypertension so frequently uncontrolled in secondary prevention? **J. Hypertens**, v. 21, p. 1199-205, 2003.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Caderno de Informação da Saúde Suplementar. Beneficiários, Operadoras e Planos de Saúde. . Ministério da Saúde. ANS, 2006, ISSN 1981-3627. Disponível on line em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/infrmacoesss/informacoesss.asp>.

ARAUJO, D. V.; TAVARES, L. R.; VERÍSSIMO, R.; FERRAZ, M. B.; MESQUITA, E. T. Custo da Insuficiência Cardíaca no Sistema Único de Saúde. **Arq Bras Cardiol**, v. 84, nº5, p. 422-7, 2005.

ARENA, T. R. C.; ARENA, A. C. C.; VENTURA, C. A. A.; JERICÓ, M. C. Spending on complementary tests for hypertensive and diabetes patients in primary health care in Ribeirão Preto. Anais da VIII Conferência da Rede Global de Centros Colaboradores da Organização Mundial da Saúde para a Enfermagem em Obstetrícia, 2010, p.410.

ARENA, T. R. C.; JERICÓ, M. C.; CASTRO, L. C.; CASTILHO, V.; LIMA, A. F. C. Spending with unnecessary complementary tests for hypertension and diabetes in health services. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 35, nº 4, p. 86-93 2014d. <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n4/1983-1447-rgenf-35-04-00086.pdf>. Acessado em 05/02/2015.

ARY, D.; JACOBS, L. C.; RAZAVIEH, A. Introduction to Research in Education. Fort Worth, Texas: Harcourt Brace College Publishers, 1990, 536 p.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA E CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Projeto diretrizes: Hipertensão Arterial – abordagem geral. Elaboração Final 03 de fevereiro de 2002. Acessado em 22/01/2015 no site http://projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/059.pdf.

BAHIA, L. R.; ARAÚJO, D. V.; SCHAAN, B. D.; DIB, S. A.; NEGRATO, C. A.; LEÃO, M. P. S.; RAMOS, A. J. S.; FORTI, A. C.; GOMES, M. B.; FOSS, M. C.; MONTEIRO,

R. A.; SARTORELLI, D.; FRANCO, L. J. The costs of Type 2 Diabetes Mellitus Outpatient Care in the Brazilian Public Health System. **Value in Health**, v. 14, p, S137-S140, 2011.

BORGES, C.C. Sentidos de saúde / doença produzidos numa comunidade alvo do Programa de Saúde da Família (PSF). 2002. 161f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidades de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

BRASIL. **IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose**. Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, p.19-28.

BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica. **Cadernos de Atenção Básica**, nº 16, 58 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). ISBN 85-334-1189-8, Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. **Cadernos de Atenção Básica**, nº 19, 197 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília, 2006b. ISBN 85-334-1273-8.

BRASIL. Ministério da Saúde. Hipertensão Arterial Sistêmica. **Cadernos de Atenção Básica**, nº 14, 56 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). ISBN 85-334-1189-8, Brasília, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**, 430 p. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Brasília 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Conselho Nacional de Saúde, Brasília 1996. Disponível no site: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/arquivos/resolucoes/23_out_versao_final_196_ENCEP2012.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. **Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de**

Saúde da Comunidade, 36 p. Ministério da Saúde, Brasília 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed.- Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. 68p. – (Série E. Legislação de Saúde) (**Série Pactos pela Saúde** 2006; v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus: Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SIAB: manual do sistema de informação de atenção básica**. Brasília, 1998, p.10-21.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. Cap. 1, p.15-38.

CAP – CENTRO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA. Regimento do Centro de Atenção Primária e Saúde da Família e Comunidade (CAP) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Acessado, em 29/01/2013 pelo site http://cap.fmrp.usp.br/index.php?option=com_content&task=view&id=5&Itemid=6 .

CARRATALÁ-MUNUERA, M. C.; OROZCO-BELTRAN D.; GILL-GUILLEN, V. F.; NAVARRO-PEREZ, F. Q.; MERINO, J.; BASORA, J. Análisis Bibliométrico de la Producción Científica Internacional Sobre Atención Primaria. **Aten. Primaria**. v, 44, nº 11, p. 651-58, 2012.

CARTER, B. L.; BOSWORTH, H. B.; GREEN, B. B. The hypertension team: the role of the pharmacist, nurse and teamwork in hypertension therapy. **J Clin Hypertens** (Greenwich), v.14, nº 1, p. 51-65, 2012.

CDC- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Division for heart disease and stroke prevention: Addressing the nation's leading killers. At a glance 2007. Chronic Disease Prevention. Acessado em 8 de agosto de 2010 no site: <http://www.cdc.gov/nccdphp/publications/aag/dhdsp.htm>.

CHAMONTIN, B.; POGGI, L.; LANG, T.; MÉNARD, J.; CHEVALIER, H.; GALLOIS, H.; CREMIER, O. Prevalence, treatment, and control of hypertension in the French

population: data from a survey on high blood pressure in general practice. **Am J Hypertens** v. 1, p. 759-62, 1998.

CLARK, L. T. Improving compliance and increasing control of hypertension: needs of special hypertension populations. **Am Heart J**, v. 121, p. 664-9, 1991.

COCKCROFT, D. W. Creatinine clearance prediction. *Current Contents/Number 48*, November 30, 1992. Acessado em 01.02.2015 file://C:/Documents%20and%20Settings /USER/Desktop/ A1992JX46100001.pdf.

CODERP- COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO DE RIBEIRÃO PRETO. **Óbitos no município de Ribeirão Preto segundo a décima classificação internacional de doenças (CID10) no primeiro semestre de 2010.** <http://www.coderp.com.br/cgi-bin/dh?tabnet26/sim/obit2000.def>. Acessado em: 10 de novembro de 2010.

COELHO, E. B.; NETO, M. M.; PALHARES, R.; CARDOSO, M. C. M.; GELEILETE, T. J. M.; NOBRE, F. Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos. **Arq Bras Cardiol**, v. 85, nº 3, p.157-162, 2005.

CONILL, E. M. **Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000.** **Cad Saúde Pública**, v. 18(Suppl), p. 191-202. 2002;

DASGUPTA, K.; QUINN R. R.; ZARNKE, K. B.; RABI, D. M.; RAVANI, P.; DASKALOPOULOU, S. S. et al. The 2014 Canadian Hypertension Education Program Recommendations for Blood Pressure Measurement, Diagnosis, Assessment of Risk, Prevention, and Treatment of Hypertension. **Canadian Journal of Cardiology**, v. 30, p. 485-501, 2014. Acessado em 22/01/2015 no site [http://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X\(14\)00070-1/pdf](http://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X(14)00070-1/pdf)

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10, 2006. Acessado em 05/02/2015 no site: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado, 2008. (base de dados do Ministério da Saúde, voltada para tabular as informações sobre as internações que ocorrem em leitos hospitalares financiados

pelo SUS.) Acessado em 05/02/2015 no site: <http://www2.datasus.govbr/SIHD/institucional>

DBH VI – DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO VI. **J. Bras. Nefrol**, v. 32, nº Supl1, p. S1-S64, 2010.

DE CASTRO, R. C. L.; KNAUTH, D. R.; HARZHEIM, E.; HAUSER, L.; DUNCAN, B. B. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, nº 9, p.1772-84, 2012.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch. Pathol. Lab. Med**, v. 114, nº 11, p. 1115-8, 1990.

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. Saúde e Sociedade. São Paulo, Duas Cidades, 1996.

FACCHINI, L.; PICCINI, R.; TOMASI, E.; SILVEIRA, E.; SIQUEIRA, F.V.; RODRIGUES, M,A. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 11, p. 669-81, 2006.

FERREIRA, C.; LUNA FILHO, B.; PINTO, E. S. A. L.; FONSECA, F. A. H.; MENENDES, G.; ITO, M. T. Estudo de prevenção de doenças cardiovasculares para servidores da Unifesp-2000 (Estudo PrevServ-UNIFESP-2000). Disponível em <http://www.epm.br/medicina/cardio/ch/index.htm>. Acessado em 8 de agosto de 2010.

FERREIRA, J. B. F.; MISHIMA, S. M.; SANTOS, J. S.; FORSTER, A. C.; FERRAZ, C. A. The regulatory complex for healthcare from the perspective of its operational players. **Interface** (Botucatu), v. 14, nº 33, p. 345-58, 2010.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, nº 1, p. 105-9, 2005.

FRAENKEL, J.R. E WALLEN, N.E. How To Design and Evaluate Research in Education. In: RYAN M. 7 ed., 1932 p., New York: McGraw-Hill, 1996.

FRANCO, L. J.; PASSOS, A. D. C. Fundamentos de epidemiologia. 2ª Ed., 436 p., São Paulo-Barueri. Editora Manole, 2005.

FUCHS, F. D. Hipertensão Arterial Sistêmica. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004, p. 641-656.

GIROTTI, E.; ANDRADE, S. M.; CABRERA, M. A. S.; MATSUO, T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, nº 6, p. 1763-72, 2013.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Porque os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, nº 3, p. 565-74, 2007.

GRAVINA, C. F.; ROSA, R. F.; FRANKEN, R. A.; FREITAS, E. V.; LIBERMAN, A.; et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. II Diretrizes Brasileiras em Cardiogeriatría. **Arq Bras Cardiol**, v. 95, nº 3 (supl.2), p. 1-112, 2010.

GREZZANA, G. B.; STEIN, A. T.; PELLANDA, L. C. Adesão ao tratamento e controle da Pressão Arterial por Meio da Monitoração Ambulatorial de 24 horas. **Arq. Bras. Cardiol**, v. 100, nº 4, p. 355-61, 2013.

GUERRA, H. L.; FIRMO, J. O. A.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M. F. F. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): factors associated with hospitalization of the elderly. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, nº 6, p.1345-1356, 2001.

GUIRADO, E. A.; RIBERA, E. P.; HUERGO, V. P. ; BORRAS, J. M. ; Knowledge and adherence to antihypertensive therapy in primary care: results of a randomized trial. **Gac. Sanit**, v. 25, nº 1, p. 62-7, 2011

HAUSER, L.; CASTRO, R. C. L.; VIGO, A.; TRINDADE, T. G.; GONÇALVES, M. R.; STEIN, A. T.; DUNCAN, B. B.; HARZHEIN, E. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 8, nº 29, p. 244-55, 2013;. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)821](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)821).

HO, P. M.; BRYSON, C. L.; RUMSFELD, J. S. Medication adherence its importance in cardiovascular outcomes. **Circulation**,v. 119, p. 3028-35, 2009. doi: 10.1161/circulationaha.108.768986

HOPKINS, J.; AGARWAL, G.; DOLOVICH, L. Quality indicators for the prevention of cardiovascular disease in primary care. **Can. Fam. Physician**, v. 56, p. e256-62, 2010.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Acessado em janeiro de 2010.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em agosto de 2011.

IBM - INSTITUTE FOR BUSINESS VALUE. Relatório Executivo. A saúde em 2015: “ganha-ganha” ou “todos perdem”? um retrato e um caminho para uma transformação de sucesso, 2008.

JAMES, P. A.; OPARIL, S.; CARTER, B. L.; et al. Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults. Report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). **JAMA**. Published online December 18, 2013.

KREJCIE, R. V.; MORGAN, D. W. Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*. Englewood Cliff, **NJ: Prentice Hall**, v. 30, p. 607-610, 1970.

KRUK, M. E.; PORIGNON, D.; ROCKERS, P. C.; LERBERGHE, W. V. The contribution of primary care to health and health systems in low- and middle-income countries: A critical review of major primary care initiatives. **Social Science & Medicine**, v.70, p, 904-911, 2010.

LALONDE, M. A new perspective on the health of Canadians – a working document. Ottawa, 1974.

LANG, T.; DE GAUDEMARIS, R.; CHATELLIER, G. HAMICI, L.; DIÈNE, E.; Prevalence and therapeutic control of hypertension in 30,000 subjects in the workplace. **Hypertension**, v. 38, p. 449-54, 2001.

LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, nº 1, p. 35-46, 2005.

LOPES, S. L.; SANTOS, J. S.; SCARPELINI, S. The implementation of the Medical Regulation Office and Mobile Emergency Attendance System and its impact on the gravity profile of non-traumatic afflictions treated in a University Hospital: a research study. **BMC Health Serv Res**, v., p. 173-177, 2003.

MACINKO, J.; ALMEIDA, C.; SÁ, P. K. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. **Health policy and Planning**, v. 22, p. 167-77, 2007. doi:10.1093/heapol/czm008

MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. **Health Services Research**, v. 38, nº 3, p. 831-865, 2003.

MANCIA, G.; FAGARD, R.; NARKIEWICZ, K.; et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension – The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). **Journal of Hypertension** v. 31, p.1281–357, 2013,. Acessado em 22/01/2015 no site [http://www.eshonline.org/ Guidelines/ ArterialHypertension.aspx](http://www.eshonline.org/Guidelines/ArterialHypertension.aspx)

MCDONNELL, P. J.; JACOBS, M. R. Hospital admissions resulting from preventable adverse drug reactions. **Ann. Pharmacother**, v. 36, nº 1331-6, 2002.

MCWHINNEY, I. R.; FREEMAN, T. Manual de medicina de família e comunidade; tradução Anelise Teixeira Burmeister. – 3.ed. - Porto Alegre: Artmed, 2010. 472p.; 23cm.

MENDES, E. V. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 89 p., 2002.

NOBRE, F.; COELHO, E. B.; LOPES, P. C.; GELEILETE, T. J. M. Hipertensão arterial sistêmica primária. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 46, nº 3, 256-72, 2013.

NTETA, T. P.; MOKGATLE-NTHABU, M.; OGUNTIBEJU, O. O.; Utilization of the Primary Health Care Services in theTshwane Region of Gauteng Province, **South Africa**, v. 5, nº 11, p. e13909, 2010. doi:10.1371/journal.pone.0013909.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cuidados Inovadores para Condições Crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial/ OMS – Brasília, 105 p., 2003.

OPS/ OMS – ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD / ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. La renovación de La Atención Primaria de Salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/ OMS), 2007. ISBN 92 75 12698 4.

OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. Adherence to medication. **N. Engl. J. Med**, v. 35, p. 487-97, 2005;

PAIM, J. S. Saúde: política e reforma sanitária. Salvador, Instituto de Saúde Coletiva, 447p., 2002.

PICKERING, T. G. Therapeutic inertia and the Medicare crisis. **J. Clin. Hypertens.** (Greenwich), v.8 , p. 667-70. 2006.

PIMENTA, H. B.; CALDEIRA, A. P. Fatores de risco cardiovascular do Escore de Framingham entre hipertensos assistidos por equipes de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, nº 6, p. 1731-9, 2014.

PINHEIRO, R. S.; VIACAVA, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO, A. S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, nº 4, p. 687-707, 2002.

PIPER, M. A.; EVANS, C. V.; BURDA, B. U.; et al. Diagnostic and Predictive Accuracy of Blood Pressure Screening Methods With Consideration of Rescreening Intervals: A Systematic Review for the U. S. Preventive Services Task Force. **Annals of Internal Medicine**, v. 162, nº 3, February 2015, DOI:10.7326/M14-1539.

PROJETO DIRETRIZES. ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA E CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Barueri, SP: Minha Editora; 2008. Diretriz Nº 20, Hipertensão Arterial-Abordagem Geral, Volume II.

RIBEIRÃO PRETO. Plano Municipal de Saúde 2010-2013. 2009. Disponível em <http://www.coderp.com.br/ssaude/vigilancia/planeja/pms-rp-2010-2013.pdf>. Acesso em agosto de 2011.

RIBEIRÃO PRETO. Protocolo de atendimento em hipertensão e diabetes, 2006. Disponível em <http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br>. Acesso em maio de 2008.

RIBEIRÃO PRETO. Ribeirão Preto: perfil de uma cidade que faz a diferença. Disponível em <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ccs/snoticias/i33principal.php?id=14886>. Acesso em agosto de 2011.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria da Saúde investe na informatização de procedimentos dos serviços. Notícia publicada em 22 de janeiro de 2015 no site

<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/J332/noticiaWebImprimir.xhtml?id=30529>.
Acessado em 01/02/2015.

SACKETT, D. L.; SNOW, J. C. The magnitude of compliance and non-compliance. In: HAYNESS, R. B.; TAYLOR, D. W.; SACKETT, D. L. eds. *Compliance in Health Care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1979: 11-22.

SANSON-FISHER, R. W.; CLOVER, K. Compliance in the treatment of hypertension. A need for action. **Am. J. Hypertens**, v. 8, p. 82S-88S, 1995.

SANTA HELENA, E. T.; NEMES, M. I. B.; ELUF-NETO, J. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, nº 12, 2389-98, 2010a.

SANTA HELENA, E. T.; NEMES, M. I. B.; ELUF-NETO, J. Avaliação da Assistência a Pessoas com Hipertensão Arterial em Unidades de Estratégia Saúde da Família. **Saúde Soc**. São Paulo, v.19, n. 3, p.614-26. 2010b.

SANTOS, A. S.; MIRANDA, S. M. R. C. A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde. Barueri: Manole, 2007. Cap.1, p.1-38 e Cap.8, p.166-197.

SANTOS, J. S. Protocolo para Acesso aos Serviços do Sistema Único de Saúde. In: SANTOS, J. S.; PEREIRA JR, G. A.; BLIACHERIENE, A. C.; FORSTER, A. C. (Org.). **Protocolos Clínicos e de Regulação: Acesso à Rede de Saúde**. 1ªed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012, v. 1, p. 3-7.

SANTOS, J. S.; SCARPELINI, S.; BRASILEIRO, S. L. L.; FERRAZ, C. A.; DALLORA, M. E. L. V.; SÁ, M. F. S. Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotando como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. **Medicina**, v. 36, nºs (2/4), p. 498-515. 2003.

SANTOS, M. V. R.; OLIVEIRA, D. C.; ARRAES, L. B.; OLIVEIRA, D. A. G. C.; MEDEIROS, L.; NOVAES, M. A. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. **Rev. Bras. Clin. Med**. São Paulo, v. 11, nº 1, p. 55-61, 2013.

SCHIFF, G. D.; FUNG, S.; SPEROFF, T.; MCNUTT, R. A. Decompensated heart failure: symptoms, patterns of onset, and contributing factors. **Am. J. Med**, v.114, p. 625-3, 2003.

SENST, B. L.; ACHUSIM, L. E.; GENEST, R. P.; COSENTINO, L. A.; FORD, C. C.; LITTLE, J. A.; RAYBON, S. J.; BATES D. W. Practical approach to determining costs and frequency of adverse drug events in a health care network. **Am J Health Syst Pharm**, v. 8, p. 1126-32, 2001.

SMITH, H. W. Comparative physiology of the kidney. In: Smith H. W., ed. **The kidney: Structure and Function in Health and Disease**. New York: Oxford University Press, 1951: p. 520-74.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, v. 95, nº 1 (supl. 1), p. 1-51, 2010.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação; Ministério da Saúde; 726p., 2002.

STARFIELD, B. Is primary care essential? [Primary Care Tomorrow]. **The Lancet Ltd**, v. 344, nº 8930, p.1129-33, 1994.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank Q**, v.83, p. 457-502, 2005.

STATISTICS CANADA. Mortality: Summary list of causes 2003. Catalogue number 84F0209XIE. Ottawa: Minister of Industry, 2006. <http://www.statcan.ca/cgi-bin/downpub/listpub.cgi?catno=84F0209XIE2003000> Acessado em 8 de agosto de 2010.

STEWART, M.; BROWN, J. B.; WESTON, W. W.; MCWHINNEY, I. R.; FREEMAN, T. R. Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico – tradução de Anelise Teixeira Burmeister – Porto Alegre: Artmed, 2010. 376p.

TADDEI, C. F. G.; RAMOS, L. R.; DE MORAES, J. C.; WAJNGARTEN, M.; LIBBERMAN, A.; SANTOS, S. C.; et al. Estudo multicêntrico de idosos atendidos em ambulatórios de cardiologia e geriatria de instituições brasileiras. **Arq. Bras. Cardiol**, v. 69, nº 5, p. 327-33, 1997.

TAKEDA, S. A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. In: DUNCAN, B. B; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004, p.76-87.

TECHENE. Soluções de Gestão Especializadas para Verticais de Governo, Saúde e Educação. Acessado em 01/02/2015 nos sites: <http://www.techne.com.br/techne.asp> e <http://www.techne.com.br/produtos.asp?id=18>.

THE CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE (CTFPHC): PUTTING PREVENTION INTO PRACTICE – Screening for hypertension in the adult population, 2012. Acessado em 22/01/2015 no site <http://canadiantaskforce.ca/ctfphc-guidelines/2012-hypertension/clinician-algorithm/>

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES - NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH / NATIONAL HEART, LUNG, AND BLOOD INSTITUTE / NATIONAL HIGH BLOOD PRESSURE EDUCATION PROGRAM. JNC 7 Express - The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. NIH Publication No. 03-5233, December 2003. Acessado em 22/01/2015 no site <http://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/express.pdf>

UN. UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY. Prevention and control of non-communicable diseases. 28/04/2010. Acessado em 05/02/2015 no site: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A%2F64%2FL.52&Submit=Search&Lang=E%20

VIEIRA, K. L. D.; GOMES, V. L. O.; BORBA, M. R.; COSTA, C. F. S. Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. **Ec. Anna Nery**, v.17, nº 1, p. 120-7, 2013.

WEBER, M. A.; SCHIFFRIN, E. L.; WHITE, W. B.; MANN, S.; LINDHOLM, L.H.; KENERSON, J. G. et al. Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community – A statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. **The Journal of Clinical Hypertension**, v. 16, nº 1, 2014. DOI: 10.1111/jch.12237.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2008-2013 **Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases**. Acessado em 05/02/2015 em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418_eng.pdf.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cardiovascular disease: Prevention and control. Global strategy on diet, physical activity and health. 2007. Acessado em 8 de agosto de 2010 no site: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/cvd/en/>.


WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Declaration of Alma –Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 1978. Disponível em: www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf. Acesso em: 22 de julho de 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2003 World Health Organization (WHO)/ International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. World Health Organization, International Society of Hypertension Writing Group. **Journal of Hypertension** 2003, vol 21, nº 11, 1983-1992. DOI: 10.1097/01.Hjh.000008471.37215.d2. Acessado em 22/01/2015 no site http://www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/hypertension_guidelines.pdf?ua=1

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Adherence to long-term therapies: evidence for action, Switzerland, 2003.

ANEXOS

ANEXO A – Cópia do ofício de aprovação da secretaria de saúde para realização do estudo nas Unidades de Saúde de Ribeirão Preto


Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
Estado de São Paulo
Secretaria da Saúde
www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br

OF. 5280/09 - GS
RAS/ras


Ribeirão Preto, 16 de novembro de 2009.

Prezado Senhor,

Em atenção à solicitação de autorização para a realização do Projeto de Pós-Graduação intitulado “**Avaliação da qualidade do seguimento clínico de pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados em unidades de atenção básica do Distrito Oeste, em Ribeirão Preto**”, informamos que somos favoráveis à realização do referido Projeto.

Solicitamos ainda que os resultados da pesquisa sejam repassados ao Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes desta Secretaria.

Cordialmente,


DRA. CARLA PALHARES QUEIROZ
Secretária Municipal da Saúde

ILUSTRÍSSIMO SENHOR
PROF. DR. AMAURY LELIS DAL FABRO
DOCENTE DO DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL E CO-
ORIENTADOR
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO - USP
NESTA

ANEXO B – Cópia do ofício de aprovação pelo CEP/CSE/FMRP/USP para realização do estudo

	FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA		Rua Terézina, 690 – CEP: 14055-380 Ribeirão Preto – SP Telefone PABX (0**16) 633-2331 4480 FAX (0**16) 6332331	
--	---	--	---	--

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-CSE-FMRP-USP.

Ribeirão Preto, 15 de dezembro de 2009.

Of. N.º.270/09/COORD.CEP/CSE-FMRP-USP.

Prezado Senhor.

Temos a grata satisfação de comunicar que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em reunião no dia 08/12/2009, analisou e apreciou o parecer do senhor relator, referente ao projeto de pesquisa: **“Avaliação da qualidade do seguimento clínico de pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados em unidades de atenção básica do distrito oeste em Ribeirão Preto”**, protocolo n.º.362/CEP-CSE-FMRP-USP, que será orientado por V.Sª, com a co-orientação do Prof.Dr. Amaury Lélis Dal Fabbro e como pesquisador o aluno Thiago Roberto Castellane Arena, **foi aprovado.**

Lembramos que em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado a este CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados.

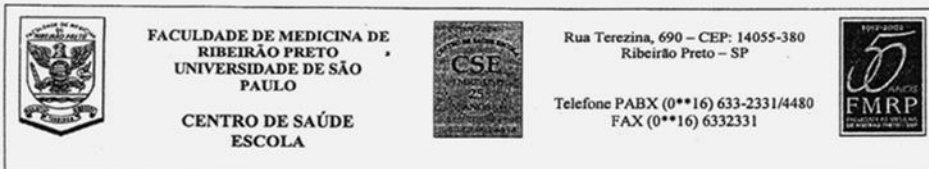
No ensejo, renovamos os votos de estima e consideração, despedimo-nos.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Laércio Joel Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilmo. Sr.
Prof. Dr. José Sebastião dos Santos
Departamento de Cirurgia e Anatomia da
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP.

ANEXO C – Cópia do ofício de aprovação pela Diretoria Acadêmica do CSE / FMRP / USP para realização do estudo nos NSF's do Distrito Oeste



Ribeirão Preto, 28 de janeiro de 2010

**DIREÇÃO ACADÊMICA DE ENSINO E PESQUISA
LIBERAÇÃO DE PESQUISA REFERENTE AO
PROTOCOLO Nº 048/2009**

Comunicamos que o pesquisador **THIAGO ROBERTO CASTELLANE ARENA**, cumpriu as exigências operacionais e legais, podendo dar início à coleta de dados nos Núcleos de Saúde da Família- I, II, III, IV, V e Centro de Saúde Escola-Sumarezinho da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para o trabalho **“AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SEGUIMENTO CLÍNICO DE PACIENTES HIPERTENSOS E DIABÉTICOS CADASTRADOS EM UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA DO DISTRITO OESTE, EM RIBEIRÃO PRETO”**.

Atenciosamente,

Prof^ª. Dra. Maria Célia Mendes
Diretora Acadêmica de Ensino e Pesquisa do
CSE-FMRP-USP

Ilmo. Senhor.
Prof. Dr. José Sebastião dos Santos (Orientador)
Departamento de Cirurgia e Anatomia da
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP

APÊNDICES

APÊNDICE A - Entrevista Estruturada

DATA: ___/___/___ HORA INÍCIO: _____ 1

Nome: _____ Idade: _____ HYGIA: _____

(1) Sobre sua visita ao postinho de saúde, gostaríamos de saber, é difícil chegar lá?

SIM

↳ (Vá para questão 2)

NÃO

↳ (Vá para questão 3)

(2) Se respondeu SIM acima, assinale as alternativas *abaixo* que se aplicam a você

- Não tem ônibus que vai para lá
 Tem ônibus, mas pára longe
 Há poucos ônibus, e demoram
 Tenho dificuldade física de locomoção
 Outro (explicar) _____

(3) Como foi o seu último atendimento no posto?

	☹ Muito ruim	Ruim	😊 Razoável	Bom	☺ Muito Bom
Atendimento na recepção (acolhimento)	1	2	3	4	5
Atendimento da enfermagem	1	2	3	4	5
Tempo de espera até ver o médico	1	2	3	4	5
Limpeza do local	1	2	3	4	5
Avaliação geral da visita	1	2	3	4	5

Caso tenha dado uma nota menor que 3 na questão acima explique o porquê: ↩

(4) Foi marcado retorno ao final de sua última consulta?

SIM

↳ Para dali a quanto tempo? _____ (meses ou dias)

NÃO

↳ Por quê? _____

Após quanto tempo o senhor retornou? _____

(5) Sobre sua experiência com o médico, avalie:

	☹		☺		☺
	Muito ruim	Ruim	Razoável	Bom	Muito Bom
A reputação do(a) médico(a)	1	2	3	4	5
Se você teve tempo suficiente para explicar seus problemas	1	2	3	4	5
Se o(a) médico(a) explicou seu problema de maneira que você entendesse	1	2	3	4	5
Se você entendeu bem as instruções dadas sobre seu tratamento	1	2	3	4	5
Se você entendeu bem as instruções dadas sobre sua medicação	1	2	3	4	5
Se você se sentiu confiante no(a) médico(a)	1	2	3	4	5
Que NOTA GERAL você daria para o(a) médico(a) que o(a) atendeu	1	2	3	4	5

Caso tenha dado uma nota menor que 3 na questão acima explique o porquê:

(6) Durante os dois últimos anos, nas suas consultas com o(a) médico(a), com que frequência você foi orientado a...

	Nenhuma vez	Poucas vezes	Várias vezes	Todas as vezes	Não se aplica
Fazer exercícios físicos?					
Fazer dieta?					
Como tomar suas medicações?					
Abandonar o fumo?					
Controlar bebida alcoólica?					
Realizar consultas periodicamente?					

(7) Você toma remédios para pressão alta?

SIM

↳ Foram receitados pelo(a) médico(a)?

SIM ⇒ Quantos tipos de remédios? _____

NÃO

↳ Por que está tomando remédios não receitados pelo médico?

NÃO

↳ Por quê? _____

(8) Nos dois últimos anos, e por causa da pressão alta, com que frequência você...

	Nenhuma vez	Poucas vezes	Várias vezes	Muitas vezes	Não se aplica
Faltou no trabalho?					
Teve dificuldade de concentração no trabalho?					
Teve dificuldade em honrar seus compromissos financeiros?					
Teve dificuldade para mover-se dentro de casa?					
Teve dificuldade para mover-se na rua?					
Teve dificuldade em tomar banho sozinho(a)?					
Teve dificuldade em vestir-se?					
Teve dificuldade em praticar esportes?					
Teve dificuldade em relacionar-se sexualmente?					
Teve dor de cabeça?					
Teve dor no peito?					
Sentiu-se desanimado(a)?					
Deixou de sair com amigos ou realizar outras atividades de lazer?					
Outro:					

(9) Se você não está trabalhando, por favor, explique o motivo:

- Afastado temporariamente
 Aposentado
 Desempregado
 Outro _____

(10) Se, por causa da pressão alta, nos dois últimos anos, os eventos abaixo ocorreram, por favor, explique o motivo:

a) Recebeu visita em casa de um profissional de saúde? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> → a ₁) Qual profissional? <input type="checkbox"/> → a ₂) Quantas vezes?
b) Precistou procurar o pronto socorro? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> → b ₁) Quantas vezes? <input type="checkbox"/> → b ₂) Por quê?
c) Esteve internado em algum hospital? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> → c ₁) Quantas vezes? <input type="checkbox"/> → c ₂) Por quê?

(11) Há quanto tempo você sabe que tem ou teve os problemas de saúde abaixo ?

	Tempo	Marque com um X neste campo se você desconhece, não possui ou não foi informado dessa condição
Colesterol /Triglicérides Alto		
Infarto do Coração, Angina ou Ataque Cardíaco		
Insuficiência Cardíaca ou "coração grande"		
Arritmia Cardíaca		
AVC ou "Derrame" Cerebral		
Insuficiência Renal ou "Rim Preguiçoso"		
Obesidade		

(12) Classifique em ordem de importância de 1 (mais importante) a 7 (menos importante) as pessoas abaixo que você procura quando tem algum problema relacionado à sua saúde.

	Médico(a) do posto de saúde pública (médico(a) do postinho)
	Médico(a) do convênio (médico(a) particular)
	Médico(a) do pronto-socorro
	Farmacêutico(a)
	Amigo(a)
	Religioso(a)
	Outro:

(13) Há algo que você gostaria que soubéssemos sobre sua experiência com o atendimento público de saúde?

HORA TÉRMINO: _____

APÊNDICE B – Principais Aspectos do Protocolo de Atendimento em Hipertensão e Diabetes (RIBEIRÃO PRETO, 2006)

Exames Complementares Solicitados Anualmente aos Hipertensos:

Uréia Creatinina Sódio (Na) Potássio (K) Ácido Úrico	Colesterol Total (CT) Triglicerídeos HDL Eletrocardiograma (ECG) Raio X de Tórax	Urina Rotina (Urina I) Proteinúria de 24 Horas* (Prt. 24h.) Microalbuminúria* (Microalb. 24h.) Fundo de Olho (Fundoscopia)
--	--	---

Microalbuminúria – Solicitar para os pacientes hipertensos com síndrome metabólica ou hipertensos com 3 ou mais “fatores de risco” quando a proteinúria anual for < 300mg / 24horas

Condições consideradas “Fatores de Risco” para os Hipertensos:

-Tabagismo -Dislipidemia -Hiperuricemia -Sedentarismo -Mulheres na pós-menopausa -Glicemia de Jejum Alterada ou Tolerância à Glicose Diminuída	-Obesidade (circunferência da cintura aumentada) -Nefropatia inicial (microalbuminúria alterada) -Idade acima de 60 anos -História familiar de doença cardiovascular em mulheres com menos de 65 anos e homens com menos de 55 anos
---	--

Metas de Controle para os Hipertensos:

	Bom	Aceitável	Ruim
Colesterol Total (CT) (mg/dL)	< 200	< 250	≥ 250
HDL - colesterol (HDL) (mg/dL)	> 40	≥ 35	< 35
Triglicerídeos (TGL) (md/dL)	< 150	≤ 200	>200
LDL – colesterol calculado (LDL) (mg/dL) LDL = CT – [HDL + (TGL/5)]	< 100	≤130	> 130
Índice de Massa Corporal (IMC) (kg/m²) IMC = Peso (kg) / [altura (m)]²	≤ 25	≤ 27	> 27
Circunferência da cintura (cm)			
Homens	< 94	< 102	≥ 102
Mulheres	< 80	< 88	≥ 88

Prazos Máximos de Reavaliação dos Hipertensos:

Pressão Arterial (mmHg)		Conduta Sugerida*
Sistólica	Diastólica	
< 130	< 85	Reavaliar de 6 meses a 1 ano, estimular mudança de estilo de vida
130-139	85-89	Reavaliar em 6 meses, insistir em mudança do estilo de vida
140-159	90-99	Reavaliar em 2 meses
160-179	100-109	Reavaliar em 1 mês
≥ 180	≥ 110	Intervenção Imediata ou reavaliar em 1 semana

* O esquema deve ser modificado de acordo com a condição clínica do paciente; se as pressões sistólica e diastólica forem de estádios diferentes, o seguimento recomendado deve ser definido pelo maior nível de pressão; considerar intervenção de acordo com a situação clínica do paciente.

Lesões em órgãos-alvo associadas à piora da condição da HAS:

-Hipertrofia de Ventrículo Esquerdo -Angina ou Infarto do Miocárdio Prévio -Revascularização Miocárdica Prévia -Insuficiência Cardíaca -Aneurismas Vasculares -Retinopatia Hipertensiva	-Nefropatia Franca (creatinina plasmática ≥ 1,5 mg/dL) -Doença Vascular Arterial Periférica -Isquemia Cerebral Transitória ou Acidente Vascular Cerebral ou Demência Vasculares
--	---

APÊNDICE C - Protocolo para coleta de dados clínicos dos prontuários dos pacientes

Nome do Paciente:		M	F	Nasc.:		
Nome da Mãe:				Nº Part		
Endereço:				F/M/P		
Número SUS:			Idas ao PS:	Hygia:		
Data do Diagnóstico:		Data do CN:		Nº Internações:	Telefone:	
Nº Outros locais seguimento:		Quais:				TOTAL
Comorbidades Associadas	Cegueira	Dislipidemia	Nefropatia Incipiente	Edema agudo de pulmão		
	Retinopatia	IAM	AVC c/ sequela			
	Angioplastia	ICC	AVC s/ sequela			
	Arritmia	IRC c/ diálise	Cirurgia cardíaca			
	DAC (Angina)	IRC s/ diálise	Claudicação Intermitente			
Consultas	DATA:					
	Peso (kg) /Altura (m)					
	PA (mmHg):					
Terapêutica	DATA:					
	Medicação 1					
	Dose1					
	Frequência1					
	Mudança1					
	Medicação 2					
	Dose2					
	Frequência2					
	Mudança2					
	Medicação 3					
	Dose3					
	Frequência3					
	Mudança3					
	Medicação 4					
	Dose4					
	Frequência4					
	Mudança4					
	Medicação 5					
	Dose5					
Frequência5						
Mudança5						
Rotina de Hipertensão	DATA:					TOTAL
	Uréia					
	Creatinina					
	Ácido Úrico					
	Clear. Cr.					
	Na					
	K					
	Urina I					
	Prt. 24h.					
	Microalb. 24h.					
	Glic. Jej					
	CT					
	HDL					
	Triglicerídeos					
	Fundoscopia					
ECG						
Raio X de tórax						

APÊNDICE D - Painel de Especialistas

Sonia Camila Sant Anna – Enfermeira Especializada em Saúde da Família, Assistente do NSF1.

Quitéria de Lourdes Lourosa – Médica de Família e Comunidade, Assistente do NSF1.

Marcelo Riêra – Cirurgião Geral e Gastroenterologista Clínico, Assistente do Ambulatório de Clínica Médica da UBS Carlos Chagas- Vila Abranches.

Lívia Nóbrega Machado – Médica Cardiologista, Assistente do Ambulatório de Cardiologia do CSE.

Tufik Jose Magalhaes Geleilete – Médico Nefrologista, Assistente do Ambulatório de Nefrologia/ Hipertensão Arterial Sistêmica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP e Professor de Nefrologia e Clínica Médica do Curso de Medicina do Centro Universitário Barão de Mauá.

Patrícia Künzle Ribeiro Magalhães -Médica Endocrinologista, Assistente do Ambulatório de Endocrinologia do CSE e do Ambulatório de Endocrinologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP.

Laércio Joel Franco –Médico Clínico e Sanitarista, Professor Titular do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Thiago Roberto Castellane Arena, sou médico aluno do programa de pós-graduação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, em nível de doutorado, sob a orientação do Prof. Dr. José Sebastião dos Santos. Estou desenvolvendo uma pesquisa denominada “A influência do modelo de atenção básica à saúde na assistência aos portadores de hipertensão arterial sistêmica.” O objetivo desta pesquisa é avaliar a qualidade do atendimento clínico prestado aos pacientes hipertensos bem como também compreender as dificuldades que os pacientes apresentam para seguir o tratamento proposto e como estas dificuldades podem ou não acarretar prejuízos à sua saúde. Além do mais o presente trabalho tem, também, por finalidade detectar quais as dificuldades envolvidas no processo de atendimento clínico aos pacientes hipertensos para que futuramente possamos melhorá-lo. Os progressos na área da saúde ocorrem através de estudos como este e, por isso, a sua participação é muito importante.

Ao participar do estudo você terá que responder a uma entrevista além de ter informações médicas colhidas de seu prontuário. As questões da entrevista têm por finalidade conhecer um pouco mais sobre a sua saúde e sua condição de vida. Tal questionário da entrevista contém questões que dizem respeito a sua *história pessoal de vida*, (orientações que obteve sobre sua doença, tabagismo, etc.), *antecedentes pessoais* (número de internações hospitalares prévias, complicações que teve devido à doença, medicações que utiliza, etc.), dentre outras. Caso aceite participar deste estudo, o Sr(a) precisa saber que:

- 1) O Sr(a) tem o direito de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida a respeito dos procedimentos, riscos, benefícios e de outras situações relacionadas com a pesquisa.
- 2) Tem o direito de deixar de participar do estudo, a qualquer momento, sem que isso traga prejuízo para o seu atendimento clínico pessoal.
- 3) Será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade do Sr(a). Todas as informações serão utilizadas exclusivamente para fins de pesquisa, mantendo-se o caráter confidencial das mesmas.
- 4) Não há nenhum risco significativo em participar do estudo, a não ser o desconforto de ter que responder às perguntas da entrevista, o que não deve levar mais do que 30 minutos.

Diante do exposto, estou ciente das informações recebidas e concordo voluntariamente em participar dessa pesquisa, recebendo uma cópia deste termo para contato, se for necessário.

Eu, _____ RG _____, tendo sido esclarecido sobre as condições do estudo, especialmente no que diz respeito ao objetivo da pesquisa, aos procedimentos a que serei submetido, aos riscos e benefícios do trabalho, declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e condições que me foram assegurados e que manifesto livremente minha vontade de participar do referido estudo.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 20 ____.

Dr. Thiago Roberto Castellane Arena
Pesquisador Responsável

Celular: (16) 91894440

Assinatura do(a) participante