



AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA AOS HIPERTENSOS CADASTRADOS NO HIPERDIA

PRIMARY CARE EVALUATION TO HYPERTENSIVES REGISTERED IN HIPERDIA

EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA A LOS HIPERTENSIVOS REGISTRADOS EN HIPERDIA

Lidiege Terra Souza e Gomes¹, Miriam Monteiro de Castro Graciano², Livia Helena Terra e Souza³, Gustavo de Souza Pessoa⁴

RESUMO

Objetivos: descrever o perfil epidemiológico segundo as informações do HiperDia e avaliar o processo de trabalho prestado a hipertensos e ao seu índice de satisfação. **Método:** estudo epidemiológico misto associando-se à análise exploratória descritiva de dados do HiperDia a um inquérito com amostra aleatória de 335 hipertensos. Os dados foram analisados à luz da estatística simples e apresentados descritivamente com números absolutos e percentuais. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o Protocolo 261/2009. **Resultados:** do total de pacientes a maioria é mulher na faixa etária entre 40 e 69 anos, apresentando características como tabagismo e sedentarismo e algumas sequelas, e avaliando a assistência prestada como boa. Exames são realizados com frequência, exceto o de ECG. **Conclusão:** a falta de vínculo e comunicação entre profissionais e usuários é uma barreira ao acesso à assistência. **Descritores:** Avaliação em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Hipertensão.

ABSTRACT

Objectives: describing the epidemiological profile according to HiperDia and evaluating the work process given to hypertensive and their index of satisfaction. **Method:** a mix epidemiological study associating the exploratory descriptive data analysis in HiperDia to a survey with a random sample of 335 hypertensives. Data were analyzed based on simple descriptive statistics and presented in absolute numbers and percentages. The research project was approved by the Research Ethics Committee, under protocol 261/2009. **Results:** from the total number of patients the majority is women aged between 40 and 69 years old, exhibiting characteristics, such as smoking and physical inactivity and some sequels, and evaluating the assistance as good. Examinations are performed frequently, except the ECG. **Conclusion:** the lack of bond and communication among professionals and patients is a barrier to accessing care. **Descriptors:** Health Evaluation; Primary Health Care; Hypertension.

RESUMEN

Objetivos: describir el perfil epidemiológico según informaciones del HIPERDIA y evaluar el proceso de trabajo dado a hipertensos y a su índice de satisfacción. **Método:** estudio epidemiológico mezclado asociándose al análisis exploratorio y descriptivo de datos del HIPERDIA a una encuesta con una muestra aleatoria de 335 hipertensos. Los datos fueron analizados sobre la base de la estadística simple y presentados descriptivamente en números absolutos y porcentajes. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité Ético de Investigación, bajo protocolo 261/2009. **Resultados:** del número total de pacientes la mayoría es de mujeres con edad entre 40 y 69 años, presentando características tales como el tabaquismo y la inactividad física y algunas secuelas, y evaluando la asistencia cómo buena. Los exámenes se llevan a cabo con frecuencia, excepto el ECG. **Conclusión:** la falta de ligación y comunicación entre los profesionales y los pacientes es un obstáculo para el acceso a la atención. **Descritores:** Evaluación de la Salud; Atención Primaria de Salud; Hipertensión.

¹Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas-UNIFAL. Alfenas (MG), Brasil. Ex-bolsista FAPEMIG. E-mail: lidiege@yahoo.com.br; ²Médica, Professora Doutora em Medicina Preventiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Federal de Alfenas-UNIFAL. Alfenas (MG), Brasil. E-mail: miriam.graciano@unifenas.br; ³Odontóloga, Mestre em Cariologia, Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP, Campinas (SP), Brasil. Ex-bolsista FAPESP. E-mail: liviahelenaterra@hotmail.com; ⁴Doutorando em Química Analítica, Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP. Campinas (SP), Brasil. E-mail: gutopessoa@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais frequente das doenças cardiovasculares. A prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido. Estima-se que existam cerca de 17 milhões com HAS no Brasil, dentre eles, 35% da população de 40 anos e mais, e que cerca de 50% desse total não conhecem seu diagnóstico, conseqüentemente não recebem tratamento.¹

Esse número é crescente, seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. Por outro lado, há algumas décadas que as doenças cardiovasculares se tornaram a primeira causa de morte no Brasil, segundo os registros oficiais. Em 2000, corresponderam a mais de 27% do total de óbitos, ou seja, 255.585 pessoas morreram em consequência de doenças do aparelho circulatório naquele ano.²

A HAS é também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral (AVC) e infarto agudo do miocárdio (IAM), além da doença renal crônica terminal. Ela está relacionada a 80% dos casos de AVC e a 60% dos casos de doença isquêmica do coração (DIC). A HAS e suas complicações são também, no Brasil, a primeira causa de hospitalização no setor público para as pessoas com idade entre 40 e 59 anos (17%) e entre aquelas com 60 ou mais anos (29%).¹

Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento são frequentemente negligenciados, somando-se a isso a baixa adesão ao tratamento, seja ele medicamentoso ou não, que gira em torno de 30%.³

A identificação precoce dos casos e o estabelecimento do vínculo entre os portadores e as Unidades de Saúde da Família são elementos imprescindíveis para o sucesso do controle desse agravo.⁴ Os profissionais da rede de Atenção Primária à Saúde (APS) têm importância primordial nas estratégias de controle da HAS, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso, bem como propiciar a adesão ao tratamento.

A HAS é uma doença caracterizada por possuir alta prevalência, baixa incidência, fácil diagnóstico clínico, protocolos de atendimento conhecidos e esclarecidos, sendo seu tratamento de custo relativamente baixo

e altamente disponível.² Contudo, mesmo com essas características, que poderiam facilitar o seu controle, ela ainda apresenta-se como um importante problema de saúde pública,⁵ consistindo no maior agravo à saúde a ser enfrentado em todo mundo. Por isso a HAS é um desafio para a APS, principalmente à Saúde da Família. Em função de uma multiplicidade de fatores, incluindo uma cultura hospitalocêntrica, seu tratamento tem ocorrido assistematicamente nos serviços de urgências e emergências dos hospitais, sem garantia nenhuma de um acompanhamento e controle adequados, propiciando a ocorrência de sequelas. A falta de vínculo entre os doentes e os prestadores de serviços de saúde é determinante para essa última condição. A manutenção da motivação do paciente em não abandonar o tratamento é talvez uma das maiores dificuldades que profissionais de saúde enfrentam com relação ao hipertenso.³

É importante também lembrar que um grande contingente de pacientes hipertensos apresenta outras comorbidades, como diabetes, dislipidemia e obesidade, o que traz implicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle de um aglomerado de condições crônicas, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada.⁶

Frente a essa questão, o Ministério da Saúde (MS), com o propósito de contribuir para a redução da morbimortalidade associada à HAS, assumiu o compromisso de estabelecer uma parceria com estados, municípios e sociedade para apoiar a reorganização da rede de saúde, com vistas à melhoria da atenção aos portadores, mediante o desenvolvimento de ações articuladas de promoção, prevenção, tratamento e recuperação dos portadores da doença. Aliás, o Plano de Reorganização da Atenção à HAS tem como principal objetivo estabelecer diretrizes e metas para a atenção aos portadores desse agravo no Sistema Único de Saúde (SUS), mediante a reestruturação e a ampliação da APS, com ênfase na prevenção primária e secundária e na vinculação de portadores à rede de serviços de saúde.¹

Dessa maneira, fez-se necessária a disponibilização de informações referentes às condições de saúde dos hipertensos e diabéticos para que tanto os profissionais ligados diretamente à atenção, quanto os gestores de todas as esferas de governo e a comunidade pudessem acessar os dados e com isso realizar avaliação da situação da HAS. A implantação de Sistemas de Informação em Saúde (SIS) que auxiliem no acompanhamento dos portadores de HAS e diabetes mellitus

visando à organização dos serviços de saúde e da assistência prestada com uma abordagem direcionada e eficaz.¹

Com esse propósito, o MS implementou em 2001, o HiperDia, um sistema informatizado e disponibilizado aos estados e municípios para o cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos. Tendo como objetivos: o monitoramento dos pacientes cadastrados no plano de reorganização da atenção à HAS e diabetes mellitus, a obtenção de informações para a aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados e a definição do perfil epidemiológico desta população, atendida na rede ambulatorial do SUS.⁷

As ações de atuação estratégica da APS para o controle da hipertensão são: diagnóstico clínico precoce por meio de busca ativa dos casos realizando aferição sistemática da pressão arterial de usuários nos serviços, em visita domiciliar e na comunidade; tratamento dos casos com um acompanhamento ambulatorial e domiciliar; realização de exames laboratoriais protocolares; primeiros atendimentos de urgência às crises hipertensivas entre outras complicações; medidas preventivas por ações educativas para o controle de condições de risco e prevenção de complicações.⁸

Diante dessa situação de elevada relevância no âmbito da saúde coletiva, realizou-se o presente estudo com o objetivo de descrever o perfil epidemiológico segundo as informações do HiperDia, avaliar o processo de trabalho na APS para o cuidado da HAS segundo os usuários e o índice de satisfação dos mesmos.

Deste modo, apresenta-se a seguir uma descrição do perfil epidemiológico desta população a partir da análise dos dados do HiperDia, e da existência e frequência de procedimentos protocolares para o controle da HAS tomando-se como fonte de informação o relato dos usuários dos serviços.

MÉTODO

Estudo quantitativo de natureza socioepidemiológica na linha da pesquisa avaliativa em Saúde, durante o ano de 2010, no município de Alfenas, Minas Gerais.

Na primeira fase da pesquisa, empregou-se o método descritivo e transversal, utilizando-se dados dos serviços, provenientes do SIS específico para os casos de HAS e Diabetes Mellitus, o HiperDia. Em uma segunda fase, procedeu-se também um inquérito domiciliar com uma amostra significativa dos hipertensos do HiperDia de Alfenas, no intuito de

identificar o grau da satisfação do usuário e a qualidade da assistência a eles prestada por meio de uma lista de checagem de ações de saúde protocolares para a abordagem dos pacientes hipertensos.

A avaliação da qualidade do cuidado no caso da HAS foi tomada como balizadora da avaliação da qualidade da APS no município, com base nos princípios da técnica de avaliação em saúde por meio de condições marcadores.

Condição marcadora é uma técnica para avaliação da atenção à saúde que se baseia na ideia de que a partir da avaliação da assistência prestada a um conjunto determinado de condições ou patologias, possa-se inferir a qualidade da atenção à saúde em geral, incluindo-se a resolubilidade, uso adequado de exames complementares, oportunidade das ações, acesso à medicação ou a níveis mais complexos do sistema de saúde. Em geral, a qualidade da assistência a uma doença ou agravo à saúde serve como condição marcadora se ela for de: alta prevalência e baixa incidência; fácil diagnóstico clínico; existência de protocolos de atendimento muito bem estabelecidos e conhecidos e tratamento de baixo custo e com alta disponibilidade.⁹ Ora, a HAS possui todas estas características.

O universo da pesquisa, na primeira fase, foi composto por todos os pacientes hipertensos do município cadastrados no HiperDia e pertencentes a área de abrangência de todas as unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município. Alfenas possuía, naquele ano, 12 unidades de ESF implantadas, sendo 11 na zona urbana e uma na zona rural. O município de Alfenas é um município típico do sul de Minas, sede de polos micro e macrorregionais, com um perfil que se assemelha a maioria dos municípios da região. Por outro lado, são desconhecidos estudos sobre o tema nesta região.

Na segunda fase, das 12 unidades de ESF foram excluídas da pesquisa: duas unidades pertencentes à zona urbana, pois estavam em processo de recadastramento na Secretaria Municipal de Saúde e a unidade pertencente à zona rural, por se tratar de uma unidade móvel com pontos de atendimento em diversos distritos do município, muito deles de difícil acesso, o que poderia tornar-se impeditivo para a realização do inquérito domiciliar. Ademais, ausência de financiamento específico para esta pesquisa, viabilizada apenas por meio de concessão de bolsa de iniciação científica, proveniente da Fundação de Amparo de Pesquisa do Estado de

Minas Gerais (FAPEMIG), não se contemplou a população hipertensa residente na zona rural de Alfenas. Portanto, o universo da pesquisa a ser amostrado para condução da segunda fase, foi composto por hipertensos cadastrados no HiperDia de nove unidades de ESF naquele momento atualizadas. Amostra aleatória estratificada, de acordo com a proporção de pacientes hipertensos de cada unidade da ESF, foi extraída com nível de significância estatística de 5%.

Para a realização do inquérito domiciliar foi utilizado questionário estruturado, elaborado para este fim e testado em pesquisa piloto, realizada com pacientes hipertensos residentes em outras áreas de abrangência que não aquelas a serem amostradas. O pré-teste contemplou cerca de 10% da amostra total, isto é 30 pacientes, permitindo assim melhorar e validar o instrumento de pesquisa.

Para análise do grau de satisfação do usuário, optou-se por utilizar uma escala analógica de faces adaptada da escala analógica visual de faces¹⁰ para avaliação da intensidade da dor, devido à facilidade de aplicação da mesma e heterogeneidade no grau de escolaridade, muitas vezes baixo dos sujeitos da pesquisa. Ademais, inferiu-se, a partir do piloto da pesquisa, que mostrar uma “cara de desagrado” era mais provável do que classificar os serviços como ruim a partir da escala de Likert.

Os dados dos formulários foram digitados e tabulados em Excel, para posterior análise em Epi-Info, versão 3.5.2. Análise exploratória dos dados do tipo frequentista e de tendência central foi realizada com os dados descritivos provenientes do HiperDia e do questionário. O índice de satisfação do usuário foi dado a partir de análise modal. A significância estatística das análises foi definida como $p < 0,05$.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS), sob o Protocolo nº 261/2009.¹¹

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de pacientes hipertensos estimados para o município em estudo, calculado a partir da prevalência da HAS no Brasil, 74% se encontram cadastrados, provavelmente por se tratar de um SIS novo, que se encontrava em fase de reimplantação no município. Dos 2134 indivíduos hipertensos cadastrados no sistema 1308 eram do gênero feminino (aproximadamente 62%) e dessas, 361(27,5%) com diabetes associada. Já entre o gênero masculino, dos 826 indivíduos cadastrados (38% do universo), 191 (23%)

possuem ambas as enfermidades. No total, 25,8% dos indivíduos cadastrados possuíam hipertensão e diabetes associadas.

O fato de parte dos pacientes hipertensos estarem em uso de medicamentos naquele momento, tais como diuréticos e beta-bloqueadores, que sabidamente aumentam a resistência à insulina, poderia estar contribuindo para a alta prevalência de intolerância à glicose naquela população. Por outro lado, A hiperinsulinemia provoca aumentos da atividade do sistema nervoso simpático e da reabsorção tubular de sódio, ações que contribuem para o aumento da pressão arterial.¹²

A idade dos pacientes cadastrados variou de 14 a 80 anos. Observou-se aumento progressivo da ocorrência da HAS, concentrando-se 70% deles na faixa etária entre 40 a 69 anos, dado coerente a estudos onde a prevalência da hipertensão é maior em indivíduos acima de 35 anos.¹³ Entretanto, nas mulheres com idade entre 60 a 74 anos houve um declínio da ocorrência desta mesma doença. Provavelmente, esse fato ocorre devido aos hormônios ovarianos, responsáveis pela pressão mais baixa nas mulheres durante o climatério e com a chegada da menopausa, justificando a maior prevalência entre homens a partir dessa faixa etária, tendendo a se aproximar das mulheres.¹⁴

A menor ocorrência de HAS no gênero masculino, pode-se tratar de uma subidentificação de casos nos homens devida ao fato dos mesmos procurarem menos os serviços de saúde que as mulheres. Além disso, as mulheres tendem a informar, mais do que os homens, os problemas de saúde.¹⁵

Verificou-se o tabagismo como principal fator de risco associado a hábitos sociais, sendo que 22% da população cadastrada é tabagista. O consumo de cigarros está associado ao aumento agudo da pressão arterial e ao maior risco de doenças cardiovasculares.¹

Os dados mostraram que 56% que praticam alguma atividade física com regularidade. Entretanto, é necessário avaliar a frequência e intensidade dessas atividades registradas no HiperDia, já que 49% hipertensos entrevistados relataram no estudo de inquérito, nunca ter participado de grupos de caminhada realizados pelas unidades de sua área de abrangência. O sedentarismo é um dos fatores de risco para doenças crônicas com maior prevalência na população geral, pois ele eleva à aproximadamente 30% a incidência de HAS em relação aos indivíduos ativos.¹

Com relação à classificação do risco cardiovascular, 40% da população em estudo não estavam classificados. Dentre os pacientes com classificação de risco, 9% apresentavam risco baixo, 32% risco médio, também 32% risco alto e 27% risco muito alto. A estratificação do risco cardiovascular é uma conquista clínica importante, visto que tanto do ponto de vista médico e econômico, ela permite racionalizar a abordagem preventiva.¹⁶

Detectou-se também, ainda na fase exploratório dos dados, que 33% da população hipertensa cadastrada apresentavam alguma das seguintes sequelas: 33% de coronariopatias; 28% de doença renal; 21% de IAM; 14% de AVC; 4% de pé diabético e 1% de amputação por pé diabético, as coronariopatias e a doença renal são as complicações mais frequentes nesta população.

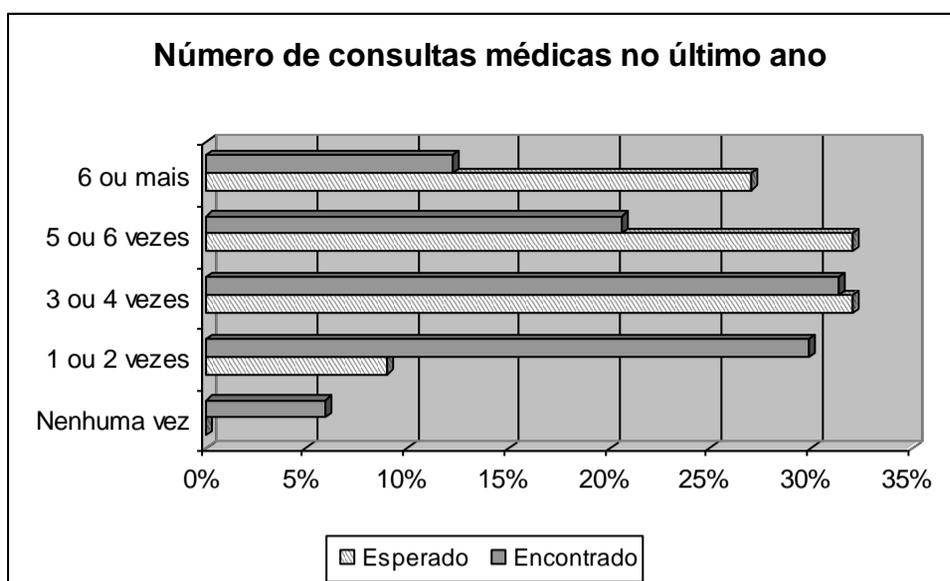
No Brasil, as doenças cardiovasculares são as principais causas de morte e de perda da qualidade de vida ao longo do tempo, representando mais de 30% do total de óbitos com causa definida. Essas doenças contribuem com índices de mortalidade de 16,6 milhões de pessoas, sendo que 7,2 milhões são decorrentes da doença isquêmica cardíaca. Já o IAM é, por sua vez, o responsável por 60.080 óbitos, sendo considerado a principal causa isolada de morte no país. Esses dados coincidem com aqueles encontrados em países desenvolvidos. A prevalência de HAS em pacientes infartados, estimada por história prévia de HAS ou pela constatação de cifras pressóricas elevadas durante a internação, é em torno de 40% a 50% dos pacientes.¹⁷

Há uma relação muito próxima entre doenças cerebrovasculares (DCV) e HAS, visto que o cérebro, muitas vezes, é o causador da HAS e ao mesmo tempo a principal vítima dessa doença.¹⁸ O cérebro é, em geral, o órgão que mais precocemente e mais intensamente sofre as consequências da HAS, quanto maior o tempo de exposição à HAS, maior o risco, e quanto maiores os índices da HAS, igualmente maiores serão as complicações. Estudos comprovam esse risco progressivo ao constatar que os hipertensos têm uma incidência duas vezes maior de IAM e quatro vezes de AVC, comparativamente aos normotensos.¹⁹

Outra sequela importante deste grupo é o pé diabético. Por ano, de 2% a 3% das pessoas com diabetes podem desenvolver úlceras nos membros inferiores, e este percentual aumenta para 15% no transcurso de toda a sua vida.²⁰ Em geral, as hospitalizações por pé diabético são recorrentes e sua presença exige maior número de consultas ambulatoriais e cuidados domiciliares. A porcentagem de pé diabético foi de 4% e de amputação por pé diabético de 1%. Ressalta-se a importância das equipes multiprofissionais serem capacitadas e realizarem a prática do exame dos pés de todos os diabéticos, enfatizando a relevância da inspeção regular, hidratação, corte adequado das unhas, uso de calçados apropriados e uso correto da medicação.²¹

Com relação ao estudo de inquérito, 67% da amostra afirmou ter passado mais de 3 vezes em consulta médica no último ano; sendo que deste grupo, apenas 0,5% saiu da consulta médica com a próxima agendada. O tempo de espera no dia da consulta médica foi de 15 a 30 minutos para 42% e de 31 a 60 minutos para 31%. Já com relação ao tempo de duração da consulta médica, 38% dos pacientes levam de 6 a 10 minutos e 44% levam de 11 a 20 minutos. Autores, em estudo sobre a relação médico-paciente na ESF, referem que o tempo médio encontrado da consulta é de 9 minutos com uma ampla variação de 2 até 24 minutos.²²

Conforme previsto no Protocolo HAS e Diabetes na ESF de Alfenas,²³ o atendimento programado seria aos portadores estratificados como baixo risco: pelo menos uma consulta médica uma vez ao ano, duas consultas de enfermagem ao ano no mínimo, pelo menos duas reuniões por paciente a cada ano. Para os portadores classificados como de risco médio está programado o seguinte atendimento: 3 consultas médicas por ano, duas consultas de enfermagem por ano, e três reuniões para atividades em grupo por ano. Os pacientes estratificados como de alto e muito alto risco possuem um programa anual de no mínimo seis consultas médicas, três consultas de enfermagem, e duas reuniões por paciente.¹ No entanto, verificou-se que a maioria deles consultam com o médico uma ou duas vezes por ano, não cumprindo a meta esperada pelo atendimento programado no protocolo (Figura 1).



Fonte: dos autores.

Figura 1. Consultas médicas esperadas e encontradas aos hipertensos cadastrados em Alfenas - MG.

Em relação às visitas domiciliares, 86% dos pacientes entrevistados do HiperDia não receberam visita do médico; 87% não receberam visita da enfermagem no último ano; e 11% recebeu visitas do agente comunitário de saúde (ACS) apenas para colher assinatura. O número previsto pelo atendimento programado é de 12 visitas domiciliares pelo ACS,¹ ou seja, todos os meses do ano, porém, somente 76% dos entrevistados relataram essa frequência no último ano, entre os outros, 3% afirmaram não ter recebido visita do ACS no último ano, 1% afirmou ter recebido 1 ou 2 visitas, 2% recebeu 3 a 5 visitas, 6% receberam 6 a 8 visitas e 12% de 9 a 11 visitas por ano.

Quanto ao acesso à medicação, 88% afirmou ter facilidade para adquirir as medicações. Esse dado se comparado aos parâmetros de acesso recomendado pela OMS,²⁴ que considera: muito baixo acesso: < 50%; Baixo a médio acesso: 50% - 80%; Médio a alto acesso: 81% - 95%; Muito alto acesso: > 95%, os resultados encontrados neste estudo, estão classificados em médio a alto acesso.

Segundo o Protocolo municipal para abordagem da HAS e Diabetes na ESF,²³ exames laboratoriais tais como: glicemia, creatinina, potássio, colesterol sérico, triglicérides e urina rotina devem ser realizados uma vez a cada dois anos pelos portadores classificados como baixo risco, e

uma vez por ano pelos portadores de médio, alto e muito alto risco. No questionário, não se utilizou termos que designam exatamente os exames protocolares, uma vez que esses termos geraram incompreensão durante piloto da pesquisa. Por isso, optou-se no questionário final, pelo emprego de termos de domínio popular, ocasionando perda da especificidade da informação, em favor da compreensibilidade e veracidade da mesma.

Obteve-se o dado de que em média, nos dois últimos anos, 95% da população realizaram exames de rotina, exceto o eletrocardiograma (ECG), realizado em 74%. No último ano, 80% realizaram glicemia, 82% colesterol, 76,6% urina, 52,2% ECG e 78,5% sangue.

Os exames laboratoriais citados parecem ser de fácil acesso para a população. Esse fato está provavelmente ligado à sua coleta dentro da própria unidade da ESF que atende o portador. Contudo, a realização do ECG, que deveria ser de um a cada 3 anos para portadores de baixo risco, e uma vez por ano para os de médio, alto e muito alto risco, não foi oferecida para uma boa parcela da população, que não o realiza com a frequência necessária, ou mesmo nunca o realizou (6%), talvez ocasionada pela indisponibilidade de sua realização e dificuldade de interpretação pelo médico na própria unidade do ESF (Tabela 1).

Tabela 1. Exames realizados pelos hipertensos cadastrados no HiperDia de Alfenas - MG.

EXAME	QUANDO			
	Nunca N (%)	Ano passado N (%)	2 anos atrás N (%)	Muito tempo atrás N (%)
Glicemia	3 (1%)	269 (80%)	53 (16%)	10 (3%)
Colesterol	1 (0,3%)	275 (82%)	51 (15,4%)	8 (2,3%)
Sangue	1 (0,3%)	262 (78,5%)	59 (18,2%)	11 (3%)
Urina	1 (0,3%)	256 (76,6%)	62 (18,5%)	15 (4,6%)
ECG	19 (6%)	175 (52,2%)	73 (21,8%)	67 (20%)

Ao se tomar em conta os dados sobre classificação do risco constantes no HiperDia, que indica 91% dos pacientes classificados com risco de médio a muito alto, o índice esperado de realização de exames de rotina no último ano, deveria ter sido de 91%, o que demonstra que em média 25% dos pacientes hipertensos, com risco cardiovascular significativo, não se oferece prova de função renal e que em aproximadamente 50% deles não se oferece prova de função cardíaca com a periodicidade apropriada.

A ausência de informação em 40% de um campo de um SIS o classifica como precário,

segundo critério utilizado por Almeida et al.,²⁵ quando a ausência de informação for igual ou superior a 30%. Assim como um número de ações de saúde inferior ao previsto e falta de realização de exames protocolares na magnitude acima demonstrada, evidenciam má qualidade da assistência. A despeito disto, a satisfação do usuário com o sistema é grande e muito grande, atingindo conjuntamente o patamar de 70,7% a 75,9% (Tabela 2).

Tabela 2. Média de satisfação do usuário do SUS cadastrado no HiperDia de Alfenas - MG.

						
Competência do Médico	35,4%	38,4%	17,1%	7,9%	0,0%	1,2%
Confiança no Médico	33,5%	40,2%	16,5%	7,9%	0,7%	1,2%
Competência demais profissionais	34,5%	38,1%	17,7%	8,5%	0,0%	1,2%
Respeito dos funcionários	32,6%	41,8%	15,5%	8,5%	0,4%	1,2%
Conforto salas de espera	34,1%	39,0%	16,5%	8,8%	0,4%	1,2%
Adequação dos banheiros	33,2%	41,2%	14,5%	9,5%	0,4%	1,2%
Limpeza da unidade	37,2%	37,2%	15,2%	7,9%	1,6%	0,9%
Organização do serviço	38,4%	37,5%	14,0%	7,9%	1,3%	0,9%
Realização de exames	31,5%	41,0%	16,8%	8,9%	0,6%	1,2%
Resolubilidade de ações	31,7%	39,0%	15,5%	11,3%	1,3%	1,2%
Qualidade dos serviços	39,3%	36,6%	13,4%	8,5%	1,3%	0,9%
Satisfação com o ESF	39,6%	36,3%	14,0%	7,9%	1,3%	0,9%

Para a construção de um indicador do grau de satisfação do usuário, foram feitas quatro perguntas relacionadas às competências profissionais; quatro referentes às condições físicas da unidade e quatro referentes à qualidade do atendimento (Tabela 2). Observou-se que, de um modo geral, os usuários estão satisfeitos com os serviços prestados. Ao se codificar as faces utilizadas durante aplicação do questionário com os valores 10, 8, 6, 4, 2 e 0, obteve-se média e mediana de 8 pontos em quase todos os itens avaliados. O item com pior avaliação se refere à resolubilidade das ações do ESF e obteve média 7,7; a população considera os serviços prestados como de boa qualidade. A taxa de abstenção foi de 2% e apenas um usuário dos serviços avaliou todos os itens com nota zero.

Em outra pesquisa realizada por este mesmo grupo,²⁶ ao se utilizar o parâmetro escolaridade, detectou-se que a nota média relativa à qualidade do acesso aos serviços de saúde, entre mulheres analfabetas, quando comparadas a nota média dada por mulheres com 4 anos ou mais de estudo, a das primeiras era significativamente superior. Ou seja, o

indicador social “escolaridade” quanto mais baixo for maior a satisfação com os serviços de saúde prestados. Quando se tomou em conta, naquela pesquisa outros indicadores sociais, tal como renda mensal média familiar ou sistema de saúde utilizado (SUS dependente ou usuárias do Sistema Suplementar de Assistência Médica - SSAM), por exemplo, as camadas superiores avaliaram melhor a qualidade dos serviços que lhe eram prestados do que as camadas populares. A pesquisa acima mencionada foi sobre o acesso aos serviços de saúde na regional de saúde de Alfenas, que abrange 26 municípios, com uma população de 48.000 habitantes. Ao todo, foi aplicado 2.500 questionários em amostra domiciliar.

Tendo-se isto em mente, percebe-se que pesquisas sobre a satisfação dos usuários de serviços de saúde, nem sempre traduzem a qualidade, do ponto de vista técnico, dos mesmos e encontra-se influenciada pelo grau de instrução dos usuários, que tente a torná-lo mais crítico quanto maior for seu grau de instrução.

Outro aspecto importante a ser discutido é o de que a HAS, por ser uma doença sistêmica de alta prevalência, principalmente na terceira idade, seus portadores devem possuir uma assistência maior com relação ao atendimento pela equipe multiprofissional e agendamento de consultas especializadas, sendo essa uma das metas do seu Plano de Reorganização. Entretanto, a proporção de pacientes avaliados por especialistas foi relativamente baixa mesmo com a atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A proporção de pacientes avaliados por fonoaudiólogo foi de 3% dos pacientes entrevistados; por psicólogo, de 4%; por fisioterapeuta, de 13%; por nutricionista, de 19%; por odontólogos, de 23%; e por oftalmologista de 28%.

Com relação ao atendimento psicológico, fisioterapêutico e nutricional não se pode inferir nada, uma vez que não é necessidade premente no manejo de pacientes hipertensos, entretanto, a avaliação oftalmológica e odontológica são mandatórias.

Um estudo demonstrou que a ausência de controle da HAS é um fator predisponente para o desenvolvimento da Retinopatia Hipertensiva, visto que 23% dos hipertensos apresentaram sinais de retinopatia hipertensiva, enquanto somente 2,64% dos normotensos e 9,37% dos suspeitos de HAS apresentaram a patologia.²⁷

O tratamento farmacológico da HAS pode, em alguns casos, causar efeitos colaterais no meio bucal como: xerostomia, alteração no paladar e estomatite.²⁸ Ademais, a terapia diversificada usada no tratamento desta doença pode interferir direta ou indiretamente nos procedimentos odontológicos, devido a interações medicamentosas, à indução da hipotensão postural e alteração de humor. Outro ponto primordial da assistência odontológica é a criação de programas que visem à conscientização da necessidade do cuidado com a saúde bucal. Muitos dos entrevistados em particular os idosos, relataram terem extraído quase todos os dentes, sendo essa a justificativa usada para não se consultarem com o odontólogo. Entretanto, 100% das unidades e Saúde da Família de Alfenas contam com a presença de equipe de saúde bucal, incluindo o odontólogo.

Há também uma associação significativa entre HAS e presença de perda auditiva, sendo que a perda auditiva observada nesta população sugere que a HAS age como fator de aceleração da degeneração do aparelho auditivo proveniente da idade. Isso ocorre devido à necessidade das células dependerem

de um fornecimento adequado de oxigênio e nutrientes, ora esse fornecimento depende da integridade funcional e estrutural do coração e dos vasos sanguíneos. Conseqüentemente, a HA pode acarretar hemorragias na orelha interna, podendo ocasionar às perdas auditivas súbitas ou progressivas e também o aumento da viscosidade sanguínea, levando uma diminuição do fluxo sanguíneo capilar diminuindo o transporte de oxigênio causando à hipóxia tecidual.²⁹

Observou-se ainda, que dentre os pacientes avaliados por fonoaudiólogo, 80% possui 60 anos ou mais, o que representa 4,5% da população total nesta faixa etária e que por isso só já deveria estar passando por avaliação fonoaudiológica de rotina mediante a probabilidade de desenvolvimento de presbiacusia. Autores relatam que a deficiência auditiva em idosos ou presbiacusia ocorre numa incidência de 5 a 20% em pessoas de pelo menos 60 anos de idade e cerca de 60% em pessoas com mais de 60 anos de idade. A HAS, por sua vez, aumenta o risco dessa enfermidade.³⁰

Em conformidade com a Sociedade Brasileira de Cardiologia,²⁰ a HAS por ser multicausal, multifatorial, e assintomática além de envolver orientações voltadas para múltiplos objetivos, há necessidade da formação de uma equipe multiprofissional em sua assistência. Entretanto, o mesmo Consenso não cita a necessidade do fonoaudiólogo nessa equipe. Ora, esse profissional de acordo com o artigo 442 tem a competência de participar de equipes de diagnóstico, realizando avaliação da comunicação oral e escrita, voz e audição e de colaborar em assuntos fonoaudiológicos ligados a outras ciências. Assim, como a HAS é um fator de risco para a perda auditiva, sendo que o aparecimento de tal perda deve ser verificado nesta população, o profissional fonoaudiólogo, como responsável pela avaliação da audição, deve ser incluído efetivamente na equipe multiprofissional envolvida na HAS.

CONCLUSÃO

A realização deste estudo em um cenário de atenção primária possibilitou conhecer o perfil de um grupo de pacientes hipertensos acompanhados pelo HiperDia de um município de médio porte do interior mineiro. Os dados constatados demonstram a necessidade de investimentos em consultas médicas e por profissionais especialistas, bem como maior realização de ECG e cumprimento de normas protocolares.

Os dados levantados ainda revelam que há necessidade de organizar um atendimento com ênfase na autoproteção e autopercepção desses pacientes, enfatizando a importância de mudanças comportamentais. A educação dos portadores de HAS seja o caminho mais simples para o alcance de tais objetivos. Além de um maior envolvimento dos profissionais que participam dos programas de atendimento, mantendo um vínculo de aproximação, comunicação e visão do paciente como único. Para isso, é necessário que estejam conscientes, indivíduo e família, para que tais mudanças ocorram e, aliás, para que associem os conhecimentos que poderão melhorar a qualidade de vida.

Há a necessidade que os órgãos responsáveis pelos sistemas de informação e informatização no Brasil possam implantar e inovar com novos programas com as características do HiperDia, além de oferecer treinamento específico para os profissionais envolvidos diretamente com o cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos, oferecendo também educação permanente para os responsáveis pela retroalimentação dos sistemas para que novas pesquisas sejam elaboradas a partir de seus dados.

FINANCIAMENTO

Estudo realizado com apoio da Fundação de Amparo de Pesquisa do Estado de Minas Gerais Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica, 2009-2010. Alfenas (MG), Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
2. Ministério da Saúde. Plano de reorganização da atenção a hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: Manual de hipertensão e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
3. Monteiro CN, Farias RE, Alves MJM. Perfil de hipertensos em populações urbana e rural no estado de Minas Gerais. Rev APS [Internet]. 2009 [cited 2013 Apr 10];12(1):48-53. Available from: <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/96/171>
4. Lima JJG. Revisão/Atualização em Hipertensão Arterial: Hipertensão arterial monogênica. J Bras Nefrol [Internet]. 1996 [cited 2010 Mar 26];4(18):412-14. Available from: http://www.jbn.org.br/audiencia_pdf.asp?aid2=899&nomeArquivo=18-04-20.pdf.
5. Ximenes Neto FR, Melo JR. Controle da Hipertensão Arterial na Atenção Primária em

Saúde- Uma Análise das Práticas do Enfermeiro. Enferm glob [Internet]. 2005 [cited 2010 Mar 26]; (6): 1-14. Available from: www.um.es/ojs/index.php/eglobal/article/viewFile/506/552.

6. Spranger CB, Ries AJ, Berge CA, Radford NB, Victor RG. Identifying gaps between guidelines and clinical practice in the evaluation and treatment of patients with hypertension. Am J Med [Internet]. 2004 [cited 2010 Apr 10];2(117):14-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15210383>
7. Oliveira CA, Palha PF. Sistema de Informações Hiperdia, 2002-2004, adequação das informações. Cogitare enferm [Internet]. 2008 [cited 2010 Apr 10];13(3):395-402. Available from: <http://dx.doi.org/10.5380%2Fce.v13i3.12992>
8. Ministério da Saúde. Norma operacional de assistência à saúde- NOAS/SUS- 01/2001. Brasília: 2001.
9. Kessner DM, Kalk C, Singer J. Assessing health quality - A case for tracer. N Engl J Med [Internet]. 1973 [cited 2010 Apr 10];288:189-94. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4682231>
10. McGrath PJ, Beyer J, Cleeland C, Eland J, McGrath PA, Portenoy R. Report of the Subcommittees on assessment and methodologic issues in the management of pain in childhood cancer. Pediatrics [Internet]. 1990 Nov [cited 2010 Apr 10];86(5):814-17. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlink_s&ref=000116&pid=S0104-1169199800040000700007&lng=en
11. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília; 1997.
12. Carneiro G, Faria AN, Ribeiro FF, Guimarães A, Lerário D, Ferreira SRG, et al. Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2003 [cited 2012 Sept 22];49(3):306-11. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302003000300036&lng=en . <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302003000300036>.
13. Brasil. Coordenação de Investigação do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde. Informe de Atenção Básica. Brasília (DF): MS; 2001.
14. Silva JLL, Souza SL. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. Rev Eletrônica Enferm [Internet]. 2004 [cited 2010 Nov 04];6(3):330-35. Available from: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>

15. Sousa LB, Souza RKT, Scochi MJ. Hipertensão arterial e saúde da família: Atenção aos portadores em município de pequeno porte na região Sul do Brasil. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2006 Oct [cited 2010 Sept 15];87(4):496-503. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2006001700015&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2006001700015>.
16. Guimarães AC. Fatores de risco: prevenção das doenças cardiovasculares no século 21. *Hipertensão* [Internet] 2002; [cited 2010 June 10];5(3):103-06. Available from: <http://www.sbh.org.br/revistas/2002>
17. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2004 [cited 2010 Sep 15];83(4):1-86. Available from: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2004/DirIII_TratAM.pdf
18. Gagliardi RJ. Hipertensão arterial e AVC. *Com Ciência* [Internet]. 2009 [cited 2010 Apr 11]; 109. Available from: http://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151976542009000500018&lng=pt&nrm=iso.
19. Dawber TR, Meadors GF, Moore FEJ. Epidemiological approaches to heart disease: The Framingham Study. *Am J Public health* [Internet]. 1951 [cited 2010 Apr 11];41(3):279-86. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1525365/>
20. Harris MI, Klein R, Welborn TA, Knudman MW. Onset of NIDDM occurs at least 4-7 yr before clinical diagnosis. *Diabetes care* [Internet]. 1992 [cited 2010 Apr 11];15(7):815-19. Available from: <http://care.diabetesjournals.org/content/15/7/815.abstract>.
21. Araujo MM, Alencar AMPG. Pés de risco para o desenvolvimento de ulcerações e amputações em diabéticos. *Rev RENE* [Internet]. 2009 [cited 2010 Apr 11];10(2):19-28. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/470>.
22. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2004 [cited 2010 Sep 15]; 9(1): 139-46. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100014&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000100014>.
23. Protocolo Hipertensão Arterial e Diabetes na Estratégia Saúde Família de Alfenas. (Alfenas, Minas Gerais). Prefeitura Municipal de Alfenas Secretaria Municipal de desenvolvimento Social, Saúde e Meio ambiente 2008; 14 p.
24. Organização Mundial de Saúde. *Acess to essential medicines*. In. *The World Medicines Situation*. Geneva, 2004 [cited 2012 Apr 27]; Available from: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js6160e/9.html>
25. Almeida MF, Alencar GP, Novaes HMD, Ortiz LP. Sistemas de informação e mortalidade perinatal: conceitos e condições de uso em estudos epidemiológicos. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2006 Mar [cited 2013 Sept 19];9(1):56-68. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2006000100008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2006000100008>.
26. Nogueira DA, Gomes LTS, Graciano MMC. Estudo de satisfação de usuário de serviços de saúde em uma regional de saúde de Minas Gerais. 2º SINPESC. Resumo: 408; 2011.
27. Sakata K, Sakata V, Barreto Júnior J, Bottós KM, Bottós JM, Duarte Filho NP, et al. Hipertensão e retinopatia hipertensiva. *Arq bras oftalmol*. [Internet]. 2002 [cited 2011 June 12];65(2):207-11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27492002000200009>.
28. Rodrigues SM. *Condição e Percepção de Saúde Bucal em Idosos Hipertensos Participantes do Programa de Saúde da Família, no Município de Governador Valadares - MG*. 2002. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
29. Marchiori LLM, Rego EAF, Matsuo T. Hipertensão como fator associado à perda auditiva. *Rev Bras Otorrinolaringol* [Internet]. 2006 Aug [cited 2010 Apr 15];72(4):533-40. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992006000400016&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72992006000400016>.
30. Ruschel CV, Carvalho CR, Guarinello AC. A eficiência de um programa de reabilitação audiológica em idosos com presbiacusia e seus familiares. *Rev Soc Bras Fonoaudiol* [Internet]. 2007 June [cited 2010 Apr 15];12(2):95-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-80342007000200005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-80342007000200005>.

Submissão: 22/07/2013

Aceito: 16/09/2014

Publicado: 01/04/2015

Correspondência

Lidiege Terra Souza e Gomes
 Rua Tiradentes, 2341
 Bairro Jardim São Carlos
 CEP 37130000 – Alfenas (MG), Brasil