FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

ANA PAULA GONÇALVES DE LIMA RESENDE

ANÁLISE DAS AÇÕES PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DE MATO GROSSO DO SUL

CAMPO GRANDE, MS
2014

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

ANA PAULA GONÇALVES DE LIMA RESENDE

ANÁLISE DAS AÇÕES PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DE MATO GROSSO DO SUL

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como quesito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas em Saúde, Educação e Enfermagem.

Orientador: Profa. Dra. Ana Rita Barbieri.

CAMPO GRANDE, MS
2014

ANA PAULA GONÇALVES DE LIMA RESENDE

ANÁLISE DAS AÇÕES PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DE MATO GROSSO DO SUL

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como quesito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

A banca examinadora, após a avaliação do trabalho, atribuiu à candidata o resultado: aprovada.

BANCA EXAMINDADORA

.....
Prof. Dra Ana Rita Barbieri (Presidente)
Curso de Enfermagem/Campo Grande, MS (UFMS)

.....
Profa. Dra. Crhistinne C. Maymone Gonçalves (Membro titular)
Curso de Medicina/Dourados (UFGD)

.....
Profa. Dra. Maria Gorette dos Reis (Membro titular)
Curso de Enfermagem/Campo Grande, MS (UFMS)

.....
Profa. Da. Marisa Dias Rolan (Membro suplente)
Curso de Enfermagem/Campo Grande, MS (UFMS)

Campo Grande, 09 de dezembro de 2014.

Ao meu amado esposo Alessandro e filhos maravilhosos, José Neto e João Gustavo, por toda compreensão e apoio para realização deste trabalho. Pelo carinho e incentivo nos momentos de dificuldade. A força que sempre encontrei em minha família foi essencial para esta conquista.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pois sem ele nada seria possível. Por sua luz e vontade, tudo pode ser alcançado.

A minha orientadora Professora Dra. Ana Rita Barbieri, pela sabedoria, colaboração e competência. Mas principalmente pela paciência e pela compreensão dos momentos profissionais turbulentos que atravessei na etapa final desta trajetória. Sem essa compreensão e palavras de incentivo nos momentos difíceis não teria alcançado o sucesso deste trabalho. Minha eterna gratidão.

A Professora Dra. Maria Gorette Reis pelas valiosas contribuições na construção desta pesquisa. Pelo carinho e palavras de incentivo.

A Professora Dra. Marisa Rolan pela presença constante em minha vida acadêmica. Mas principalmente pela força, pelo exemplo de garra e determinação e conselhos sempre determinantes em minhas escolhas. Obrigado por sempre estar presente.

A Enfermeira Silvana Dias Correa pelo apoio incondicional, pela amizade, pelas palavras de fé e incentivo. Sem você esta conquista não seria possível.

A Enfermeira Susane Lima Vargas, pelas orientações recebidas na pesquisa de banco de dados, pela tabulação das informações no TABWIN. Pela disponibilidade, paciência e amizade.

As minhas queridas amigas do mestrado, especialmente a Lucyana que me deu uma força enorme nesta reta final.

Aos meus pais pelo inestimável amor. Em especial as orações de minha mãe.

A Ana Cristina e Aleyne pela amizade e carinho. Obrigado as duas pela harmonia e paz durante nosso ano de convivência. Vocês moram em meu coração.

Aos meus amigos do Departamento de Educação da SESAU, Dra. Tatiana, Juarez, Laura, Jacinta, Marcus e Cacilda, pelo acolhimento, afeto e apoio.

A Marcilene minha amiga, meu apoio, meu ponto de centralidade nos momentos difíceis. Ninguém me compreende como você. Ser humano ímpar. Agradeço a Deus por ter você em minha vida.

A querida Jumara que foi providencial na última etapa deste processo. Sua presença na diretoria me possibilitou tempo extra para dedicar ao projeto. Serei sempre grata.

A todos que direta e indiretamente contribuíram para que esta pesquisa fosse possível.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo geral avaliar as ações desenvolvidas para hipertensão arterial na Atenção Primária, tendo como parâmetro a proporção de internações por causas sensíveis ao cuidado primário, decorrentes da hipertensão arterial, nos municípios de Mato Grosso do Sul. Em um primeiro momento foi realizado um estudo ecológico, quantitativo, com análise estatística multivariada agrupando os municípios em quatro *clusters,* a partir das Internações por Condições Cardiovasculares Sensíveis à Atenção Primária, correlacionando-as com o número de hipertensos estimados e acompanhados e com a cobertura da Estratégia Saúde da Família, nos 78 municípios do estado, no período 2009 a 2012. Posteriormente foi realizado um estudo transversal, quantitativo nos oito municípios que apresentaram maiores e menores proporções de internações por condições cardiovasculares sensíveis a Atenção Primária, identificando os componentes do processo de trabalho que produzem diferenças nos resultados de morbimortalidade, nos anos de 2013 e 2014. No primeiro estudo os *clusters* apresentaram proporção de cobertura da Estratégia Saúde da Família e hipertensos acompanhados em relação ao número de estimado, respectivamente: *cluster* 1 (97,2% e 49,8%); *cluster* 2 (54,0% e 31,8%); *cluster* 3 (75,8% e 43,9%) e *cluster* 4 (51,0% e 30%). O menor percentual de internações por condições cardiovasculares foi encontrado no *cluster* 1. O estudo constatou que há relação entre maior cobertura da Estratégia Saúde da Família com aumento de hipertensos cadastrados e acompanhados e menor número de internações, com distribuição não homogênea, por condições cardiovasculares sensíveis à Atenção Primária. No segundo estudo os municípios com melhores resultados apresentaram equipes mais completas (p=0,017), com menor rotatividade (p=0,046), maior implantação de protocolos (p=0,031), ofertam maior percentual de educação permanente (p=0,05) em relação aos municípios classificados como piores. Os elementos identificados que produziram diferenças entre os municípios classificados com melhores e piores resultados para as Internações por Condições Cardiovasculares Sensíveis à Atenção Primária foram: fixação do profissional a equipe, menor rotatividade, protocolo implantado, organização de serviço com definição de funções e atribuições a cada profissional, oferta de educação permanente, somados a regularidade no fornecimento de medicamentos anti-hipertensivos e exames.

Descritores: Hipertensão. Estratégia Saúde da Família. Avaliação de processos. Hospitalização. Atenção Primária à Saúde. Análise multivariada. Sistema Único de Saúde. Políticas Públicas.

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate the actions of Primary Health Care regarding hypertension, having as parameter the ratio of admissions for causes sensitive to primary care in the counties of Mato Grosso do Sul. Firstly an ecological quantitative study was conducted with multivariate statistical analysis to group the counties into four clusters according to Admissions for Cardiovascular Conditions Sensitive to Primary Health Care and their correlation with the number of estimated and monitored hypertensives and the coverage conducted by the Family Health Strategy in 78 counties of Mato Grosso do Sul in the period 2009 – 2012. Subsequently a quantitative cross-sectional study was conducted in the eight counties that showed the highest and lowest proportions of admissions for cardiovascular conditions sensitive to primary care. The components of the working process that produced differences in outcomes of morbidity and mortality in the years 2013 and 2014 were identified. The ecological study produced the following ratio between the number of monitored and estimated hypertensives: Cluster 1 (97.2% and 49.8%); Cluster 2 (54.0% and 31.8%); Cluster 3 (75.8% and 43.9%) and Cluster 4 (51.0% and 30%). The lowest percentage of admissions for cardiovascular conditions was found in Cluster 1. A relation was found between an increased coverage of the Family Health Strategy, with a higher number of registered and monitored hypertensives, and fewer hospitalizations, with inhomogeneous distribution resulting of cardiovascular conditions sensitive to Primary Care. The analysis of the counties with the highest and the lowest proportions of Admissions for Cardiovascular Conditions Sensitive to Primary Health Care pointed to differences in the teams´ work process − and the differences with statistically significant results were: complete teams (p=0.017), lower turnover (p=0.046), implementation of protocols (p=0.031), activities of continuing education (p=0,05). The service organization, with defining roles and responsibilities of each professional, plus the regular supply of anti-hypertensive medications and examinations are identified as the factors responsible for the differences between the counties.

Keywords: Hypertension. Primary Health Care. Family Health Strategy. Process Assessment. Multivariate Analysis. Unified Health System. Public Policies.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
DM - Diabetes Mellitus
DCNT – Doenças Crônicas não transmissíveis
SUS – Sistema Único de Saúde
AP – Atenção Primária
MS – Ministério da Saúde
ICSAP - Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
ICCSAP - Internações por Condições Cardiovasculares Sensíveis à Atenção Primária
DAC – Doença do Aparelho Circulatório
APS - Atenção Primária à Saúde
PSF – Programa de Saúde da Família
ESF – Estratégia de Saúde da Família
DAB – Departamento de Atenção Básica
CID – Classificação Internacional das Doenças
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SES – Secretaria Estadual de Saúde
ACS – Agente Comunitário de Saúde
VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

LISTA DE TABELAS

Artigo 1

Tabela 1 - Frequência das internações no SUS: total de internações por Condições Gerais, por Condições Sensíveis à Atenção Primária e por Condições Cardiovasculares Sensíveis à Atenção Primária, em municípios de Mato Grosso do Sul, 2009-2012 35

Tabela 2 - Agrupamentos (*clusters*) dos municípios segundo as variáveis selecionadas 36

Artigo 2

Quadro 1 - Ordem de agrupamento das questões do questionário aplicado 50

Parte 1 – Análise do processo de trabalho

Parte 2 – Componentes da *VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão*

Tabela 1 - Caracterização dos trabalhadores que responderam a pesquisa e integram as equipes da Estratégia Saúde da Família dos municípios com menores e maiores percentuais de Internações por condições cardiovasculares Sensíveis à Atenção Primária, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2014 53

Tabela 2 - Componentes avaliados e questões correspondentes, para os municípios com menores e maiores percentuais de Internações por Condições Cardiovasculares Sensíveis à Atenção Primária, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2014 54

Tabela 3 - Componentes avaliados e questões correspondentes, para os municípios com menores e maiores percentuais de Internações por Condições Cardiovasculares Sensíveis à Atenção Primária, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2014 56

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 11

2 REVISÃO DE LITERATURA 13

2.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA – CONCEITUAÇÃO E EPIDEMIOLOGIA 15

2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA E INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA 17

2.3 AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA 18

2.4 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA 21

3 OBJETIVOS 23

3.1 GERAL 23

3.2 ESPECÍFICOS 23

4 MATERIAL E MÉTODOS 24

4.1 TIPO DE ESTUDO 24

4.2 LOCAL DO ESTUDO 24

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA 24

4.4 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS 25

4.5 ANÁLISE DOS DADOS 26

4.6 ASPECTOS ÉTICOS 27

5 RESULTADOS 28

5.1 ARTIGO 1 – INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DECORRENTES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL: UMA ANÁLISE MULTIVARIADA 29

5.2 ARTIGO 2 – RELAÇÃO ENTRE PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR HIPERTENSÃO ARTERIAL 43

6 CONCLUSÕES 70

REFERÊNCIAS 72

APÊNDICES 77

ANEXO 97

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem sido abordada como uma epidemia, que junto com o *Diabetes Mellitus (*DM) são as principais causas de morbimortalidade no mundo. Com fisiopatologia que compromete lentamente o funcionamento do organismo exigem novas formas de abordagem, diferentes das tradicionais que tinham enfoque na cura das doenças.

Até pouco tempo, os sistemas de saúde eram organizados para manter os indivíduos por tempo limitado dentro das instituições assistenciais em que os desfechos esperados eram a cura ou a morte e era valorizado apenas o tratamento. A mudança no perfil epidemiológico e as condições crônicas exigem abordagens profissionais cuidadosas e prolongadas em que a promoção, prevenção de danos, tratamento e reabilitação ganham a mesma importância e devem ser considerados em todos os níveis de complexidade.

Da mesma forma, quando fala-se em adesão do paciente ao tratamento está relacionada a responsabilidade conjunta, profissional-paciente, pelos resultados pois implica não apenas na tomada diária do medicamento prescrito, mas em mudanças nos hábitos e comportamentos do cotidiano.

A complexidade da nova abordagem, principalmente da atenção primária (AP), precisa do desenvolvimento de competências e habilidades que somente nas duas últimas décadas tornaram-se objeto da formação dos profissionais. Da mesma forma, a valorização dos protocolos e evidencias em saúde, que tanto contribuem para a eficiência e eficácia dos serviços quanto melhoram a qualidade do atendimento ao paciente quando o mesmo precisa de assistência nos diferentes pontos de atenção à saúde, passa a ser visto como necessário para a qualidade do atendimento e melhores resultados.

É diante deste novo cenário que este estudo foi desenhado. Os resultados pífios, ou seja, a mortalidade por HAS no estado do Mato Grosso do Sul, aponta para a necessidade de investigar o que acontece nos serviços que mantém o cenário epidemiológico inalterado. Em um primeiro momento foram evidenciados os municípios com os melhores e piores resultados para o agravo e subsequente, foram identificadas as diferenças no modo de trabalho (processos) em uma tentativa

de identificar evidências que, se modificadas, também transformam os resultados.

Dadas as características das doenças crônicas, em particular a HAS e a dificuldade de adesão ao tratamento por parte do paciente, este estudo parte da premissa de que os processos de trabalho, em particular na atenção primária, são importantes para melhorar os resultados relacionados a esta doença.

Considerando a relevância do diagnóstico precoce, controle, tratamento e acompanhamento da HAS, o presente estudo propôs avaliar as ações desenvolvidas na AP para hipertensos, tendo como parâmetro a proporção de internações por causas sensíveis ao cuidado primário, decorrentes da HAS, nos municípios de Mato Grosso do Sul.

A organização deste estudo considerou inicialmente a identificação da proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) e a proporção de Internações por Condições Cardiovasculares Sensíveis à Atenção Primária (ICCSAP) em todos os municípios do Estado, classificando-os. Assim como analisou a relação entre cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e ICSAP e ICCSAP, correlacionando o número de hipertensos estimados e acompanhados com a cobertura da ESF e a proporção de ICCSAP.

De posse desses dados, a abordagem final neste estudo, apresenta os componentes do processo de trabalho que produzem diferenças nos resultados dos municípios com maiores e menores proporções de ICCSAP em Mato Grosso do Sul.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A HAS é a mais frequente das doenças cardiovasculares, e principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio (BRASIL, 2013).

Globalmente as doenças cardiovasculares são responsáveis por cerca de 17 milhões de mortes por ano. Destas, 9,4 milhões, são decorrentes das complicações da hipertensão, sendo esta responsável por pelo menos 45% das mortes por doença cardíaca e 51% das mortes devidas a acidente vascular cerebral (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem um problema de saúde de grande magnitude, correspondendo a 72% das causas de mortes no Brasil (BRASIL, 2012a). Das DCNT, as quatro com maior incidência são as cardiovasculares, diabetes mellitus (DM), câncer e doenças respiratórias crônicas, responsáveis por 58% dos óbitos em 2007, sendo a primeira a principal delas. Em Mato Grosso do Sul, essas doenças e seus fatores de risco foram responsáveis por 31,7% dos óbitos em 2008, superando o percentual nacional (28,78%) e o da região Centro-Oeste (29,48%) (BRASIL, 2011a).

As doenças cardiovasculares são responsáveis por altas frequências de internações ocasionando elevados custos ao sistema de saúde e socioeconômicos. Em 2006, do total de hospitalizações pelo Sistema Único de Saúde (SUS), 28,5% foram por condições sensíveis à AP (excluindo-se os partos), destas 6,5% doenças cerebrovasculares e 5,2% HAS (ALFRADIQUE et al., 2009). Considerando a relevância das DCNT na definição do perfil epidemiológico da população brasileira e, mais importante, por serem passíveis de prevenção, os fatores de risco para estas doenças, a AP tem papel fundamental nas ações de controle dessas, em especial a HAS.

Muitas pessoas com pressão arterial elevada, em países em desenvolvimento permanecem sem diagnóstico, e assim perdem a oportunidade de tratamento que pode reduzir significativamente o risco de morte e invalidez por doença cardíaca e cerebrovasculares (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Os profissionais de saúde da rede básica do SUS 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 como fazê-lo seguir o tratamento (BRASIL, 2012a). Dentro desta lógica, Starfield (2002) afirma que bons resultados têm sido obtidos em diversos países onde os sistemas de saúde são orientados por estes princípios, onde a AP, e a orientação desta para a família, está associada a custos menores, maior satisfação dos usuários e melhores indicadores de saúde, mesmo em situações de grande iniquidade social.

Sendo este o grande desafio, concretizar esta atenção integral, continuada e resolutiva à saúde da população dando cobertura às necessidades desta através do acesso as equipes de saúde da família (ELIAS; MAGAJEWSKI, 2008).

Políticas para prevenção e controle da DCNT têm sido implementadas no Brasil, embora nem sempre ocorra uma avaliação formal, sendo prioritário intensificar intervenções custo-efetivas e estratégias que envolvam maiores discussões e planejamento intersetorial (SCHMIDT et al., 2011).

A proporção de internações hospitalares consideradas evitáveis, a partir de uma assistência oportuna e adequada na AP, representa um importante marcador de resultado da qualidade dos cuidados de saúde nesse nível de atenção (FERNANDES et al., 2009). Desenvolvido no final dos anos 1980 nos Estados Unidos, esse indicador tem sido utilizado para avaliar acessibilidade e efetividade do cuidado primário (ALFRADIQUE et al., 2009).

2.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA – CONCEITUAÇÃO E EPIDEMIOLOGIA

Atualmente a HAS é um dos principais problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. Conceituada como condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010). Definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. Esse agravo apresenta curso clínico lento e assintomático, alta prevalência, múltiplos fatores de risco agindo em sinergismo e inúmeras dificuldades em seu controle (COSTA; SILVA; CARVALHO, 2011).

Está elencada no rol das DCNT, sendo esta definida como o conjunto de condições crônicas, relacionadas em geral com causas múltiplas, caracterizadas por início gradual, de prognóstico geralmente incerto, com longa ou indefinida duração (BRASIL, 2012a).

Aproximadamente 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa e média renda, onde a maioria dos óbitos é atribuída às doenças do aparelho circulatório, ao câncer, à DM e às doenças respiratórias crônicas. Apresentam o tabagismo, consumo nocivo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada, como principais fatores de risco e passíveis de modificação (BRASIL, 2011b).

Em 2008, no mundo, cerca de 40% dos adultos com idades entre 25 anos e acima tinham sido diagnosticados com HAS. O número de pessoas com a condição subiu de 600 milhões em 1980 para um bilhão em 2008. A prevalência de HAS é maior na região africana em 46% de adultos com idade superior a 25 anos, enquanto que a menor prevalência (35%) é encontrada nas Américas, em geral, observando que os países de alta renda têm uma menor prevalência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

A HAS atinge 23,3% dos adultos brasileiros (BRASIL, 2012a). A prevalência na população urbana adulta varia de acordo com cidade onde o estudo foi realizado, com variações entre as regiões de 22,3% a 43,9% (BRASIL, 2006).

A taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares em Mato Grosso do Sul apresentou tendência de declínio de 1996 a 2009, porém, suas taxas são superiores a média nacional e da região Centro-Oeste (BRASIL, 2011a).

A cobertura dos portadores de HAS e de DM cadastrados no Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica – HIPERDIA, em relação à prevalência autorreferida apresentada no Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL, no período de 2006 a 2009, no Mato Grosso do Sul, apesar de apresentar incremento de 16,5% para 19,3%, também ficou abaixo da média nacional e da região Centro-Oeste (BRASIL, 2011c).

A frequência de adultos que referem diagnóstico médico de HAS variou entre 12,9% (em Palmas) e 29,8% (no Rio de Janeiro). No sexo masculino, as maiores frequências foram observadas em Campo Grande, MS, e Rio de Janeiro (23,9%) (BRASIL, 2012b).

Os dados evidenciam a magnitude da doença, em razão do agravamento das condições de saúde do indivíduo, e quando não controlada, sujeitos a perda da qualidade de vida derivada das complicações, letalidade precoce e os altos custos sociais e do sistema de saúde.

2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA E INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA

A AP vem demonstrando ser um elemento chave na constituição do SUS, com capacidade de influir nos indicadores de saúde e, nos últimos anos, várias evidências indicam que um sistema de saúde baseado nestes princípios alcançam melhores resultados à saúde das populações (BRASIL, 2011c).

Com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF; hoje ESF) no Brasil, em 1994, foi iniciado um processo de inversão do modelo assistencial que, antes organizado por demanda espontânea, passou a conhecer e acompanhar a situação de saúde das famílias das áreas cobertas. Com uma cobertura inicialmente inexpressiva, hoje a ESF está presente em quase todos os municípios com bom alcance. A ESF é a política brasileira do Ministério da Saúde para a mudança de abordagem da saúde e tem feito investimentos significativos para que a mesma alcance os resultados esperados (FERNANDES et al., 2009).

Organizada por territórios com a responsabilidade de coordenar a assistência no local onde está implantada, tem como principal sustentáculo a adoção de tecnologias leves que dependem da qualificação adequada dos profissionais que nela atuam. Vários estudos analisam o impacto positivo da ESF sobre ICSAP (HENRIQUE; CALVO, 2008; DIAS-DA-COSTA, 2010;).

As ICSAP compreendem o conjunto das internações que, na presença de ações resolutivas da AP, poderiam ter seu risco diminuído na população. Este indicador foi utilizado no princípio para avaliar o acesso dos indigentes aos serviços de saúde nos Estados Unidos, e a partir da segunda metade da década de 1990 passou a ser utilizado para avaliação da qualidade da AP (ALFRADIQUE et al., 2009).

Elias e Magajewski (2008), avaliando as ICSAP em Santa Catarina, de 1999 a 2004, concluíram que a ampliação da cobertura da ESF facilitou o acesso da população aos serviços da AP, apesar de parcialmente efetiva para controle dos agravos estudados.

Outra pesquisa avaliando a ESF nos municípios de Santa Catarina, com o objetivo de classificá-los quanto à implantação do referido modelo, demonstrou uma

significativa ampliação da cobertura populacional potencial, porém com necessidade de qualificação para mudança do modelo assistencial e alcance de resultados expressivos (HENRIQUE; CALVO, 2008).

Estudo com o objetivo de descrever a tendência das ICSAP no Brasil entre 1998 e 2009, obteve como resultado a redução considerável nas internações sensíveis à atenção primária no período, incluindo as doenças cerebrovasculares, apesar de outros agravos terem se apresentado estáveis ou aumentado (BOING et al., 2012).

O panorama destas internações no estado de São Paulo aponta para a melhoria no quadro das internações sugerindo possível relação com a ampliação da cobertura de ESF; reforçando que a melhoria não se deu de forma homogênea (REHEM; EGRY, 2011). Em Goiânia, analisando as taxas de hospitalização por condições cardiovasculares à AP, demonstrou que houve redução das hospitalizações, mas ocorreu independente da cobertura da ESF (BATISTA et al., 2012).

No estado de Mato Grosso do Sul, no período de 2006 a 2009, observa-se uma redução de 23,6% das ICSAP (menor taxa, 13,48%, em 2008) (BRASIL, 2011c). Na região Centro-Oeste e no Brasil, a redução foi de 21,0% e 13,0%, respectivamente (BRASIL, 2011c).

2.3 AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A avaliação e o monitoramento dos resultados alcançados em relação à organização e aos possíveis impactos produzidos na saúde das populações passam a representar uma preocupação. No entanto, não há na literatura evidências que discutam especificamente a importância dos processos de trabalho na mudança do cenário de morbimortalidade por doenças cardiovasculares no país.

Hartz (2006) considera requisito básico para avaliação do SUS, o conhecimento dos arranjos e peculiaridades locais dos serviços de saúde. A avaliação deve ser capaz de subsidiar os processos decisórios e dar respostas às necessidades de saúde da população.

Um estudo realizado na Finlândia identificou que a despeito das diretrizes serem aceitas nos diversos pontos de assistência no país, enfocou que a aceitação das mesmas não tem levado a sua implementação na prática, necessitando de uma avaliação para os processos de implementação (ALANEN et al., 2007).

Destaca-se um estudo realizado na Inglaterra que avaliou o impacto das estratégias para reduzir a carga de doença coronariana, comparando a prevenção primária e secundária, reforçando em seus resultados, a prevenção primária como eficiente, apesar das estratégias atuais concentrarem-se na prevenção secundária. Enfatizou que o cumprimento de metas de prevenção primária impediriam eventos cardiovasculares, beneficiando pessoas com alto risco ou doença cardíaca estabelecida e recomendam que além da ampla gama de estratégias em saúde, educação e outros, serão necessários outros aspectos da política pública para enfrentar alvos relativos ao peso e prática de atividade física (GEMMELL et al., 2006).

Comparando as diferenças na qualidade do atendimento primário para DM, HAS, doença coronariana e acidente vascular cerebral, pesquisa realizada nos quatro países que compõem o Reino Unido (Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte) confirma que onde há maior prevalência destas doenças há menores investimentos financeiros e evidencia a relevância do nível de escolaridade para a qualidade alcançada por cada país. Os quatro países apresentaram como problema, com maior ou menor proporção, o tempo de espera para primeira consulta ambulatorial (MCLEAN; GUTHRIE; SUTTON, 2007).

Em ensaio clínico randomizado realizado em Barcelona, Espanha, com o objetivo de avaliar o impacto da intervenção educativa realizada por enfermeiras, com vistas ao melhor conhecimento sobre HAS e adesão do paciente a medicação prescrita, e também à incorporação de hábitos saudáveis, observou-se diferenças nas pressões sistólica, diastólica e massa corporal nos pacientes que participaram e não participaram de atividades educativas. O desfecho foi que a intervenção educativa não teve impacto significativo sobre a adesão dos pacientes à medicação e os resultados direcionam para a necessidade de ações específicas com ênfase na dieta e na atividade física, difíceis de implementar na prática (AMADO GUIRADO et al., 2011).

Estudo realizado em Montreal, Canadá, apontou como fatores dificultadores da implementação do modelo de cuidados crônicos a falta de recursos humanos e financeiros e a ausência de sistemas de informações clínicas adequados (PROVOST et al., 2011).

Um estudo de grupo focal realizado em Barbados, Caribe, avaliou os conhecimentos, atitudes, práticas e barreiras relatadas por portadores de HAS e DM que receberam cuidados primários, revelando os longos tempos de espera em clínicas públicas e farmácias, somados as dificuldades em mudar hábitos alimentares arraigados, adesão a exercícios, restrições financeiras, necessidade de maior conhecimento sobre a doença e dificuldade de acesso aos cuidados (ADAMS; CARTER, 2011).

Muitos problemas identificados no Brasil são semelhantes aos apresentados por outros países. De acordo com os resultados do estudo de coorte histórica que avaliou a influência do tempo de adesão a ESF sobre a incidência de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares entre idosos cadastrados na Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil, Florianópolis, Santa Catarina, foi demonstrado que quanto maior o tempo de adesão maior o efeito protetor e redução do risco de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares (XAVIER et al., 2008).

A implantação do controle da atenção à HAS, por equipes de Saúde da Família em Recife, foi avaliada como insatisfatória, tanto para a dimensão de estrutura quanto a de processo de trabalho. O estudo apontou como um dos problemas para este resultado a inexistência de protocolo, e quando existentes, as equipes não o seguiam (COSTA; SILVA; CARVALHO, 2011).

Outra pesquisa analisou as práticas assistenciais nas equipes de Saúde da Família em quatro centros urbanos brasileiros, e constatou-se a baixa frequência em realização de reuniões com a comunidade. Em contraponto apresentaram a visita domiciliar e as reuniões de equipe como atividade rotineira entre médicos e enfermeiros (SANTOS et al., 2012).

Somado a estas evidências, estudo realizado no município de Teixeira, Minas Gerais, identificou os principais fatores que interferem no tratamento da HAS e DM, destacando o baixo nível de escolaridade, tratamento basicamente medicamentoso, pouca adesão a atividade física e diversas inadequações em hábitos alimentares (COTTA et al., 2009).

Os estudos analisados demonstram que o tratamento das condições crônicas em geral exige estratégias particulares e vinculação entre o paciente e o profissional da saúde. Nesta lógica a abordagem do paciente deve estabelecer vínculo e investimento em esforços educacionais, com profissionais qualificados, visando a autogestão do agravo pelo paciente cuidado (ADAMS; CARTER, 2011; PROVOST et al., 2011).

2.4 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A assistência a HAS não é de exclusividade da AP, mas as melhores oportunidades de atuação acontecem neste nível de atenção. As ações integradas de prevenção e cuidado a HAS ocorrem prioritariamente através da ESF, funcionando como porta de entrada do sistema de saúde e onde as ações de caráter comunitário apresentam possibilidade de serem muito mais eficazes (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2010).

A ESF visa a reorganização da Atenção Básica no Brasil, de acordo com os preceitos do SUS. Preconizando uma assistência integral, em substituição a assistência biomédica e fragmentada (REIS et al., 2007). Favorecendo uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade, conforme estabelece a Portaria n. 2.488 (BRASIL, 2011d).

A ESF deve ser composta por uma equipe mínima de profissionais, contemplando, um médico, um enfermeiro, dois técnicos/auxiliares de enfermagem, de quatro a doze agentes comunitários de saúde (ACS), podendo ser incorporado à equipe o dentista e um profissional de saúde bucal. Tendo como fundamentos e diretrizes o trabalho em equipe, território adstrito, acesso universal, adscrição de clientela, estabelecimento de vínculos e responsabilização, coordenação da integralidade, e a família como foco da atenção (BRASIL, 2011d).

Os processos de trabalho para produção do cuidado na ESF pressupõem profissionais de saúde capacitados trabalhando de forma interdisciplinar, estabelecendo vínculos com os usuários e se responsabilizando pela atenção integral ao cidadão (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2010).

Neste contexto, o conceito de processo de trabalho em saúde, diz respeito a dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, a prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009). Pode ser visto como universo que agrega saberes e relações humanas, transformando não apenas o corpo do ser humano, mas conjuntamente a subjetividade. Assim os profissionais da ESF devem compreender o processo de trabalho em saúde, identificando como são construídas socialmente as necessidades das pessoas nas unidades de saúde e a melhor forma de atendê-las, estimulando a autonomia delas (FURTADO et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2006).

O trabalho em saúde deve acontecer focalizado nas pessoas, com base numa relação partilhada entre o paciente e o profissional, em que o paciente é parte desse processo. Reconhecendo que o processo de trabalho em saúde não é um serviço que se realiza sobre coisas ou sobre objetos, mas sim para pessoas (FURTADO et al., 2010). Merhy et al. (2006) reforçam que o trabalho em saúde não pode ser entendido apenas nos equipamentos e saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas se configuram em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados.

Atividades como a prevenção de doenças, o diagnóstico, tratamento, controle e acompanhamento de patologias crônicas, a exemplo da HAS, devem ter como consequência a redução das internações hospitalares decorrentes destes problemas (ALFRADIQUE et al., 2009).

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Avaliar as ações desenvolvidas para hipertensão arterial na atenção primária nos municípios de Mato Grosso do Sul.

3.2 ESPECÍFICOS

Identificar a proporção de internações por causas sensíveis ao cuidado primário, decorrentes da hipertensão arterial, nos municípios de Mato Grosso do Sul;

Classificar os municípios de Mato Grosso do Sul, quanto à proporção de internações por causas sensíveis ao cuidado primário decorrentes da doença em estudo;

Analisar a correlação entre cobertura da ESF e internações por condições sensíveis a atenção primária, decorrentes de hipertensão arterial, nos municípios estudados;

Correlacionar o número de hipertensos estimados e acompanhados com a cobertura da ESF nos municípios sul-mato-grossenses e a proporção de internações cardiovasculares sensíveis ao cuidado primário;

Avaliar as ações desenvolvidas para hipertensão nos municípios sul-mato-grossenses com maiores e menores proporções de internações decorrentes da hipertensão arterial.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida por meio de dois estudos, sendo o primeiro ecológico, quantitativo, cuja unidade de análise foram os 78 municípios do Estado de Mato Grosso do Sul baseado em dados secundários referentes cobertura de ESF, Índice de Desenvolvimento Humano, hipertensos cadastrados e estimados e as ICSAP e ICCSAP no SUS de 2009 a 2012. O segundo estudo realizado foi transversal, quantitativo em oito municípios do Estado de Mato Grosso do Sul nos anos de 2013 e 2014, a partir do resultado da classificação dos municípios com maior e menor número de ICCSAP.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no Estado de Mato Grosso do Sul, a partir do banco de dados da Secretaria Estadual de Saúde com levantamento das informações das ICCSAP de todos os municípios do Estado. Na segunda etapa da pesquisa foram avaliados, os quatro municípios com maior número e os quatro municípios com menor número de ICCSAP.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para o primeiro estudo, foram levantados com base na *Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária*, por meio da Portaria n. 221, de 17 de abril de 2008, do Ministério da Saúde, onde estas condições estão agrupadas por causas de internações e diagnósticos, de acordo com a *10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças*, o número de internações por condições cardiovasculares sensíveis ao cuidado primário dos 78 municípios de Mato Grosso do Sul (BRASIL, 2008).

No segundo estudo, a amostra foi composta por 45 profissionais sendo 16 médicos, 17 enfermeiros e 12 odontólogos. Os critérios de inclusão compreenderam: profissionais médicos, enfermeiros e dentistas que atuavam nas ESF dos municípios selecionados e que concordassem em participar do estudo. Seis médicos, dez dentistas e cinco enfermeiros recusaram-se a preencher o questionário de pesquisa.

4.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Para atender o primeiro objetivo, foi levantado o número de ICCSAP dos 78 municípios de Mato Grosso do Sul nos anos de 2009 a 2012. A partir da seleção dos CID, foi construído um arquivo derivado dos dados tabulados por meio do aplicativo Tab para Windows (TabWin) – Versão 3.2, de 4 de maio de 2005, do Departamento de Informática do SUS, Ministério da Saúde. As informações foram geradas considerando o município de residência do paciente e não o local do tratamento e internação. Os partos foram excluídos do total de internações gerais, pois essa condição representa um desfecho natural da gestação, só afetam uma parte da população feminina e não representa uma patologia (ALFRADIQUE et al., 2009). Os resultados desta tabulação foram a base para o desenvolvimento do primeiro e segundo estudos, e permitiu atender o quarto objetivo classificando os municípios do estado, quanto a proporção de internações por causas sensíveis ao cuidado primário, decorrentes da hipertensão arterial.

Para atendimento dos segundo e terceiro objetivos deste estudo foram obtidos os dados de cobertura da ESF do Departamento de Atenção Básica (DAB), Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde, obedecendo à estimativa da proporção de cobertura populacional das equipes de Saúde da Família em território definido (BRASIL, 2014c).

O número de hipertensos estimados por município foi calculado a partir da prevalência de HAS de cada um, utilizando como referência o percentual indicado pelo VIGITEL, que apontou para as 26 capitais brasileiras e Distrito Federal, por meio de entrevistas telefônicas em amostras probabilísticas da população adulta (indivíduos ≥ 18 anos de idade), a prevalência (%) de hipertensão autorreferida, que para Campo Grande, Mato Grosso do Sul, em 2011 foi de 24,0% (BRASIL, 2012b).

O número da população, nesta faixa etária, para cada cidade foi obtida do Censo Demográfico 2010 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012). Os dados de hipertensos acompanhados foram extraídos do relatório do TABNET, média dos anos 2009 a 2012 (BRASIL, 2014a). Entende-se por hipertensos acompanhados o número de pessoas com HAS cadastrado que receberam pelo menos uma visita domiciliar do ACS no mês de referência. Denomina-se hipertensos cadastrados o número de pessoas com HAS cadastrados (BRASIL, 2014b).

Para atender o quinto objetivo foi aplicado o questionário de pesquisa aos profissionais selecionados (médicos, enfermeiros e dentistas) que compunham as equipes de Saúde da Família dos quatro municípios que apresentaram maior e os quatro municípios com menor número de ICCSAP.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

As variáveis utilizadas no primeiro artigo foram: a) ICCSAP em relação às internações gerais dos municípios; b) ICCSAP em relação às ICSAP dos municípios; c) hipertensos acompanhados em relação ao número de hipertensos estimado de cada município; d) Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (2010); e e) proporção de cobertura da ESF. Todas as variáveis tiveram suas médias analisadas para o período de 2009 a 2012.

Com o objetivo de agrupar o conjunto de variáveis utilizou-se a análise estatística multivariada com a construção de *clusters* não hierárquicos (*K-means*) desenvolvida com o uso do *software* MiniTAB for Windows, versão 14.0. Após a padronização das variáveis visando fazer agrupamentos homogêneos, foi utilizado o método de distância euclidiana para evidenciar as dissimilaridades entre eles (MINGOTI, 2005).

A análise em *clusters* possibilitou a divisão da população do estudo dos 78 municípios de Mato Grosso do Sul por similaridade em relação às variáveis adotadas, considerando a formação de agrupamentos com intervalos de 60% a 70% do nível de similaridade permitindo ampliar as diferenças entre os *clusters*, possibilitando a descrição do perfil dos municípios.

Para analisar as diferenças significativas entre os dois grupos de municípios do segundo artigo, além de técnicas descritivas, foram utilizados os testes do Qui-Quadrado (χ^2) e Teste Exato de Fisher, com 95% de confiabilidade.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi precedido de aprovação, após solicitação com envio do Termo de Compromisso para utilização de Informações de Banco de Dados seguido de autorização formal pelo responsável pela Secretaria Estadual de Saúde (ANEXO). A segunda etapa da pesquisa ocorreu por meio da aplicação do *Questionário de Análise do Processo de Trabalho para Hipertensão Arterial na Atenção Primária nos Municípios de Mato Grosso do Sul* (APÊNDICE A).

O Questionário foi aplicado pelos responsáveis/coordenadores municipais da Atenção Básica e da ESF de cada município selecionado, aos profissionais das ESF, após concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE B). Participaram os profissionais que após abordagem inicial na qual foi explicado o objetivo da pesquisa, manifestaram voluntariamente o desejo de participar deste estudo, sendo-lhes entregue uma cópia do Termo.

O protocolo desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – Parecer 383.278/2013, com restrição a divulgação dos nomes dos municípios (ANEXO).

5 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa estão apresentados na forma de dois artigos originais, sendo o primeiro submetido e o segundo em processo de submissão à publicação. Os artigos estão formatados segundo as normas dos periódicos escolhidos para publicação.

Atendendo quatro primeiros objetivos específicos: Identificar a proporção de internações por causas sensíveis ao cuidado primário, decorrentes da hipertensão arterial, nos municípios de Mato Grosso do Sul; Classificar os municípios de Mato Grosso do Sul, quanto à proporção de internações por causas sensíveis ao cuidado primário decorrentes da doença em estudo; Analisar a correlação entre cobertura da ESF e internações por condições sensíveis a atenção primária, decorrentes de hipertensão arterial, nos municípios estudados; Correlacionar o número de hipertensos estimados e acompanhados com a cobertura da ESF nos municípios sul-mato-grossenses e a proporção de internações cardiovasculares sensíveis ao cuidado primário, está o Artigo 1 – *Internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde decorrentes da hipertensão arterial: uma análise multivariada*. O artigo seguiu as Instruções aos Autores do periódico *Cadernos de Saúde Pública*, do Rio de Janeiro.

Para atender o quinto objetivo específico: Avaliar as ações desenvolvidas para hipertensão arterial na atenção primária, nos municípios de Mato Grosso do Sul, é apresentado o Artigo 2 – *Relação entre processo de trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família e a proporção de Internações hospitalares por hipertensão arterial*. O artigo seguiu as Instruções aos Autores do periódico *Trabalho, Educação e Saúde*, do Rio de Janeiro.

5.1 ARTIGO 1

INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DECORRENTES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL: UMA ANÁLISE MULTIVARIADA

ADMISSIONS FOR PRIMARY CARE SENSITIVE CONDITIONS RESULTING FROM HYPERTENSION: A MULTIVARIATE ANALYSIS

LAS ADMISIONES POR ENFERMEDADES SENSIBLES A CUIDADOS PRIMARIOS RESULTANTES DE LA HIPERTENSIÓN: UN ANÁLISIS MULTIVARIADO

(Submetido à Revista: Cad. Saúde Pública em novembro de 2014)

Resumo

O objetivo deste estudo foi analisar as internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde, decorrentes da hipertensão arterial, correlacionando-as com o número de hipertensos estimados e acompanhados e com a cobertura da Estratégia Saúde da Família, em 78 municípios de Mato Grosso do Sul no período 2009 a 2012. Foi realizado um estudo ecológico, quantitativo, com análise estatística multivariada agrupando os municípios em quatro *clusters* a partir de cinco variáveis. Os *clusters* apresentaram proporção de cobertura de Estratégia Saúde Família e hipertensos acompanhados em relação ao número de estimado respectivamente: *cluster* 1 (97,2% e 49,8%); *cluster* 2 (54,0% e 31,8%); *cluster* 3 (75,8% e 43,9%) e *cluster* 4 (51,0% e 30%). O menor percentual de internações por condições cardiovasculares foi encontrado no *cluster* 1. O estudo constatou que há relação entre maior cobertura da Estratégia Saúde da Família com aumento de hipertensos cadastrados e acompanhados e menor número de internações, com distribuição não homogênea, por condições cardiovasculares sensíveis à Atenção Primária à Saúde.

Abstract

The aim of this study was to analyze admissions for conditions sensitive to primary care resulting from hypertension, correlating them with the estimated number of hypertensive and accompanied with family health coverage, in 78 counties of Mato Grosso do Sul in the period 2009-2012. An ecological, quantitative study was performed, with multivariate statistical analysis, grouping counties into four clusters based on five variables. The clusters presented a proportion of Family Health Strategy coverage and followed-up hypertensives in relation to

the number of estimated, respectively, Cluster 1 (97.2% and 49.8%); Cluster 2 (54.0% e 31.8%); Cluster 3 (75.8% and 43.9%); and Cluster 4 (51.0% and 30.0%). The lowest percentage of admissions for cardiovascular conditions was found in Cluster 1. The study found that there is a relationship between increased coverage of Family Health Strategy with recorded and followed-up hypertensives and a lower number of admissions, with non-homogeneous distribution, for cardiovascular conditions sensitive to primary care.

Resumen

El objetivo de este estudio fue analizar las hospitalizaciones por condiciones relacionadas a la atención primaria, procedentes de la hipertensión, la correlación con el número estimado de hipertensos y acompañado con la cobertura Estrategia Salud de la Familia en 78 municipalidades de Mato Grosso do Sul entre 2009 y 2012. Se realizó un estudio ecológico, cuantitativo, con análisis estadístico multivariado agrupando las municipalidades en cuatro *clusters* a partir de cinco variables. Los *clusters* presentaron proporción de cobertura de Estrategia Salud Familia e hipertensos acompañados en relación al número de estimado respectivamente: *cluster* 1 (97,2% y 49,8%); *cluster* 2 (54,0% y 31,8%); *cluster* 3 (75,8% y 43,9%) y *cluster* 4 (51,0% y 30%). El menor porcentual de hospitalizaciones por condiciones cardiovasculares fue encontrado en el *cluster* 1. El estudio constató que hay una relación entre la cobertura mayor de Estrategia Salud de la Familia con hipertensos registrados y acompañados y el menor número de hospitalizaciones, con distribución no homogénea, por condiciones cardiovasculares relacionadas a la atención primaria.

Descritores

Hipertensão, Hospitalização, Atenção Primária à Saúde, Análise Multivariada, Sistema Único de Saúde.

Descriptors

Hypertension, Hospitalization, Primary Health Care, Multivariate Analysis, Unified Health System.

Descriptores

Hipertensión, Hospitalización, Atención Primaria de Salud, Análisis Multivariante, Sistema Único de Salud.

Introdução

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um dos principais problemas de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo a mais frequente das doenças cardiovasculares e o principal fator de risco para as complicações mais comuns, como acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio. Esse problema decorre da dificuldade do diagnóstico precoce, tratamento e controle dos níveis pressóricos associados à necessidade de estabelecimento de intervenção educativa sistematizada e permanente junto aos profissionais da Atenção Básica para obtenção de melhores resultados[1,2].

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem um problema de saúde de grande magnitude, correspondendo a 72% das causas de mortes no Brasil. São responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando vultosos custos médicos e socioeconômicos[3]. Em 2006, do total de hospitalizações pelo Sistema Único de Saúde (SUS), 28,5% foram por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde (excluindo-se os partos). Dentre essas, 6,5% corresponderam a doenças cerebrovasculares e 5,2%, a hipertensão[4]. Das DCNT, as quatro com maior incidência são as cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas, responsáveis por 58% dos óbitos em 2007, sendo as cardiovasculares a principal delas. Em Mato Grosso do Sul essas doenças e seus fatores de risco foram responsáveis por 31,7% dos óbitos em 2008, superando o percentual nacional (28,78%) e o da região Centro-Oeste (29,48%)[3,5].

Considerando que as DCNT são relevantes na definição do perfil epidemiológico da população brasileira e possuem medidas eficientes de prevenção tanto da doença quanto de seus agravos, a Atenção Primária à Saúde tem papel primordial nas ações de controle das doenças cardiovasculares, em especial a hipertensão arterial. É comum que pessoas com pressão arterial elevada em países em desenvolvimento permaneçam sem diagnóstico e, portanto, sem oportunidade de tratamento, o que contribui significativamente para aumentar o risco de morte e invalidez por doença cardíaca e derrame[6]. No campo das políticas públicas no cenário brasileiro, a Atenção Primária à Saúde é utilizada como a principal estratégia para o controle das DCNT e da HAS, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços para informar e educar o paciente hipertenso dando-lhe suporte e acompanhamento[3].

A proporção de internações hospitalares consideradas evitáveis, a partir de uma assistência oportuna e adequada a Atenção Primária à Saúde, representa um importante marcador de resultado da qualidade dos cuidados de saúde nesse nível de atenção[7]. Desenvolvido no final

dos anos 1980 nos Estados Unidos, esse indicador tem sido utilizado para avaliar a acessibilidade e efetividade do cuidado primário. No Brasil, por meio de um trabalho desenvolvido pelo Ministério da Saúde, foi elaborada uma lista com as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), com finalidade semelhante, ou seja, capaz de analisar a qualidade e o acesso aos sistemas de saúde[4].

Para o Brasil e, em particular, Mato Grosso do Sul, que adotam a Estratégia Saúde da Família (ESF) para a organização dos serviços de saúde, há hipóteses que motivaram a pesquisa, entre elas, o percentual de ICSAP diminui quando a cobertura da ESF aumenta? É possível verificar redução de Internações por Condições Cardiovasculares Sensíveis à Atenção Primária (ICCSAP) nos municípios com maior número de hipertensos acompanhados?

Considerando a relevância do diagnóstico precoce, controle, tratamento e acompanhamento da HAS para a redução das internações cardiovasculares sensíveis a esse nível de atenção, o objetivo do presente estudo foi analisar as internações por causas sensíveis ao cuidado primário decorrentes da HAS, correlacionando-as com o número de hipertensos estimados e acompanhados e com a cobertura da ESF nos municípios de Mato Grosso do Sul no período de 2009 a 2012.

Método

Foi realizado um estudo ecológico, quantitativo, tendo como unidade de análise os 78 municípios de Mato Grosso do Sul, baseado em dados secundários referentes às ICSAP e ICCSAP no SUS, de 2009 a 2012 correlacionando com outras variáveis.

Fonte dos dados

Os dados de internação foram selecionados com base na *Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária*, por meio da Portaria n. 221, de 17 de abril de 2008, do Ministério da Saúde[8], que apresenta as condições agrupadas por causas de internações e diagnósticos, de acordo com a *10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças*. Para a seleção das ICCSAP foram selecionados os grupos 9, 10, 11 e 12, correspondendo aos CID: I10 – Hipertensão essencial, I11 – Doença cardíaca hipertensiva, I20 – Angina pectoris, I50 – Insuficiência cardíaca, J81 – Edema agudo de pulmão, I63 – Infarto cerebral, I64 – Acidente vascular cerebral, I65 – Oclusão e estenose de artérias pré-cerebrais, I66 – Oclusão e estenose

de artérias cerebrais, I67 – Outras doenças cerebrovasculares, I69 – Sequelas de doenças cerebrovasculares, G45 a G46 – Doenças cerebrovasculares.

A partir da seleção dos CID, foi construído um arquivo derivado dos dados tabulados por meio do aplicativo Tab para Windows (TabWin) – Versão 3.2, de 4 de maio de 2005, do Departamento de Informática do SUS, Ministério da Saúde. As informações foram geradas considerando o município de residência do paciente e não o local do tratamento e internação. Os partos foram excluídos do total de internações gerais[4], pois essa condição representa um desfecho natural da gestação, só afetam uma parte da população feminina e não representa uma patologia.

Os dados de cobertura da ESF foram obtidos do Departamento de Atenção Básica, obedecendo à estimativa da proporção de cobertura populacional das equipes da ESF em território definido[9].

O número de hipertensos estimados por município foi calculado a partir da prevalência de HAS de cada um, utilizando como referência o percentual indicado pelo VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico[10], que apontou para as 26 capitais brasileiras e Distrito Federal, por meio de entrevistas telefônicas em amostras probabilísticas da população adulta (indivíduos $\geq$ 18 anos de idade), a prevalência (%) de hipertensão autorreferida, que para Campo Grande, MS, em 2011 foi de 24,0%.

O número da população, nesta faixa etária, para cada município foi obtida do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística[11]. Os dados de hipertensos acompanhados foram extraídos do relatório do TABNET, média dos anos 2009 a 2012[12]. Neste relatório é denominado hipertenso acompanhado o número de pessoas com hipertensão arterial cadastrado que receberam pelo menos uma visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde no mês de referência. E denomina-se hipertensos cadastrados o número de pessoas com hipertensão arterial cadastrados[13].

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) utilizado foi o de 2010[14]. Esta variável foi incluída na análise com a finalidade de agregar as informações socioeconômicas e demográficas dos municípios do estado. O estudo não poderia desconsiderar este indicador para agrupar o conjunto dos municípios, pois é importante considerar a amplitude das desigualdades sociais e as condições econômicas e sociais que afetam a saúde influenciam diretamente as ICSAP[15].

Variáveis estudadas

As variáveis tiveram suas médias analisadas para o período de 2009 a 2012, sendo: a) ICCSAP em relação às internações gerais dos municípios; b) ICCSAP em relação às ICSAP dos municípios; c) hipertensos acompanhados em relação ao número de hipertensos estimado de cada município; d) IDH 2010 para que as condições socioeconômicas dos municípios fossem consideradas nos agrupamentos dos municípios e e) proporção de cobertura da ESF.

Análise dos dados

Com o objetivo de agrupar o conjunto de variáveis utilizou-se a análise estatística multivariada com a construção de *clusters* não hierárquicos (*K-means*) desenvolvida com o uso do *software* MiniTAB for Windows, versão 14.0. Após a padronização das variáveis visando fazer agrupamentos homogêneos, foi utilizado o método de distância euclidiana para evidenciar as dissimilaridades entre eles[16].

A análise em *clusters* possibilitou a divisão da população do estudo dos 78 municípios de Mato Grosso do Sul por similaridade em relação às variáveis adotadas, considerando a formação de agrupamentos com intervalos de 60% a 70% do nível de similaridade permitindo ampliar as diferenças entre os *clusters*, possibilitando a descrição do perfil dos municípios.

Para o conjunto das cinco variáveis, foram identificados três agrupamentos (número de *clusters*). Para a formação dos *clusters* não foram considerados os municípios de Campo Grande, Corumbá, Dourados e Três Lagoas por serem municípios com maior estrutura assistencial de média e alta complexidade (hospitalar); por possuírem população maior que 100.000 habitantes e por se constituírem como sedes das quatro regiões de saúde do Estado. Estes quatro municípios foram *outliers* no estudo e foram agrupados em um quarto *cluster*.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (Parecer 383.278/2013).

Resultados

Foram realizadas 522.963 hospitalizações pelo SUS em Mato Grosso do Sul de 2009 a 2012. Desse total de internações, 132.325 são ICSAP (25,3%), dentre as quais 32.989 são ICCSAP (24,9%), o que corresponde a 25% das internações sensíveis. O percentual de ICSAP e ICCSAP reduziram, respectivamente, 4,7% e 4,6% de 2009 a 2012, enquanto as internações gerais baixaram apenas 0,9% no mesmo período (Tabela 1).

Tabela 1

Frequência das internações no SUS: total de internações por Condições Gerais, por Condições Sensíveis à Atenção Primária e por Condições Cardiovasculares Sensíveis à Atenção Primária, em municípios de Mato Grosso do Sul, Brasil, 2009-2012

Internações	**Anos**				**Δ**
	2009	**2010**	**2011**	**2012**	
Total de internações	130.162	135.886	127.890	129.025	-0,9%
Total de ICSAP*	33.005	36.236	31.578	31.456	-4,7%
Total de ICCSAP**	8.311	8.860	7.889	7.929	-4,6%

Legenda: ICSAP, Internações por Condições Gerais, por Condições Sensíveis à Atenção Primária; ICCSAP, Internações por Condições Cardiovasculares Sensíveis à Atenção Primária.

Fonte: Os autores.

A implantação da ESF está associada a redução das ICSAP no Brasil e em seus estados, mesmo considerando os fatores que podem influenciar o risco de internação, como por exemplo os econômicos, sociais e acesso aos serviços de saúde. Os estados com maior cobertura de ESF tiveram uma redução nas ICSAP em torno de 5% durante cinco anos[17]. O percentual de redução das ICSAP, apresentado em quatro anos em Mato Grosso do Sul, vem ao encontro com resultados apresentados por esta pesquisa que avaliou o impacto do aumento da disponibilidade de cuidados na Atenção Primária à Saúde através da ESF.

A Tabela 2 apresenta os *clusters* com os resultados das variáveis. O *cluster* 1 apresentou melhor resultado na relação entre ICCSAP e internações gerais, onde 5,9% das internações gerais eram por ICCSAP, seguido do *cluster* 3 (6,5%), do *cluster* 2 (6,8%). O melhor desempenho na relação entre as variáveis ICCSAP e ICSAP foi o do *cluster* 3 (18,7%), seguido do *cluster* 1 (21,6%) e *cluster* 2 (24,5%).

O quarto *cluster* (municípios *outliers*) apresenta a maior frequência de ICCSAP ante as internações gerais (6,9%) e a mais alta frequência de ICCSAP em relação às ICSAP (35,0%), ou seja, mais de 1/3 das ICSAP nesse grupo ocorreram por ICCSAP (Tabela 2). Condição

semelhante aos resultados do *cluster* 4, *outliers* deste estudo foram relatados em pesquisa mexicana, onde destaca-se a baixa cobertura de Atenção Primária à Saúde em municípios sedes de regiões, com baixo impacto nas ICSAP. Revelando que as ICSAP são mais frequentes em regiões com maior estrutura hospitalar e com maior densidade populacional[18].

Tabela 2

Agrupamentos (*clusters*) dos municípios segundo as variáveis selecionadas

Variáveis	***Cluster***			
	1	**2**	**3**	**4***
Número de municípios	40	13	21	4
ICCSAP em relação às internações gerais	5,9%	6,8%	6,5%	6,9%
ICCSAP em relação às ICSAP**	21,6%	24,5%	18,7%	35,0%
Proporção de cobertura da Estratégia Saúde da Família	97,2%	54,0%	75,8%	51,0%
Hipertensos acompanhados em relação ao número de hipertensos estimados	49,8%	31,8%	43,9%	30,0%
Índice de Desenvolvimento Humano	0,68	0,69	0,66	0,74

**Clusters* arbitrários (Campo Grande, Corumbá, Dourados e Três Lagoas).

**Excluindo-se os partos.

Legenda: ICSAP, Internações por Condições Gerais, por Condições Sensíveis à Atenção Primária; ICCSAP, Internações por Condições Cardiovasculares Sensíveis à Atenção Primária.

Fonte: Os autores.

A variável que relaciona hipertensos acompanhados com número de hipertensos estimados apresentou maior percentual de hipertensos acompanhados (49,8%) no *cluster* 1, formado por 40 municípios, seguido do maior percentual de cobertura de ESF (97,2%). O *cluster* 3, com 21 municípios, apresentou 43,9% de hipertensos acompanhados e cobertura de ESF de (75,8%), seguido do *cluster* 2, com 13 municípios, apresentando 31,8% de hipertensos acompanhados e cobertura de ESF (54,0%). O *cluster* 4 apresentou o menor percentual de hipertensos acompanhados (30,0%) e menor cobertura de ESF (51,0%).

Os *clusters* 1, 2 e 3 apresentaram IDH médios de 0,68, 0,69 e 0,66, respectivamente. O *cluster* 4 apresentou IDH 0,74 considerado alto[14]. A variável IDH, garantiu ao agrupamento dos municípios deste estudo, considerar a similaridade das condições socioeconômicas. Condições estas, confirmado por pesquisa de base populacional, que afirmou que as diferenças socioeconômicas interferem nas condições de saúde das pessoas, onde aquelas com melhores condições possuem maior acesso as informações, entendem melhor sua condição clínica e aderem ao tratamento, portanto taxas mais altas de doenças cardiovasculares são frequentes

em grupos com nível socioeconômico menores[19]. Tanto que a baixa escolaridade está associada a maiores taxas de DCNT, em especial a HAS[20]. As evidências científicas reforçam a importância da inclusão desta variável, com único objetivo de agrupar os municípios considerando estas características, conferindo credibilidade ao estudo que considerou a interferência das três dimensões básicas do desenvolvimento humano: saúde, educação e renda nas ICSAP[14].

Discussão

A cobertura de ESF pode ser classificada como: alta cobertura > 70% (municípios ≤ 100.000 habitantes) e > 50% (municípios > 100.000 habitantes); média cobertura 25% a 70% (municípios ≤ 100.000 habitantes) e 25% a 50% (municípios ≥ 100.000 habitantes); e baixa cobertura < 25%[21]. Com base nesta classificação, Mato Grosso do Sul possui municípios com coberturas média e alta de ESF, sendo alta cobertura em todas as classes, exceto no *cluster* 2, com predominância de redução das ICSAP e ICCSAP, com percentuais variáveis, nos *clusters* onde há maior cobertura de ESF.

Estudo de abrangência nacional, que descreve a tendência de hospitalizações por condições sensíveis a Atenção Primária à Saúde entre 1998 e 2009, demonstra redução substancial destas internações no Brasil, correlacionando com a cobertura populacional de ESF que aumentou de 6,6% em 1998 para 50,7% em 2009[22]. Pesquisa realizada em Montes Claros, MG, demonstrou que o controle de saúde feito fora da ESF duplica a probabilidade de ICSAP[7]. Outros estudos corroboram com os resultados desta pesquisa, que apontam relação direta entre o aumento da cobertura da ESF e a redução das ICSAP[23,24].

Paradoxalmente, um estudo que analisou taxas de hospitalizações por condições cardiovasculares sensíveis a Atenção Primária à Saúde em municípios goianos de 2000 a 2008 demonstrou a sua redução nas cidades analisadas sem relação com a cobertura de ESF[25].

No entanto outros estudos apontam evidências que confirmam hipótese inicial de que maiores coberturas de ESF contribuem para a redução das ICSAP[15,23,24,26,27].

Este estudo confirmou a segunda hipótese, de que há relação entre a cobertura da ESF e o maior número de hipertensos cadastrados e acompanhados, em Mato Grosso do Sul. No entanto revelou um dado que chama a atenção, para o estado, que indica que mais da metade dos hipertensos estimados não são cadastrados e acompanhados, inclusive no *cluster* 1, que apresentou melhor resultado (49,8%). O número considerável de hipertensos estimados que não está ou não “aparece” no sistema de saúde, e pode ser responsável pela elevada

mortalidade; causa esta encontrada em Mato Grosso do Sul, e que supera a média nacional[5].

Resguardadas as diferenças metodológicas, foram encontrados estudos que avaliaram o cadastro e o acompanhamento de hipertensos na ESF, a exemplo da pesquisa que avaliou a média anual de cadastros de hipertensão e diabetes em relação ao seu acompanhamento pelas equipes de saúde da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, da Região do Vale do Rio Pardo, no Rio Grande do Sul, em 2003, apontando grande variabilidade no percentual do acompanhamento pelas equipes de saúde para a população hipertensa (50%-97%) nos diferentes municípios da regional[28]. Sendo que em Campo Grande, capital de Mato Grosso do Sul, um estudo apontou que apenas 59,7% dos indivíduos pesquisados sabiam que eram hipertensos e, das pessoas que apresentaram hipertensão, 57,3% fazem algum tratamento e dos que fazem tratamento regularmente, 60,5% apresentaram hipertensão[29].

Pesquisa realizada em município de São Paulo descreveu o perfil da população diabética e hipertensa e avaliou a assistência prestada a esta população coberta por ESF, confirmou o acompanhamento de 87,3% destes, resultado acima da média atribuído a cobertura pelas equipes de saúde neste município[30].

A situação mundial apresenta dados iguais ou melhores, ressalvando as características do sistema de saúde. No Canadá, os dados da qualidade de acompanhamento dos hipertensos são surpreendentes, onde 82% dos pacientes fazem o tratamento e 66% tem a hipertensão controlada[31]. Cuba, apontada como o segundo país com melhores resultados em relação ao diagnóstico, realiza o acompanhamento e controle da HAS, onde 78% são diagnosticados, 61% utilizam a medicação de forma regular e obtém controle da hipertensão para 40% dos doentes. Este percentual sobe para 65% quando os usuários tem acompanhamento regular na Atenção Primária à Saúde[32].

Vale ressaltar que este estudo possui algumas limitações como: possíveis falhas nos registros de dados secundários; registro inadequado de CID; limitação às internações ocorridas no SUS, o que corresponde, em média, a 70% das internações do país[26], possibilidade de contagens duplicadas; e não consideração de reinternações e transferências. É consenso, no entanto, que o Sistema de Informações Hospitalares do SUS tem consistência interna e confiabilidade[33,34].

Outra limitação do estudo diz respeito ao cadastro de hipertensos. Aspecto corroborado por pesquisa realizada em uma regional sanitária no nordeste brasileiro[35], que evidenciou irregularidades no preenchimento das fichas de cadastro e acompanhamento de hipertensos, com ausência de dados importantes dos usuários inseridos no Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e *Diabetes Mellitus* da Atenção Básica – Hiperdia.

Por outro lado, um estudo que avaliou a completude das informações do sistema Hiperdia, em

uma Unidade Básica identificou problemas em preenchimentos de dados obrigatórios e não obrigatórios e capacitação dos profissionais responsáveis pelo preenchimento das fichas[36]. Concluiu, porém, que a unidade estudada possui boa completude na maioria das variáveis analisadas.

Outro fator limitante é a utilização da variável hipertensos cadastrados no SUS, não identificando o percentual de hipertensos que utilizam a rede privada. E, por último, o percentual das ICCSAP não revela se os pacientes hospitalizados são aqueles cadastrados e acompanhados ou se fazem parte do percentual de indivíduos sem diagnóstico ou acompanhamento. Os dados apresentados captaram as médias percentuais das ICSAP e ICCSAP nos municípios do Estado.

Conclusão

A análise multivariada por *cluster* possibilitou uma análise mais fidedigna, pois agrupou os municípios por similaridade interna e heterogeneidade externa evidenciando, de acordo com as variáveis selecionadas, diferenças importantes nos sistemas de saúde locais, no que diz respeito à Atenção Primária à Saúde.

Os resultados da pesquisa apontaram que há relação entre maior cobertura da ESF e redução das ICSAP e das ICCSAP, ressaltando que essa redução não se deu de forma homogênea no Estado de Mato Grosso do Sul. Também confirmou a relação entre a cobertura da ESF e o maior percentual de hipertensos cadastrados e acompanhados.

A relevância do estudo está na apresentação dos dados de internações decorrentes da HAS, que evidenciaram possíveis fragilidades da assistência para esse agravo que precisam ser melhor estudadas. O baixo número de hipertensos cadastrados e acompanhados encontrados na pesquisa, a despeito das falhas no sistema de registro das informações, pode levar a duas hipóteses que merecem investigação: ou há uma estimativa de hipertensos superior aos doentes existentes, dado o baixo número de cadastrados e acompanhados em todo o Estado, ou há falhas importantes na identificação e captação desse grupo populacional pelo sistema de saúde. Ao se levar em consideração os indicadores de mortalidade no Estado por doenças cardiovasculares, com frequência superior a 30% do total de óbitos[5], é provável que a segunda hipótese seja comprovada por meio de outros estudos.

Pesquisas futuras que abordem a estrutura e o processo de trabalho dessas equipes precisam ser realizadas, para identificar os fatores que interferem no diagnóstico precoce e acompanhamento dos hipertensos. Isso contribuiria para a redução das ICCSAP e para a

melhoria da qualidade de vida da população.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ed. Ministério da Saúde (BR); 2006. 58 p.

2. Ministério da Saúde (BR). Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ed. Ministério da Saúde (BR); 2013. 128 p.

3. Ministério da Saúde (BR). Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritário. Brasília: Ed. Ministério da Saúde (BR); 2012. 34 p.

4. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). Cad Saude Publica 2009; 25(6):1337-49.

5. Ministério da Saúde (BR). Sistema nacional de vigilância em saúde: relatório de situação: Mato Grosso do Sul. 5. ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde (BR); 2011. 23 p.

6. World Health Organization. A global brief on hypertension: Silent killer, global public health crisis. Geneva: WHO Press; 2013. 40 p.

7. Fernandes VBL, Caldeira AP, Faria AA, Rodrigues Neto JF. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. Rev Saude Publica 2009; 43(6):928-36.

8. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 221, de 17 de abril de 2008. Lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. Diário Oficial da República Federativa do Brasil 2008; 18 abr.

9. Ministério da Saúde (BR) [Internet]. Histórico de cobertura da Saúde da Família [atualizado em 2014 set.; citado em 2013 jul. 18]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php

10. Ministério da Saúde (BR). Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ed. Ministério da Saúde (BR); 2012. 132 p.

11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Municípios – Mato Grosso do Sul – resultados do universo do Censo Demográfico 2010 [citado em 2013 ago. 20]. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Resultados_do_Universo/xls/Municipios/mato_grosso_do_sul.zip

12. Ministério da Saúde (BR) [Internet]. Sistema de Informação de Atenção Básica – Situação de Saúde – Mato Grosso do Sul [citado em 2013 ago. 2]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSms.def

13. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Informação da Atenção Básica Situação de Saúde

– desde 1998 – notas técnicas [citado em 2013 ago. 2]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/siab/At_bas_sit_saud_desde_1998.pdf

14. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Fundação João Pinheiro [Internet]. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013 [citado em 2013 ago. 2]. Disponível em: atlasbrasil.org.br/2013/ranking

15. Elias E, Magajewski F. A atenção primária à saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. Rev Bras Epidemiol. 2008; 11(4):633-47.

16. Mingoti SA. Análise de dados através de métodos de estatística multivariada: uma abordagem aplicada. Belo Horizonte: Ed. UFMG; 2005. 297 p.

17. Dourado I, Oliveira VB, Aquino R, Bonolo P, Lima-Costa MF, Medina MG, et al. Trends in primary health care-sensitive conditions in Brazil: The role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil). Med Care. 2011; 49(6):765-72.

18. Rodríguez Abrego G, Zurita Garza BR, Ramírez Sánchez T, Herrera Rojas JJ. Serie sobre hospitalizaciones evitables y fortalecimiento de la atención primaria en salud: El caso de México. Washington, D.C: BID Press; 2012.

19. Cipullo JP, Martin JF, Ciorlia LA, Godoy MR, Cação JC, Loureiro AA, et al. Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira. Arq Bras Cardiol. 2010; 94(4):519-26.

20. Nascente FM, Jardim PC, Peixoto MR, Monego ET, Moreira HG, Vitorino PV, et al. Hipertensão arterial e sua correlação com alguns fatores de risco em cidade brasileira de pequeno porte. Arq Bras Cardiol. 2010; 95(4):502-8.

21. Mendes EV. Atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002. 92 p.

22. Boing AF, Vicenzi RB, Magajewski F, Boing AC, Pires-Moretti RO, Peres KG, et al. Redução das internações sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. Rev Saúde Pública 2012; 46(2):359-66.

23. Torres RL, Rehem TCMSB, Egry EY, Ciosak SI. O panorama das internações por condições sensíveis à atenção primária em um distrito de São Paulo. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(Esp 2):1661-6.

24. Dias-da-Costa JS, Büttenbender DC, Hoefel AL, Souza LL. Hospitalizações por Condições Sensíveis à Atenção Primária nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saude Publica 2010; 26(2):358-64.

25. Batista SRR, Jardim PCBV, Sousa ALL, Salgado CM. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em municípios goianos. Rev Saude Publica 2012; 46(1):34-2.

26. Nedel FB, Fachini LA, Martín-Mateo M, Vieira LAS, Thumé E. Programa de Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). Rev Saúde Pública 2008; 42(6):1041-52.

27. Campos AZ, Theme-Filha MM. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. Cad Saude Publica 2012; 28(5):845-55.

28. Malfatti CRM, Assunção NA. Hipertensão Arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. Cien Saude Colet. 2011; 16(Supl 1):1383-8.

29. Souza ARA, Costa A, Nakamura D, Mocheti LN, Stevanato Filho PR, Ovando LA. Um estudo sobre hipertensão arterial sistêmica na cidade de Campo Grande, MS. Arq Bras Cardiol 2007; 88(4):441-6.

30. Paiva DCP, Bersusa AAS, Escuder MML. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. Cad Saude Publica 2006; 22(2):337-85.

31. Campbell NRC, McAlister FA, Brant R, Levine M, Drouin D, Feldman R, et al. Temporal trends in antihypertensive drug prescriptions in Canada before and after introduction of the Canadian Hypertension Education Program. J Hypertens. 2003; 21(8):1591-7.

32. Orduñez-Garcia P, Munoz JL, Pedraza D, Espinosa-Brito A, Silva LC, Cooper RS. Success in control of hypertension in a low-resource setting: the Cuban experience. J Hypertens. 2006; 24(5):845-9.

33. Bittencourt AS, Camacho LAB, Leal MC. O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. Cad Saude Publica. 2006; 22(1):19-30.

34. Coeli CM, Pinheiro RS, Carvalho MS. Nem melhor, nem pior, apenas diferente. Cad Saude Publica. 2014; 30(7):1363-5.

35. Santos JC, Moreira TMM. Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. Rev Esc Enferm USP. 2012; 46(5):1125-32.

36. Zillmer JGV, Schwartz E, Muniz RM, Lima LM. Avaliação da completude das informações do Hiperdia em uma unidade básica do sul do Brasil. Rev Gaucha Enferm. 2010; 31(2):240-6.

5.2 ARTIGO 2

RELAÇÃO ENTRE PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR HIPERTENSÃO ARTERIAL

RELATIONSHIP BETWEEN WORK PROCESS THE STRATEGY TEAMS OF HEALTH AND FAMILY HOSPITALIZATION HOSPITAL IN HYPERTENSION

RESUMO

Este artigo tem como objetivo identificar os componentes do processo de trabalho que produzem diferenças nos resultados dos municípios com maiores e menores proporções de Internações por Condições Cardiovasculares Sensíveis à Atenção Primária em Mato Grosso do Sul. É um estudo transversal e descritivo realizado com a aplicação de um questionário aos profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família de oito municípios, sendo quatro com as maiores taxas de Internações por Condições Cardiovasculares Sensíveis à Atenção Primária e quatro com as menores taxas, no período de janeiro a junho de 2014. A amostra foi composta por 45 profissionais que responderam ao questionário elaborado com base na *VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão* (2010). A análise dos resultados foi feita com estatística descritiva e as diferenças entre eles foram evidenciadas por meio dos testes Qui-Quadrado e Teste Exato de Fisher, com 95% de confiabilidade. Os municípios com melhores resultados apresentaram equipes completas (p=0,017), menor rotatividade (p=0,046), protocolos implantados (p=0,031), com oferta de educação permanente (p=0,05). As equipes são completas, com educação permanente e adoção de protocolos, somado à regularidade na oferta de exames e medicamentos, contribuem para a redução de internações por hipertensão arterial.

Palavras-chave: Hipertensão; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Avaliação de Processos.

ABSTRACT

To identify the components of the work process that produce differences in the results of the municipalities with the highest and lowest ratio of Admissions for Cardiovascular Conditions Sensitive to Primary Health Care in Mato Grosso do Sul. A cross-sectional descriptive study based on a questionnaire addressed to the Family Health Strategy teams in eight counties, the four highest and the four lowest rates of Admissions for Cardiovascular Conditions Sensitive to Primary Health Care in the period January to June 2014. The sample consisted of 45 professionals who filled in the questionnaire based on the *VI Brazilian Guidelines on Hypertension* (2010). The results were analyzed using descriptive statistics and the

differences between them were found using the chi-square and Fisher's exact tests, with 95% reliability. The counties with the best results presented complete teams (p=0.017), lower turnover (p=0.046), deployed protocols (p=0.031), and offer of continuing education (p=0.05). Complete teams, with ongoing education and adoption of protocols, together with the regular supply of drugs and tests, contribute to the reduction of hospitalizations for hypertension.

Keywords: Hypertension; Primary Health Care; Family Health Strategy; Process Assessment.

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Apresenta alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerado um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de Saúde Pública no Brasil e no mundo (Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2010; World Health Organization, 2013). O aumento das doenças crônicas, o alto custo hospitalar associado aos danos permanentes provocados por tais doenças, suscitou a necessidade de estabelecer serviços de saúde capazes de acompanhar os pacientes longitudinalmente, reduzindo os danos das doenças crônicas já instaladas e trabalhar com a prevenção e/ou adiamento da instalação das mesmas nas populações (Conill, Fausto e Giovanella, 2010; Cunha e Giovanella, 2011).

O desafio de novas abordagens de Atenção à Saúde, em que, o paciente com agravo crônico se mantém dentro do Sistema de Saúde, diferentemente das condições agudas, levou a implantação do Programa de Saúde da Família, criado no Brasil em 1994 e posteriormente transformado em estratégia, denominada Estratégia Saúde da Família (ESF) como proposta de reorganizar a Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). Têm como pressupostos a assistência integral, em substituição ao atendimento biomédico e fragmentado baseada no vínculo entre equipe e população (Reis et al., 2007), favorecendo uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial resolutivo e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade, conforme estabelece a Portaria n. 2.488 (BRASIL, 2011).

A assistência a HAS não é exclusividade da atenção primária à saúde, mas as melhores oportunidades de atuação acontecem neste nível de atenção, pois oferece ações integradas de

prevenção e tratamento. É na atenção primária, através da ESF, que ocorre ações de caráter comunitário e de manutenção do tratamento e assistência para a reabilitação promovendo prevenção e redução dos danos (Organização Pan-Americana da Saúde, 2010; Girotto et al., 2013). Se apreendida em sua totalidade, a concepção da ESF parte do entendimento de que todas as formas de adoecimento, situações graves, crônicas, agudas, transmissíveis ou não, se dão nos domicílios sendo as instituições de internação, diagnóstico e tratamento, pontos de atendimento dos quais o paciente entra e sai, sendo sua permanência no domicílio.

A proporção de internações hospitalares consideradas evitáveis, a partir de uma assistência oportuna e adequada a Atenção Primária representa um importante marcador de resultado da qualidade dos cuidados de saúde nesse nível de atenção e, a exemplo da HAS, deve ter como consequência a redução das internações hospitalares decorrentes destes problemas (Alfradique et al., 2009; Fernandes et al.; 2009).

A ESF agrega uma equipe mínima de profissionais, contemplando um médico, um enfermeiro, dois técnicos/auxiliares de enfermagem, de quatro a doze agentes comunitários de saúde, podendo incorporar o odontólogo e um profissional de saúde bucal dentre outros profissionais e atua a partir dos fundamentos e diretrizes: trabalho em equipe, território e clientela adstrito, acesso universal, estabelecimento de vínculos e responsabilização, coordenação da integralidade, e a família como foco da atenção (BRASIL, 2011).

Na ESF, os processos de trabalho se organizam sendo importante considerar a interdisciplinaridade, o vínculo com usuário e comunidade e a responsabilidade pelo cidadão como habilidades e competências necessárias (Organização Pan-Americana da Saúde, 2010).

O processo de trabalho em saúde é instituído para intervir em situações a serem transformadas utilizando meios de produção que reúnem ferramentas, tecnologias e conhecimento (Faria et al., 2009). Cabe aos profissionais definir as melhores abordagens e ferramentas disponíveis para cada situação.

Neste contexto, o conceito de processo de trabalho em saúde, diz respeito ao cotidiano do trabalho em saúde na produção e consumo de serviços de saúde (Peduzzi e Schraiber, 2009). É uma ação com intencionalidade na qual é relevante o uso que se faz dos recursos disponíveis e por isso envolve aspectos subjetivos, como valores e crenças dos profissionais (Oliveira et al., 2006; Furtado et al., 2010).

Merhy et al. (2006) reforçam que o trabalho em saúde não pode ser entendido apenas nos equipamentos e saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas se configuram em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados.

Este estudo surgiu da necessidade de compreender por que, mesmo havendo protocolos e diretrizes para o atendimento ao hipertenso na Atenção Primária, há diferenças nos resultados para a doença, no que diz respeito às Internações por Condições Sensíveis ao Cuidado Primário (ICSAP), nos diferentes municípios do Mato Grosso do Sul. O estudo teve por objetivo identificar os componentes do processo de trabalho que podem produzir diferenças nos resultados dos municípios com maiores e menores proporções de Internações por Condições Cardiovasculares Sensíveis à Atenção Primária à Atenção Primária (ICCSAP) em Mato Grosso do Sul.

MÉTODO

Foi realizado um estudo transversal em Mato Grosso do Sul no período de janeiro a junho de 2014. Desenvolvido inicialmente com o levantamento e sistematização das informações dos bancos de dados existentes sobre ICSAP e ICCSAP dos municípios do Estado.

Os dados de internação hospitalar foram selecionados com base na *Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária*, por meio da Portaria n. 221, de 17 de abril de 2008, do Ministério da Saúde, onde estas condições estão agrupadas por causas de internações e diagnósticos, de acordo com a *10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças* (Brasil, 2008). Para a seleção das ICCSAP foram selecionados os grupos 9, 10, 11 e 12, correspondendo aos CID: I10 – Hipertensão essencial, I11 – Doença cardíaca hipertensiva, I20 – Angina pectoris, I50 – Insuficiência cardíaca, J81 – Edema agudo de pulmão, I63 – Infarto cerebral, I64 – Acidente vascular cerebral, I65 – Oclusão e estenose de artérias pré-cerebrais, I66 – Oclusão e estenose de artérias cerebrais, I67 – Outras doenças cerebrovasculares, I69 – Sequelas de doenças cerebrovasculares, G45 a G46 – Doenças cerebrovasculares.

A partir da seleção dos CID, foi construído um arquivo derivado dos dados tabulados por meio do aplicativo Tab para Windows (TabWin) – Versão 3.2, de 4 de maio de 2005, do Departamento de Informática do SUS, Ministério da Saúde. As informações foram geradas considerando o município de residência do paciente e não o local do tratamento e internação. Os partos foram excluídos do total de internações gerais, pois essa condição representa um desfecho natural da gestação, só afetam uma parte da população feminina e não representa uma patologia (Alfradique et al., 2009). Os resultados permitiram uma classificação dos 78 municípios de Mato Grosso do Sul quanto à proporção de ICSAP, decorrentes da hipertensão arterial.

Após a classificação foram selecionados os quatro municípios com menor número de ICCSAP e os quatro com maior número. Foi solicitado autorização dos gestores municipais para realização da pesquisa. Os profissionais de nível universitário dos oito municípios selecionados foram convidados a participar da segunda fase da pesquisa que consistiu na aplicação de um questionário.

Os critérios de inclusão compreenderam: profissionais médicos, enfermeiros e dentistas que atuavam nas ESF dos municípios selecionados e que concordassem em participar do estudo.

Para a coleta de dados foi desenvolvido um questionário semiestruturado com 14 questões abertas e 93 questões fechadas, adaptado pelas pesquisadoras tendo como orientação para a sua elaboração a *VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão*, da Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia (2010). O instrumento de coleta de dados intitulado *Questionário de Análise do Processo de Trabalho para Hipertensão Arterial na Atenção Primária nos Municípios de Mato Grosso do Sul* constituiu-se de uma primeira parte com informações pessoais dos pesquisados, com a finalidade de traçar o perfil dos trabalhadores das equipes de ESF. Também foram elaboradas questões acerca da estrutura física, modo de trabalho da equipe, o uso/adoção de protocolo pelas equipes, a participação em atividades de educação permanente e de formação continuada destes profissionais.

A segunda parte foi composta por perguntas que abordavam seis componentes das recomendações da *VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensã*o e, do Ministério da Saúde, através dos Cadernos de Atenção Básica n. 37, *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial*: 1 – Prevenção Primária, 2 – Diagnóstico e classificação, 3 – Avaliação clínica, laboratorial e estratificação de risco, 4 – Decisão terapêutica, 5 – Tratamento não-medicamentoso e abordagem multiprofissional e 6 – Tratamento medicamentoso (Brasil, 2013. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2010).

O envio dos questionários aos municípios selecionados foi realizado por correio, acompanhado de nota explicativa e duas cópias do Termo de Consentimento Livre Esclarecido após a apresentação do estudo em reunião da Comissão Intergestores Bipartite.

Foi realizado contato telefônico prévio com os responsáveis pelas equipes de ESF para comunicar o envio do instrumento de coleta de dados. Foram enviados 66 questionários e retornaram 45 questionários respondidos (68,18%).

Análise dos dados

Após a descrição do perfil dos profissionais, as respostas foram analisadas estatisticamente por meio de frequências. O questionário foi desenvolvido na mesma sequência da apresentação da *VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensã*o (2010), portanto as questões foram agrupadas na ordem conforme apresentado no Quadro 1:

Quadro 1

Ordem de agrupamento das questões do questionário aplicado	
Parte 1 – Análise do processo de trabalho	
Componente	**Abordagem**
Caracterização dos profissionais	– Nome, sexo, nível de instrução, tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família.
Estrutura	– Se a Unidade de atuação da equipe possui os ambientes adequados para o desenvolvimento dos atendimentos e ações, tais como: consultórios, sala de espera, sala de reuniões.
	– Se possuem equipamentos mínimos necessários, Internet, linha telefônica, prontuário eletrônico ou não.
	– Se possuem disponibilização de carro para visita, se a equipe esta completa, rotatividade dos profissionais, outros.
Protocolo	– Há protocolo para Hipertensão Arterial Sistêmica implantado.
	– Qual protocolo município adota, quais estratégias são utilizadas pelo município para implantação deste.
Educação permanente	– É ofertado atividades de educação permanente para Hipertensão Arterial Sistêmica.
	– Quem realiza estas atividades de educação permanente.
	– Quais incentivos o município oferece para a formação dos profissionais.
Gestão	– A equipe planeja as ações.
	– Avaliam os resultados.
	– Planejam a continuidade das ações ou definem novas estratégias.
	– Qual periodicidade avaliam os resultados.
	– Existe apoio técnico a equipe ou aos profissionais da equipe.
Referência e contrarreferência	– Possui central de regulação de consultas e exames. Como é operada a central de regulação.
	– Como o paciente caminha na rede (acesso as consultas e exames especializados, referência e contrarreferência).
	– A unidade registra e monitora as solicitações de consultas e exames para outros níveis de atenção.
Parte 2 – Componentes da *VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão*	
1 – Prevenção primária	– Realização de ações de promoção e prevenção para: redução do peso e controle da obesidade, estímulo a alimentação saudável, consumo controlado de álcool, sódio, ingestão de K, combate ao sedentarismo e tabagismo.
	– Ações para mudança do estilo de vida.

Componente	Abordagem
2 – Diagnóstico e classificação	– Unidade possui equipamentos necessários para medida da pressão arterial.
	– Se possuem manguitos adequados para diferentes circunferência de braços (criança, adulto, obeso).
	– Manutenção dos aparelhos.
	– Procedimentos e processo de trabalho da equipe para rastreamento da Hipertensão Arterial Sistêmica e seu seguimento.
3 – Avaliação clínica, laboratorial e estratificação de risco	– Identificam os fatores de risco para doenças cardiovasculares.
	– Realizam estratificação de risco cardiovascular.
	– Solicitam investigação laboratorial básica indicada para todos hipertensos.
	– Se realizam avaliação complementar para hipertenso com exames recomendados a população indicada.
	– Se estes exames estão disponíveis na rede básica.
	– Exames complementares necessários para o acompanhamento do Hipertenso estão disponíveis, mesmo que em município de referência.
4 – Decisão terapêutica	– Abordagem terapêutica – quais a equipe utiliza.
	– Acompanhamento do hipertenso.
5 – Tratamento não-medicamentoso e abordagem multiprofissional	– Tratamento não-medicamentoso: abordagem para mudança comportamental (controle peso, reeducação alimentar, redução consumo do sal, recomendação de atividade física, cessação tabagismo, ingestão álcool, outros). Como a equipe faz este acompanhamento.
	– Abordagem multiprofissional: quais profissionais realizam atendimento e/ou consulta ao hipertenso.
	– Como é realizado o acompanhamento das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica.
	– Processo de trabalho em equipe.
6 – Tratamento medicamentoso	– Utilizam alguma referência para indicação do tratamento medicamentoso
	– Fármacos anti-hipertensivos estão disponíveis na rede básica.
	– Se estavam disponíveis com regularidade ou de forma irregular.
	– Há medicação de urgência disponível pra crises hipertensivas
	– Referência definida para urgência e emergência hipertensiva.

Fonte: Os autores.

Os questionários foram analisados observando as condições de trabalho, número e qualificação dos profissionais para o manejo da hipertensão arterial e o modo como prestam a assistência aos pacientes (processos de trabalho).

Para analisar as diferenças significativas entre os dois grupos, além de técnicas descritivas, foram utilizados os testes Qui-quadrado (χ^2) e Teste Exato de Fisher, com 95% de confiabilidade.

Aspectos éticos

Participaram profissionais que após abordagem inicial com explicações acerca do objetivo da pesquisa, manifestaram voluntariamente o desejo de participar deste estudo, sendo-lhes entregue uma cópia do Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Os municípios selecionados foram preservados por comporem um estudo que analisa diferenças entre pior e melhor desempenho no que diz respeito às ICCSAP. O protocolo desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (Parecer 383.278/2013), com restrição a divulgação dos nomes dos municípios.

RESULTADOS

Os oito municípios selecionados são de pequeno porte em Mato Grosso do Sul, onde o maior possui 17.567 habitantes e o menor 2.937 habitantes. Os quatro municípios com menor proporção de ICCSAP tem uma cobertura média de 84,6% de ESF, do total de ICSAP, 5,1% a 9% destas correspondem a ICCSAP. Já os quatro municípios com maior número de ICCSAP, possuem uma cobertura média de ESF de 99,5% e a proporção de ICCSAP varia entre 47,6% a 55% do total de ICSAP.

Perfil dos trabalhadores

Responderam ao questionário de pesquisa 83,3% das equipes dos municípios classificados com o melhor resultado e 70,0% das equipes dos municípios com piores resultados. A amostra foi constituída de 45 profissionais, sendo 16 médicos, 17 enfermeiros e 12 odontólogos. Seis médicos, dez dentistas e cinco enfermeiros recusaram-se a preencher o questionário (Tabela 1).

Os profissionais possuem em média 44 meses (com desvio padrão de 45 meses) de experiência em ESF, 68,9% dos respondentes são do sexo feminino e 31,1% do sexo masculino. Dos entrevistados 46,7% possuem apenas graduação, 51,1% possuem especialização e 2,2% mestrado (Tabela 1). Dos que possuem especialização em Atenção Básica ou Saúde da Família 24,1% dos profissionais trabalham nos municípios classificados com o melhor resultado e 25,0% nos classificados com piores resultados.

Tabela 1

Caracterização dos trabalhadores que responderam a pesquisa e integram as equipes da Estratégia Saúde da Família dos municípios com menores e maiores percentuais de Internações por condições cardiovasculares Sensíveis à Atenção Primária, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2014

Variável		**n=45**	**%**
Sexo	Feminino	31	68,9
	Masculino	14	31,1
Formação/profissão	Dentista	12	26,7
	Enfermeiro	17	37,8
	Médico	16	35,6
Instrução	Graduação	21	46,7
	Especialização	23	51,1
	Mestrado	1	2,2

Fonte: Os autores.

As diferenças encontradas entre os municípios com maiores e menores proporções de ICCSAP podem ser visualizadas na Tabela 2.

Tabela 2

Componentes avaliados e questões correspondentes, para os municípios com menores e maiores percentuais de Internações por Condições Cardiovasculares Sensíveis à Atenção Primária, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2014

Componentes*/questão	**Resposta**	**Municípios com menores ICCSAP**		**Municípios com maiores ICCSAP**		**Valor de p****
		n	**%**	**n**	**%**	
Estrutura:						
– A unidade de saúde dispõe de equipamentos de informática	Sim	29	100,0	12	75,0	0,012
	Não/NSI	0	0	4	25,0	
Recursos humanos:						
– A Equipe esta completa	Sim	27	93,1	10	62,5	0,017
	Não/NSI	2	6,9	6	37,5	
– Ocorre a rotatividade de profissionais	Sim	6	20,7	8	50,0	0,046
	Não/NSI	23	79,3	8	50,0	
Seguimento do protocolo:						
– Protocolo para hipertensão implantado	Sim	15	51,7	3	19,0	0,031
	Não/NSI	14	48,3	13	81,0	
Educação permanente:						
– Oferta de educação permanente pelo município	Sim	23	79,3	6	37,5	0,005
	Não/NSI	6	20,7	10	62,5	
Apoio da gestão municipal:						
– Disponibilização da relação de medicamentos para tratamento da hipertensão	Sim	25	86,2	9	56,3	0,032
	Não/NSI	4	13,8	7	43,8	
– Definição de funções e atribuições de cada profissional da equipe	Sim	19	65,5	5	31,3	0,027
	Não/NSI	10	34,5	11	68,8	

*Componentes referente a análise do processo de trabalho das equipes.

**Testes Qui-Quadrado (χ^2) e Teste Exato de Fisher, com 95% de confiabilidade.

Legenda: NSI, Não sabe informar; ICCSAP, Internações por Condições Cardiovasculares Sensíveis à Atenção Primária.

Fonte: Os autores.

Estrutura

Dentre os itens avaliados na estrutura como disponibilização de equipamentos, internet, consultórios, carro para visita domiciliar, sala de reuniões, foi identificado que a disponibilização de equipamentos de informática para as equipes dos municípios com menor proporção de internações é maior em relação aos municípios que mais internam (p=0,012).

Os municípios com os melhores resultados, ou seja, com menor proporção de ICCSAP possuem maior número de equipes completas com diferença estatisticamente significativa (p=0,017) em relação aos que possuem os piores resultados. Resultado semelhante foi verificado na questão rotatividade de profissionais, onde os municípios melhor classificados possuem menor rotatividade (p=0,046).

Seguimento de protocolo

Com relação a ter protocolo para HAS implantado, nos municípios que mais internam por ICCSAP verificou-se que há menor implantação de protocolos em relação aos municípios com menor proporção de internação (p=0,031).

Educação permanente

Os municípios melhor classificados ofertam maior percentual de atividades de educação permanente aos profissionais em relação aos classificados como “piores” (p=0,005).

Tabela 3

Componentes avaliados e questões correspondentes, para os municípios com menores e maiores percentuais de Internações por Condições Cardiovasculares Sensíveis à Atenção Primária, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2014

Componentes* / questão	Resposta	Municípios com menores ICCSAP		Municípios com maiores ICCSAP		Valor de p**
		n	%	n	%	
2 – Diagnóstico e classificação:						
– Uso de estetoscópio na verificação da pressão arterial	Sim	22	75, 9	16	100,0	0,04
	Não/NSI	7	24,1	0	0	
6 – Tratamento medicamentoso:						
– Disponibilidade de equipamentos e medicamentos para atendimento de crises hipertensivas	Sim	10	34,5	11	68,8	0,027
	Não/NSI	19	65,5	5	31,3	
– Definição no município de serviços de pronto atendimento (urgência e emergência) para as equipes de saúde	Sim	15	51,7	14	87,5	0,016
	Não/NSI	14	48,3	2	12,5	
– Fármacos anti-hipertensivos disponíveis na rede básica – Cloridrato de Verapamil	Sim	10	34,5	1	6,3	0,034
	Não/NSI	19	65,5	15	93,8	
3 – Avaliação clínica, laboratorial e estratificação de risco:						
– Exames mínimos que contemplam a investigação básica para todos hipertensos – Fundoscopia	Sim	7	24,1	0	0	0,034
	Não/NSI	22	75,9	16	100,0	
– Exames para avaliação complementar recomendados para população indicada – Ecocardiograma	Sim	23	79,3	7	43,8	0,015
	Não/NSI	6	20,7	9	56,3	
– Exames para avaliação complementar recomendados para população indicada – Microalbuminúria	Sim	18	62,1	2	12,5	0,001
	Não/NSI	11	37,9	14	87,5	
– Exames para avaliação complementar recomendados para população indicada – Teste Ergométrico	Sim	14	48,3	2	12,5	0,016
	Não/NSI	15	51,7	14	87,5	

*Componentes referentes aos seis grupos avaliados com base na *VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.*

**Testes Qui-Quadrado (χ^2) e Teste Exato de Fisher, com 95% de confiabilidade.

Legenda: NSI, Não sabe informar; ICCSAP, Internações por Condições Cardiovasculares Sensíveis à Atenção Primária.

Fonte: Os autores.

Componente 1 – Prevenção Primária

Não foram encontradas diferenças significativas entre os municípios com melhores e piores taxas de ICSAP nas sete questões que abordaram ações de promoção e prevenção Primária não houve diferenças significativas entre os municípios. Para desenvolvimento de atividades educativas (p=0,41), ações de promoção e prevenção com hipertensos acompanhados (p=0,097), disponibilização de materiais e insumos para realização de atividades educativas e ações educativas (p=0,4), atividades de estímulo a alimentação saudável (p=0,64), ações para mudança estilo de vida (p=0,19), se as equipes possuem grupo de hipertensos (p=0,097) e se as equipes incentivam o autocuidado apoiado (p=0,29).

Componente 2 – Diagnóstico e Classificação

Na Tabela 3 verifica-se que os municípios com os piores resultados utilizam o estetoscópio na verificação da pressão arterial com mais frequência (p=0,04) que os municípios com melhores resultados.

Exceto pelo uso de estetoscópio para a verificação da pressão arterial (p=0,04) mais frequentemente pelas equipes dos municípios que mais internam por ICCSAP, as demais questões avaliadas neste componente, não tiveram diferenças estatisticamente significativas para o procedimento de medida de pressão arterial em todos os indivíduos da demanda diária (p=0,51), disponibilização de manguitos de diferentes tamanhos (p=0,33), se os aparelhos são calibrados (p=0,30). Quanto a verificação de peso altura circunferência abdominal dos indivíduos da demanda diária (p=0,59) e somente para hipertensos (p=0,59). Realização de ações de rastreamento para hipertensão em indivíduos da área (p=0,18).

Componente 3 – Avaliação clínica, laboratorial e estratificação de risco

Não houve diferenças estatisticamente significativas entre as equipes, em quatro das

seis questões que abordaram Avaliação clínica, laboratorial e estratificação de risco (Tabela 3). Quando questionado se as equipes realizavam estratificação de risco cardiovascular dos indivíduos hipertensos (p=0,43); se realizam a estratificação do risco individual dos pacientes em função do Escore de Framinghan (p=0,09) e se solicitam exames mínimos estabelecidos para acompanhamento (p=0,57).

Quanto aos exames mínimos estabelecidos pelas *VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão*, como a investigação laboratorial básica indicada para todos os hipertensos, os nove exames que devem estar disponíveis na rede básica do SUS, os municípios com maior número de ICCSAP não disponibilizam o exame de Fundoscopia (p=0,034).

Quanto aos exames para avaliação complementar para o hipertenso, exames recomendados para população indicada, que devem estar disponíveis no município ou pactuado com município de referência, dos seis exames indicados, os municípios com maior número de internações por ICCSAP não disponibilizam os de Ecocardiograma (p=0,015), Microalbuminúria (p=0,001) e Teste Ergométrico (p=0,016).

Componente 4 – Decisão terapêutica

Nas três questões que abordaram decisão terapêutica não houve diferenças significativas entre as equipes. Perguntado quais abordagens terapêuticas para hipertensão arterial a equipe utiliza 48,8% responderam que recomendam tratamento baseado em modificações de estilo de vida (perda de peso, incentivo a atividade física, alimentação saudável) e tratamento medicamentoso e 48,8% não sabiam informar. As piores 62,5% tratamento medicamentoso e 18,8% não sabiam informar.

Repetem a medicação de hipertensos controlados e sem intercorrências (p=0,91), e qual periodicidade 48,3% dos melhores e 50% dos piores não sabiam informar, sendo que 27,6% mensalmente e 17,2% trimestralmente para os melhores e 21,4% e 28,6% respectivamente para os piores.

Componente 5 – Tratamento não-medicamentoso e abordagem multiprofissional

Nas quatorze questões não houve diferenças estatísticas significativas entre os melhores e piores municípios. As equipes realizam atividades para o estímulo a alimentação saudável (p=0,64), possuem controle dos hipertensos cadastrados (p=0,64) e conhecem o número de hipertensos de sua área (p=0,30). O cronograma de atividades é definido em equipe (p=0,21), realizam reunião de equipe (p=0,35). O trabalho em equipe é planejado em 75,9% nos municípios com menores taxas de ICSAP e 81,3% nos municípios com maiores taxas. A visita domiciliar é uma atividade sistemática e permanente de todos os membros da equipe. A consulta ao hipertenso é feita por médicos e enfermeiros, sendo 58,6% nos municípios com melhor desempenho e 68,8% nos de pior desempenho.

Componente 6 – Tratamento medicamentoso

Nas sete questões foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre os melhores e piores municípios. Em caso de urgências hipertensivas, as equipes “piores” possuem maior percentual de equipamentos e medicamentos indicados (p=0,027), e há também maior definição de serviços de urgência e emergência de referência para as “piores” em relação as “melhores” (p=0,016) (Tabela 3).

Quanto a lista de dezesseis fármacos anti-hipertensivos recomendados, que devem estar disponíveis na rede básica do SUS nos municípios, quinze não apresentam diferenças estatísticas significativas entre os melhores e piores municípios. Apenas para o medicamento Cloridrato de Verapamil os municípios com piores resultados não o tinham disponível (p=0,034).

Questionados se utilizam algum protocolo e/ou diretriz clínica para tratamento medicamentoso não houve diferença entre os municípios estudados (p=0,186).

DISCUSSÃO

Os resultados evidenciados possibilitaram identificar uma série de fragilidades na atenção ao hipertenso. Vale ressaltar que pesquisas comparativas entre municípios, envolvendo processo de trabalho, a partir de um indicador de resultado como as ICCSAP, são ainda pouco exploradas, sendo necessário compreende-las criticamente no contexto da ESF.

Em relação a estrutura, problemas como a falta de profissionais na equipe (equipes incompletas) e a rotatividade foram componentes identificados, com diferença significativa entre os municípios deste estudo, e são fatores que interferem diretamente na redução das ICSAP. A grande rotatividade e a pouca disponibilidade de profissionais, com destaque para o médico já foram apontadas como dificuldades em outro estudo (Silva, 2011).

De acordo com os dados da pesquisa nacional *Precarização e qualidade do emprego no Programa de Saúde da Família*, realizada pelo Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, 60% dos médicos de ESF permanecem por menos de dois anos no posto de trabalho (Brasil, 2007).

A rotatividade repercute diretamente na qualidade da assistência, afirma um estudo em uma unidade de saúde da família, salientando, que os pacientes afirmaram que nunca são atendidos pelo mesmo profissional, o que atrapalha o tratamento por não haver uma continuidade das consultas, reuniões e pedidos de exames (Silva, Lima e Evangelista, 2009). A rotatividade dos profissionais de saúde das equipes compromete a formação do vínculo e a efetivação do cuidado (Fernandes, Soares e Silva, 2008).

No presente estudo, a ausência de um protocolo para HAS implantado, ficou evidente, nos municípios pior classificados. De acordo com a literatura o não seguimento de protocolo resulta em baixa resolutividade, sem alteração na redução da morbidade e mortalidade por

doenças cardiovasculares da população (Maluf Jr. et al., 2010). A adesão aos protocolos impacta diretamente sobre o número de pessoas com pressão arterial controlada (Ransome e Gower, 2006). O não seguimento de protocolos influencia na escolha da farmacoterapia, refletindo na utilização de fármacos em desuso na prática clínica e ainda contraindicados a determinados perfis de pacientes. Também, os protocolos são ferramentas fundamentais para a instituição de redes de atenção à saúde. Seu uso favorece a equidade de acesso ao melhor tratamento de forma mais homogênea e aumenta a eficácia dos pacientes em tratamento (Ribeiro, Faria e Lemos, 2013).

O estudo revelou que há maior oferta de educação permanente nos municípios melhor classificados. A iniciativa pode ter influenciado positivamente os resultados destes municípios, pois na percepção dos trabalhadores os cursos de capacitação ajudam a conhecer as competências específicas de cada profissional, além de promover maior interação e troca de conhecimento entre os profissionais (Shimizu e Reis, 2011). Uma pesquisa apontou a falta de qualificação profissional como uma dificuldade referida pelos trabalhadores (Marqui et al., 2010). Em outro estudo a qualificação dos profissionais apresentou-se inadequada, onde apenas um quinto dos profissionais realizou capacitação específica na atenção ao hipertenso, fator que contribuiu para os resultados do grau de implantação insatisfatórios (Costa, Silva e Carvalho, 2011).

Estas evidências apontam que é preciso repensar as estratégias de educação permanente na ESF, com a adoção de recursos pedagógicos que contemplem o profissional como um importante agente de transformação da situação de saúde da localidade (Shimizu e Reis, 2011).

Com relação aos seis componentes analisados desenvolvidos com base nas recomendações *VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão* (2010), não identificou-se no Componente 1 – Prevenção Primária diferenças significativas entre as equipes, mostrando o quanto é necessário avançar nas ações de promoção e prevenção. Vários autores fazem inferência sobre as dificuldades dos profissionais trabalharem com ações de educação em saúde e com famílias, assim como não estão preparados para assumir coordenação de grupos para promover saúde (Fernandes, Silva e Soares, 2011; Shimizu e Reis, 2011).

Quanto ao Componente 2 – Diagnóstico e classificação, os municípios pior classificados utilizam o estetoscópio na verificação de pressão arterial com mais frequência que os municípios com melhores resultados. Esta constatação nos remete a analisar a correta realização da verificação da pressão arterial com técnica auscultatória, pois este procedimento interfere diretamente no diagnóstico da HAS e seu controle. Estudo recente aponta que o conhecimento para a aferição da pressão arterial é insatisfatório, recomendando intervenções educativas e operacionais para garantir segurança da assistência com valores fidedignos (Machado et al., 2014).

O Componente 3 – Avaliação clínica, laboratorial e estratificação de risco apresentou diferenças relacionadas a disponibilização de exames mínimos para investigação laboratorial básica indicada para todos os hipertensos. Dos exames de avaliação complementar para o hipertenso deixaram de ser disponibilizados o Ecocardiograma, a Microalbuminúria e o Teste Ergométrico nos municípios pior classificados. Pesquisas apontam as dificuldades para garantir a oferta de exames em municípios de pequeno porte, desde exames básicos aos mais

complexos. Uma pesquisa que avaliou as potencialidades e fragilidades da rede de atenção a HAS apresentou como um dos entraves para estruturação desta rede a falta de exames e serviços que não são oferecidos na regional de saúde estudada (Cabral, Lima e Cabral, 2011).

No Componente 5 – Tratamento não-medicamentoso e abordagem multiprofissional não foi identificada diferença entre os municípios. Quanto ao Componente 6 – Tratamento medicamentoso, as diferenças foram relativas às urgências hipertensivas, onde as equipes dos municípios com maior proporção de ICCSAP possuem maior percentual de equipamentos e medicamentos indicados e maior definição de serviços de urgência e emergência de referência. Essa diferença talvez possa ser justificada pelo fato de que como os municípios que internam mais por condições cardiovasculares, tenham maior demanda de emergências hipertensivas.

No que diz respeito a lista dos dezesseis fármacos anti-hipertensivos recomendados, que devem estar disponíveis na rede básica do SUS nos municípios, para quinze não há diferenças estatísticas significativas entre os municípios. Apenas para o medicamento Cloridrato de Verapamil os municípios pior classificados não o disponibiliza. Motter, Olinto e Paniz (2013) reforçam que o acesso gratuito aos medicamentos para HAS deve ser garantido, com orientação adequada para seu uso. O fornecimento deve ter regularidade evitando faltas ou desabastecimentos (Gomes, Silva e Santos, 2010), pois um regime terapêutico que enseje gasto ao paciente dificulta a sua adesão ao tratamento (Bertoletti et al., 2012).

Este estudo apresenta algumas limitações e vale ressaltar que as características sociodemográficas das populações dos municípios não foram levadas em consideração para a análise. As respostas foram referidas pelos profissionais das equipes, sem a busca pelas evidências correspondentes. Também, o questionário foi desenvolvido a partir das recomendações das *VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão* (2010) e considerando componentes da estrutura e processo de trabalho para as necessidades deste estudo, portanto

sua validade e sua confiabilidade não foram testadas. A adoção de um delineamento transversal não permite verificar relações de causa e efeito, uma vez que as informações sobre a exposição e o desfecho são coletadas no mesmo momento. No entanto foi possível constatar que diferenças no processo de trabalho dos municípios podem produzir diferentes resultados na situação de morbidade para HAS.

CONCLUSÃO

Os resultados permitiram conhecer a dinâmica do trabalho das equipes de ESF dos municípios com maiores e menores taxas de ICCSAP em Mato Grosso do Sul. A fixação do profissional na equipe, mantendo-a completa e a baixa rotatividade impactam nos processos de trabalho da equipe.

Quando somados aos componentes protocolo implantado, organização de serviço com definição de funções e atribuições a cada membro da equipe aliado a oferta de educação permanente, observa-se o quão impactantes tais fatores são sobre a redução das ICCSAP, pois são estas as variáveis que apresentaram-se com melhores resultados e diferenças estatísticas ante os municípios com piores classificações no estado. Tais medidas, sumariamente, dependem do apoio da gestão ao processo de trabalho na Atenção Primária, variável que não foi investigada neste estudo, mas que os resultados apontam para a necessidade de uma olhar mais acurado.

A adoção do protocolo de atenção aos hipertensos é uma meta a ser perseguida pelas coordenações e responsáveis pela Atenção Básica dos municípios que, com o uso de estratégias para a sua implementação, como atividades de educação permanente e incentivos para a fixação dos profissionais, podem produzir mudanças significativas na situação de morbidade para a hipertensão arterial.

No que diz respeito ao atendimento às *VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão* (2010), foi possível observar que a disponibilidade de exames mínimos para investigação

laboratorial básica indicada para todos os hipertensos, e para a avaliação complementar deve ser garantida e também contribuiu para os diferentes resultados entre os municípios.

O estudo apresentou evidências de que os processos de trabalho podem contribuir para a redução das internações desnecessárias a partir de um controle efetivo dos níveis tensionais dos hipertensos. Não é suficiente rastrear e diagnosticar. Os resultados, com diferenças significativas entre os municípios com maiores e menores taxas de internações por ICCSAP apontam para a necessidade de mudar a forma de abordagem da hipertensão e do hipertenso. O preparo das equipes para o seguimento dos pacientes, com ações que promovam mudanças no estilo de vida dependem, também, do apoio da gestão.

REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1.337-1.349, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/16.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

BERTOLETTI, Altair R. et al. Diagnóstico de enfermagem falta de adesão em pacientes acompanhados pelo programa de hipertensão arterial. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 13, n. 3, p. 623-631, 2012. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/729/pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica*: hipertensão arterial. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2013. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 24 out. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 10 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 221, de 17 de abril de 2008. Publica, na forma do anexo desta portaria, a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 18 abr. 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html>. Acesso em: 10 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Precarização e qualidade do emprego no Programa de Saúde da Família*. Belo Horizonte, 2007. Entidades envolvidas: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2464.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

CABRAL, Alessandra L. N.; LIMA, Harley Davidson R.; CABRAL, Hugo Leonardo O. Potencialidades e fragilidades da rede de atenção à saúde no controle da hipertensão arterial no município de Correntes, Pernambuco. *Journal of Management and Primary Health Care*, Recife, v. 2, n. 2, p. 36-40, 2011. Disponível em: <http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/view/19/19>. Acesso em: 10 nov. 2014.

CONILL, Eleonor M.; FAUSTO, Márcia Cristina R.; GIOVANELLA, Lígia. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 10, p. S15-S27, 2010. Suplemento 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s1/02.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

COSTA, Juliana M. B. S.; SILVA, Maria Rejane F.; CARVALHO, Eduardo F. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 623-633, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n2/v16n2a26.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

CUNHA, Elenice M.; GIOVANELLA, Lígia. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1.029-1.042, 2011. Suplemento 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a36v16s1.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

FARIA, Horácio P. et al. *Processo de trabalho em saúde*. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Ed. Coopmed, 2009. 72 p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1790.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

FERNANDES, Maria Teresinha O.; SILVA, Líliam B.; SOARES, Sônia Maria. Utilização de tecnologias no trabalho com grupos de diabéticos e hipertensos na Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1.331-1.340, 2011. Suplemento 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a67v16s1.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

FERNANDES, Maria Teresinha O.; SOARES, Sônia Maria; SILVA, Líliam B. Limitações e possibilidades no desenvolvimento do trabalho com grupos na Estratégia de Saúde da Família. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 12, n. 3, p. 355-341, 2008. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c0e436748b3c.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

FERNANDES, Viviane B. L. et al. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 6, p. 928-936, 2009. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/viewFile/32717/35163>. Acesso em: 10 nov. 2014.

FURTADO, Angelina M. et al. Trabalho em saúde: o modo de agir da Enfermagem dialítica. *Revista de Enfermagem UFPE online*, Recife, v. 4, n. 1, p. 410-415, 2010. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/582/pdf_338>. Acesso em: 10 nov. 2014.

GIROTTO, Edmarlon et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1.763-1.772, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/27.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

GOMES, Tiago José O.; SILVA, Monique Vércia R.; SANTOS, Almira A. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Hipertensão*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 132-139, 2010. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/17-3/03-controle.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

MACHADO, Juliana P. et al. Conhecimento teórico e prático dos profissionais de Enfermagem em unidade coronariana sobre a medida indireta da pressão arterial. *Einstein (São Paulo)*, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 330-335, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v12n3/pt_1679-4508-eins-12-3-0330.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

MALUF JR., Ivan. et al. Avaliação da adesão de médicos ao protocolo de hipertensão arterial da secretaria municipal de saúde de Curitiba. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 94, n. 1, p. 86-91, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v94n1/14.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

MARQUI, Alessandra Bernadete T. et al. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 956-961, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/14.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

MERHY, Emerson E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, Emerson E.; ONOCKO, Rosana (Org.). *Agir em saúde*: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2006. 385 p. p. 113-160.

MOTTER, Fabiane Raquel; OLINTO, Maria Teresa A.; PANIZ, Vera Maria V. Conhecimento sobre a farmacoterapia por portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2.263-2.274, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n8/10.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

OLIVEIRA, Beatriz Rosana G. et al. O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI neonatal e o cuidar humanizado. *Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, p. 105-113, 2006. Número especial. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea12.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Linhas de cuidado*: hipertensão arterial e diabetes. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde – Representação Brasil, 2010. 236 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linhas_cuidado_hipertensao_diabetes.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

PEDUZZI, Marina; SCHRAIBER, Lília B. Processo de trabalho em saúde. In: PEREIRA, Isabel B.; LIMA, Julio César F. (Org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. Não paginado. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>. Acesso em: 10 nov. 2014.

RANSOME, Sarah; GOWER, Jan. Medicines for hypertension: Changes to the UK NICE guidelines. *British Journal of Nursing*, London, v. 15, n. 16, p. 881-841, 2006.

REIS, Marcos Aurélio S. et al. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. *Interface – Comunicação, Saúde*, Educação, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 655-666, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n23/a22v1123.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

RIBEIRO, Martamaria S. F.; FARIA, Luciana A.; LEMOS, Gisele S. Atenção farmacêutica em paciente com hipertensão arterial sistêmica em uma unidade de saúde de Jequié, Bahia. *Journal of Management and Primary Health Care*, Recife, v. 4, n. 3, p. 176-182, 2013. Disponível em: <http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/view/176/109>. Acesso em: 10 nov. 2014.

SHIMIZU, Helena E.; REIS, Leonardo S. As representações sociais dos trabalhadores sobre o Programa Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 8, p. 3.461-3.468, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n8/a14v16n8.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

SILVA, Rita de Cássia C.; LIMA, Edmirson J. B.; EVANGELISTA, Renata Alessandra. Adesão ao tratamento de hipertensão arterial no PSF Alvorada – Equipe 13. *Perquirere: revista do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Extensão do UNIPAM*, Patos de Minas, v. 6, n. 6, p. 118-125, 2009. Disponível em: <http://perquirere.unipam.edu.br/documents/23456/35660/Adesao_ao_tratamento_de_hipertensao_arterial.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

SILVA, Silvio F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2.753-2.762, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/14.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n1s1/v95n1s1.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *A global brief on hypertension:* Silent killer, global public health crisis. Geneva: WHO Press, 2013. 40 p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 10 nov. 2014.

NOTAS

Este artigo faz parte da dissertação de mestrado a ser defendida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 2014.

O protocolo desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (Parecer 383.278/2013), com restrição a divulgação dos nomes dos municípios.

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

6 CONCLUSÕES

Este estudo possui algumas limitações apontadas nos artigos quanto a confiabilidade dos bancos de dados utilizados, a não testagem do instrumento e a ausência de evidencias objetivas para a confirmação das respostas. No entanto, foram avaliadas as ações desenvolvidas na Atenção Primária para hipertensão, tendo como parâmetro a proporção de internações por causas sensíveis ao cuidado primário, decorrentes da hipertensão arterial, nos municípios de Mato Grosso do Sul.

A partir dos resultados da pesquisa pode-se que concluir que no Estado há relação entre maior cobertura de ESF e redução das ICSAP e das ICCSAP, ressaltando que essa redução ocorreu de forma desigual nos municípios. Foi confirmada a relação entre a cobertura da ESF e o maior percentual de hipertensos cadastrados e acompanhados, o que pode incentivar os gestores a dar continuidade ao processo de implantação da ESF. Apesar da confirmação desta relação, o baixo número de hipertensos cadastrados e acompanhados nos municípios estaduais de Mato Grosso do Sul ficou evidente. Mesmo com as falhas no sistema de registro de cadastro e informações de hipertensos, os resultados do estudo sugerem que ou há uma estimativa de hipertensos superior aos doentes existentes, dado o baixo número de cadastrados e acompanhados em todo o estado ou há falhas importantes no rastreamento, identificação e captação desse grupo populacional pela Atenção Primária.

Constatou-se que há componentes do processo de trabalho que produzem diferenças nos resultados dos municípios com maiores e menores proporções de ICCSAP no estado. Nesse sentido, evidenciou-se que os municípios com melhores resultados apresentaram equipes de Saúde da Família mais completas, com menor rotatividade, maior implantação de protocolos para hipertensão, melhor organização de serviço com definição de funções e atribuições a cada profissional, ofertam maior percentual de educação permanente em relação aos municípios classificados como piores. Os resultados da pesquisa apontaram também, que a regularidade no fornecimento de medicamentos anti-hipertensivos e exames são elementos que produzem diferenças entre os municípios classificados com melhores e piores resultados para as ICCSAP.

A relevância social do estudo está na apresentação dos dados de internações decorrentes da HAS, que evidenciaram possíveis fragilidades da assistência para esse agravo em Mato Grosso do Sul e permitiu a identificação dos componentes do processo de trabalho destes municípios, que influenciam o resultado destas internações.

Os resultados obtidos podem auxiliar gestores estaduais e municipais buscarem estratégias para a implementação do protocolo de atenção aos hipertensos, promovendo adequada qualificação dos profissionais na atenção a hipertensão.

REFERÊNCIAS

ADAMS, O. P.; CARTER, A. O. Knowledge, attitudes, practices, and barriers reported by patients receiving diabetes and hypertension primary health care in Barbados: A focus group study. *BMC Family Practice*, London, v. 12, p. 135, 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3282655/pdf/1471-2296-12-135.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

ALANEN, S. I. et al. Evaluation of current care effectiveness: A survey of hypertension guideline implementation in Finnish health centres. *Scandinavian Journal of Primary Health Car*e, Stockholm, SW, v. 25, n. 4, p. 232-236, 2007. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3379765/pdf/pri-25-232.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

ALFRADIQUE, M. E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1.337-1.349, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/16.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

AMADO GUIRADO, E. et al. Knowledge and adherence to antihypertensive therapy in primary care: Results of a randomized trial. *Gaceta Sanitaria*, Barcelona, v. 25, n. 1, p. 62-67, 2011. Disponível em: <http://www.gacetasanitaria.org/en/pdf/S0213911110002852/S300/>. Acesso em: 10 nov. 2014.

BATISTA, S. R. R. et al. Hospitalizações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária em municípios goianos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 34-42, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n1/2872.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

BOING, A. F. et al. Redução das Internações Sensíveis à Atenção Primária no Brasil entre 1998-2009. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 359-366, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n2/3709.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Informação de Atenção Básica – Situação de Saúde – Mato Grosso do Sul*. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSms.def>. Acesso em: 10 jun. 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Informação da Atenção Básica Situação de Saúde – desde 1998 – notas técnicas*. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSms.def>. Acesso em: 10 jun. 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Histórico de cobertura da Saúde da Família*: banco de dados *online*. Brasília, DF, set. 2014c. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 10 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica*: hipertensão arterial. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2013. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2012a. 34 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/documento_norteador_cronicas.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2011*: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2012b. 132 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2011_fatores_risco_doencas_cronicas.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Sistema Nacional de Vigilância em Saúde*: relatório de situação: Mato Grosso do Sul. 5. ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2011a. 23 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_nacional_vigilancia_saude_mt_5ed.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2011b. 148 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/917_cartilha_dcnt.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Mato Grosso do Sul*: caderno de informações para a gestão estadual do SUS. Brasília, DF: Ed. CONASS, 2011c. 84 p. Disponível em: <http://www.conass.org.br/pdf/matogrossodosul_24-03.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 24 out. 2011d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 10 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 221, de 17 de abril de 2008. Publica, na forma do anexo desta portaria, a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 18 abr. 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html>. Acesso em: 10 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2006. 58 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

COSTA, J. M. B. S.; SILVA, M. R. F.; CARVALHO, E. F. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 623-633, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n2/v16n2a26.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

COTTA, R. M. M. et al. Perfil sociossanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1.251-1.260, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a26v14n4.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

DIAS-DA-COSTA, J. S. et al. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 358-364, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n2/14.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

ELIAS, E.; MAGAJEWSKI, F. A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 633-647, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v11n4/10.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

FERNANDES, V. B. L. et al. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 6, p. 928-936, 2009. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/viewFile/32717/35163>. Acesso em: 10 nov. 2014.

FURTADO, A. M. et al. Trabalho em saúde: o modo de agir da Enfermagem dialítica. *Revista de Enfermagem UFPE online*, Recife, v. 4, n. 1, p. 410-415, 2010. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/582/pdf_338>. Acesso em: 10 nov. 2014.

GEMMELL, I. et al. Potential population impact of the UK government strategy for reducing the burden of coronary heart disease in England: comparing primary and secondary prevention strategies. *Quality & Safety in Health Care*, London, v. 15, n. 5, p. 339-343, 2006. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2565818/pdf/339.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

HARTZ, Z. M. A. Princípios e padrões em metaavaliação: diretrizes para os programas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 733-338, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30987.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

HENRIQUE, F.; CALVO, M. C. M. Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 809-819, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n4/11.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Municípios – Mato Grosso do Sul – resultados do universo do Censo Demográfico 2010*. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Resultados_do_Universo/xls/Municipios/mato_grosso_do_sul.zip>. Acesso em: 10 jun. 2014.

MCLEAN, G.; GUTHRIE, B.; SUTTON, M. Differences in the quality of primary medical care for CVC and diabetes across the NHS: Evidence from the quality and outcomes framework. *BMC Health Services Research*, London, v. 7, p. 74, 2007. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1891099/pdf/1472-6963-7-74.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. *Agir em saúde*: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2006. 385 p. p. 113-160.

MINGOTI, S. A. *Análise de dados através de métodos de estatística multivariada*: uma abordagem aplicada. Belo Horizonte: Ed. UFMG; 2005. 297 p.

OLIVEIRA, B. R. G. et al. O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI neonatal e o cuidar humanizado. *Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, p. 105-113, 2006. Número especial. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea12.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Linhas de cuidado*: hipertensão arterial e diabetes. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde – Representação Brasil, 2010. 236 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linhas_cuidado_hipertensao_diabetes.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. Não paginado. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>. Acesso em: 10 nov. 2014.

PROVOST, S. et al. Evaluation of the implementation of an integrated primary care network for prevention and management of cardiometabolic risk in Montréal. *BMC Family Practice*, London, v. 12, p. 126, 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3282661/pdf/1471-2296-12-126.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

REHEM, T. C. M. S. B.; EGRY, E. Y. Internações por condições sensíveis à atenção primária no Estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4.755-4.766, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/24.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

REIS, M. A. S. et al. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. *Interface – Comunicação, Saúde*, Educação, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 655-666, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n23/a22v1123.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

SANTOS, A. M. et al. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2.687-2.702, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/18.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

SCHMIDT, M. E. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. In: VICTORA, C. et al. *Saúde no Brasil*: a série The Lancet, 2011. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011. p. 61-74. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n1s1/v95n1s1.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

STARFIELD, B. *Atenção Primária*: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO/Ed. Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *A global brief on hypertension*: Silent killer, global public health crisis. Geneva: WHO Press, 2013. 40 p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 10 nov. 2014.

XAVIER, A. J. et al. Tempo de adesão à Estratégia de Saúde da Família protege idosos de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares em Florianópolis, 2003 a 2007. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1543-1.551, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n5/19.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento para coleta de dados

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

QUESTIONÁRIO DE ANÁLISE DO PROCESSO DE TRABALHO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NOS MUNICÍPIOS DE MATO GROSSO DO SUL

N. de ordem: .....

Município: .....

PROJETO:
ANÁLISE DO PROCESSO DE TRABALHO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NOS MUNICÍPIOS DE MATO GROSSO DO SUL

IDENTIFICACÃO

Iniciais: ..... Idade: .....

Função: .....

Tempo que atua na equipe (meses): .....

PERFIL DO ENTREVISTADO

1) Sexo: [ ] masculino [ ] feminino

2) Data de nascimento: ...../ ...../ .....

3) Nível de instrução (Assinale quantas opções forem necessárias):

1. [ ] Ensino superior (3º Grau) completo
   Nome do curso: .....
   Ano de conclusão: .....
2. [ ] Especialização completa
   Nome do curso: .....
   Ano de conclusão: .....
3. [ ] Mestrado completo
   Nome do curso: .....
   Ano de conclusão: .....

4. [ ] Doutorado completo
   Nome do curso: .....
   Ano de conclusão: .....

88. [ ] NSI

QUESTÕES PERTINENTES

*Obs.: Marcar a opção **NSI** caso a informação não esteja disponível ou não saiba informar.*

4) Analisando a estrutura física, sua Unidade possui em todos os ambientes, condições adequadas para o desenvolvimento dos atendimentos, procedimentos e ações básicas?
   1. [ ] sim
   2. [ ] não
   3. [ ] em partes
   88. [ ] NSI

5) Sua unidade possui recepção e sala de espera, coberta e com assentos em número suficiente para a demanda da área?
   1. [ ] sim
   2. [ ] não
   88. [ ] NSI

6) Sua equipe dispõe de consultório com equipamentos básicos para o atendimento à população?
   1. [ ] sim
   2. [ ] não
   88. [ ] NSI

7) O número de consultórios é suficiente para o atendimento de mais de um profissional ao mesmo tempo?
   1. [ ] sim
   2. [ ] não
   88. [ ] NSI

8) A Unidade dispõe de linha telefônica?
   1. [ ] sim
   2. [ ] não
   88. [ ] NSI

9) A Unidade dispõe de equipamento de informática?
   1. [ ] sim
   2. [ ] não
   88. [ ] NSI

10) A Unidade dispõe de sala de reuniões para realização de atividades com a comunidade, educação permanente, reunião de equipe, outras?
    1. [ ] sim
    2. [ ] não
    88. [ ] NSI

11) A Unidade possui Internet?
    1. [ ] sim
    2. [ ] não (ir para 13)
    88. [ ] NSI

12) A Internet é disponibilizada para uso dos trabalhadores da equipe?
    1. [ ] sim
       Quais profissionais? .....
    2. [ ] não
    88. [ ] NSI

13) Em sua equipe como é realizado o deslocamento dos profissionais para realização de visitas domiciliares e atividades externas?
    1. [ ] veículo próprio
    2. [ ] veículo disponibilizado pela secretaria de saúde
    3. [ ] outros; especifique .....
    88. [ ] NSI

14) A Unidade dispõe de equipamentos e medicamentos indicados para primeiro atendimento nos casos de urgência e emergência?
    1. [ ] sim
    2. [ ] não
    88. [ ] NSI

15) O procedimento de verificação de pressão arterial é realizado com quais equipamentos?
    1. [ ] esfigmomanômetro de coluna de mercúrio
    2. [ ] esfigmomanômetro automático
    3. [ ] esfigmomanômetro aneróide
    4. [ ] esfigmomanômetro de medida no punho
    5. [ ] aparelho de medida no dedo
    6. [ ] outros; especifique .....
    88. [ ] NSI

16) É utilizado o estetoscópio para o procedimento de verificação da pressão arterial?
    1. [ ] sim
    2. [ ] não
    88. [ ] NSI

17) Os aparelhos para verificação de pressão arterial de sua Unidade são calibrados?
    1. [ ] sim
    2. [ ] não (ir para 19)
    88. [ ] NSI (ir para 19)

18) Qual a frequência da calibração dos aparelhos para verificação de pressão arterial de sua Unidade?
    1. [ ] 6 meses
    2. [ ] 1 ano
    3. [ ] quando quebra
    4. [ ] outros; especifique .....
    88. [ ] NSI

19) Existe disponível em sua Unidade aparelhos para verificação de pressão arterial com tamanhos de manguitos diferenciados para braços de diferentes tamanhos?
    1. [ ] sim
    2. [ ] não (ir para 21)
    88. [ ] NSI (ir para 21)

20) Assinale o(s) manguito(s) disponível(is) em sua Unidade?

	Assinalar o manguito disponível	Denominação do manguito	Circunferência do braço (cm)	Bolsa de borracha	
				Largura	Comprimento
1		Recém-nascido	≤ 10	4	8
2		Criança	11 – 15	6	12
3		Infantil	16 – 22	9	18
4		Adulto pequeno	20 – 26	10	17
5		Adulto	27 – 34	12	23
6		Adulto grande	35 – 45	16	32

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia, *VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão* (2010).

    88. [ ] NSI

21) Qual(is) profissional(is) realiza(m) a verificação de pressão arterial em sua unidade?
    1. [ ] médico
    2. [ ] enfermeiro
    3. [ ] cirurgião dentista
    4. [ ] técnico de enfermagem
    5. [ ] outros; especifique .....
    88. [ ] NSI

22) Em sua Unidade é verificada a pressão arterial em todos os indivíduos da demanda diária?
    1. [ ] sim
    2. [ ] não
    88. [ ] NSI

23) Em sua Unidade é verificada a pressão arterial em todos os indivíduos que passam pelo cirurgião dentista?
    1. [ ] sim
    2. [ ] não
    3. [ ] apenas pacientes acima de ..... anos
    88. [ ] NSI

24) Qual a conduta tomada pelos membros da odontologia quando é identificada uma pressão arterial elevada?
    .....
    .....
    .....
    88. [ ] NSI

25) Em sua Unidade há atendimento/acompanhamento odontológico específico para o paciente hipertenso?
    1. [ ] sim
    2. [ ] não
    3. [ ] outros; especifique .....
    88. [ ] NSI

26) Em sua Unidade é verificada a pressão arterial apenas dos indivíduos hipertensos?
    1. [ ] sim
    2. [ ] não
    88. [ ] NSI

27) Em sua Unidade é verificado o peso, altura e circunferência abdominal em indivíduos da demanda diária?
    1. [ ] sim
    2. [ ] não
    88. [ ] NSI

28) Em sua Unidade é verificado o peso, a altura e a circunferência abdominal dos hipertensos?
    1. [ ] sim
    2. [ ] não
    88. [ ] NSI

29) Em indivíduos sem diagnóstico prévio de hipertensão arterial, mas que apresente pressão arterial elevada em uma aferição, o que é recomendado pela equipe?

.....

.....

.....

30) Os profissionais da sua equipe realizam busca ativa para detecção de novos casos de hipertensão arterial na população?

1. [ ] sim
2. [ ] não
88. [ ] NSI

31) Sua equipe realiza ações de rastreamento da hipertensão arterial em indivíduos da área?

1. [ ] sim
2. [ ] não (ir para 33)
88. [ ] NSI (ir para 33)

32) Qual periodicidade que realiza ações de rastreamento da hipertensão arterial em indivíduos da área?

1. [ ] trimestral
2. [ ] semestral
3. [ ] anual
4. [ ] outra .....
88. [ ] NSI

33) Há protocolos para hipertensão arterial implantados no seu município?

1. [ ] sim
2. [ ] não (ir para 37)
88. [ ] NSI (ir para 37)

34) Que tipo de protocolos o município adota (Assinale quantas opções forem necessárias)?

1. [ ] protocolo do Ministério da Saúde (ir para 36)
2. [ ] Diretrizes Brasileiras de Hipertensão da Sociedade Brasileira de Cardiologia (ir para 36)
3. [ ] protocolo próprio do município (responda questão 35)
4. [ ] outro; especifique .....
88. [ ] NSI (ir para 36)

35) Quais as fontes utilizadas na elaboração de protocolos clínicos em seu município (Assinale quantas opções forem necessárias)?

1. [ ] Gestores e técnicos da Secretaria Municipal de Saúde
2. [ ] Consenso de especialistas
3. [ ] Sociedade de especialidade médica nacional
4. [ ] Sociedade de especialidade médica internacional

5. [ ] Ministério da Saúde
6. [ ] revisão sistemática da literatura
7. [ ] outro; especifique .....
88. [ ] NSI

36) Especifique as estratégias utilizadas pelo município para a implantação dos protocolos (Assinale quantas opções forem necessárias):
1. [ ] confecção de manuais de orientação para o uso dos protocolos
2. [ ] divulgação dos manuais de orientação para o uso dos protocolos
3. [ ] capacitação dos profissionais no uso dos protocolos
4. [ ] disponibilidade de suporte técnico para esclarecimento aos profissionais sobre o protocolo
5. [ ] apenas distribuíram os protocolos sem capacitação
6. [ ] outra; especifique .....
88. [ ] NSI

37) Sua equipe realiza a estratificação do risco cardiovascular dos indivíduos hipertensos?
1. [ ] sim
2. [ ] não (ir para 39)
88. [ ] NSI (ir para 39)

38) Você conhece os componentes para estratificação do risco individual dos pacientes em função do Escore de Framinghan?
1. [ ] sim
2. [ ] não
88. [ ] NSI

39) Quais as medidas tomadas quando paciente avaliado apresenta risco (Assinale quantas opções forem necessárias)?
1. [ ] adequação do intervalo de retorno
2. [ ] encaminhamento ao especialista
3. [ ] solicitação de exames
4. [ ] visitas domiciliares como eixo prioritário
5. [ ] outra.....
88. [ ] NSI

40) Sua equipe utiliza quais abordagens terapêuticas para hipertensão arterial (Assinale quantas opções forem necessárias)?
1. [ ] tratamento homeopático
2. [ ] terapias alternativas
3. [ ] tratamento baseados em modificações de estilo de vida (perda de peso, incentivo à atividades físicas, alimentação saudável, outros)
4. [ ] tratamento medicamentoso
5. [ ] outro; especifique .....
88. [ ] NSI

41) Em sua equipe somente o médico realiza consulta ao paciente hipertenso?
   1. [ ] sim (ir para 46)
   2. [ ] não
   88. [ ] NSI (ir para 46)

42) Quais profissionais realizam consulta ao hipertenso?
   1. [ ] médico
   2. [ ] enfermeiro
   3. [ ] outro profissional; especifique .....
      .....
   88. [ ] NSI

43) Os profissionais solicitam durante a consulta exames mínimos estabelecidos?
   1. [ ] sim
   2. [ ] não
   88. [ ] NSI

44) Repetem a medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências?
   1. [ ] sim
   2. [ ] não (ir para 46)
   88. [ ] NSI (ir para 46)

45) Com qual periodicidade que repetem a medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências?
   1. [ ] mensalmente
   2. [ ] trimestralmente
   3. [ ] semestralmente
   4. [ ] outro; especifique .....
   88. [ ] NSI

46) Utilizam algum protocolo/diretriz clínica para repetir a medicação?
   1. [ ] sim
   2. [ ] não (ir para 48)
   88. [ ] NSI (ir para 48)

47) Qual é o protocolo/diretriz clínica para repetir a medicação?
   .....
   .....
   .....
   88. [ ] NSI

48) Como é organizada a Agenda do Hipertenso em sua Unidade?
   .....
   .....
   .....
   88. [ ] NSI

49) Com que periodicidade são agendados os retornos dos hipertensos?

1. [ ] quinzenalmente
2. [ ] mensalmente
3. [ ] trimestralmente
4. [ ] semestralmente
5. [ ] anualmente
6. [ ] outro; especifique .....

88. [ ] NSI

50) Assinale os exames disponíveis na rede básica do Sistema Único de Saúde em seu município, em caso afirmativo ou negativo onde é realizado?

Exame	**Sim**	**Não**	**NSI**	**Realizado**	
				Próprio município	**Município referência**
Exame de urina tipo I					
Fundoscopia					
Dosagem de potássio					
Dosagem de creatinina					
Dosagem de glicose					
Dosagem colesterol total					
Dosagem de HDL					
Dosagem de triglicérides					
Eletrocardiograma					

Fonte: Avaliação inicial de rotina para paciente hipertenso recomendado pelo Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Básica, n. 37, 2013.

51) Assinale os exames disponíveis pelo Sistema Único de Saúde em seu município ou pactuado com município de referência:

Exame	**Sim**	**Não**	**NSI**	**Realizado**	
				Próprio município	**Município referência**
Radiografia de tórax					
Ecocardiograma					
Microalbuminúria					
Ultrassom de carótida					
Teste ergométrico					
Hemoglobina glicada					

Obs.: avaliação complementar para paciente hipertenso: exames recomendados em população com indicação.

52) Assinale os fármacos anti-hipertensivos disponíveis na rede básica do Sistema Único de Saúde em seu município, e como é a disponibilidade do mesmo:

Grupos e representantes		**Sim**	**Não**	**NSI**	**Com regu-laridade***	**De forma irregular**	**NSI**
Hidroclorotiazida	Diuréticos tiazídicos						
Furosemida	Diuréticos (de Alça) – Sulfonamidas simples						
Espironolactona	Agentes poupadores de potássio						
Atenolol	Betabloqueadores seletivos						
Succinato de Metoprolol							
Tartarato de Metroprolol							
Carvedilol	Betabloqueadores seletivos						
Propanolol	Betabloqueadores não seletivos						
Metildopa	Antiadrenérgicos de ação central						
Besilato de Anlodipino	Bloqueadores seletivos dos canais de cálcio – derivados da diidropiridina						
Nifedipino							
Cloridrato de Verapamil	Bloqueadores seletivos dos canais de cálcio – derivados da fenilalquilamina						
Cloridrato de Hidralazina	Agentes que atuam no músculo liso arteriolar						
Captopril	Inibidores da enzima conversora de angiotensina, simples						
Maleato de Enalapril							
Losartana Potássica	Antagonistas da angiotensina II, simples						

*O padrão refere-se ao suprimento destes medicamentos com cobertura de 80% das necessidades do território. As faltas devem ser eventuais não comprometendo a resolubilidade do tratamento instituído (AMQ).

Fonte: Medicações anti-hipertensivas disponíveis na RENAME 2012. Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Básica, n. 37, 2013.

53) A equipe possui controle dos hipertensos cadastrados na Unidade?

1. [ ] sim
2. [ ] não (ir para 55)

88. [ ] NSI (ir para 55)

54) Qual a forma de registro é utilizada na Unidade?
   1. [ ] Sistema HIPERDIA e/ou Sistema Nacional
   2. [ ] sistema próprio do município
   3. [ ] livro de cadastro da Unidade
   4. [ ] outro; especifique .....
   88. [ ] NSI

55) Você sabe quantos hipertensos tem em sua área?
   1. [ ] sim
      Quantos? .....
   2. [ ] não
   88. [ ] NSI

56) O sistema de saúde do município está organizado em regiões de saúde?
   1. [ ] sim
      Especifique o número de regiões de saúde:.....
   2. [ ] não
   88. [ ] NSI

57) Há definição de serviços especializados de referência para a Atenção Básica em todas as regiões de saúde e/ou município?
   1. [ ] sim
   2. [ ] não
   88. [ ] NSI

58) Há definição de serviços de pronto-atendimento (urgência e emergência) para as equipes de saúde?
   1. [ ] sim
   2. [ ] não
   88. [ ] NSI

59) Quando um paciente é atendido na unidade básica de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, qual o percurso mais comum?
   1. [ ] o paciente sai da unidade com a consulta agendada
   2. [ ] a consulta é agendada pela unidade básica de saúde e a data posteriormente informada ao paciente
   3. [ ] a consulta é agendada pelo próprio paciente junto à central de marcação
   4. [ ] o paciente recebe uma ficha de encaminhamento e pode dirigir-se a qualquer unidade especializada
   5. [ ] o paciente recebe uma ficha de encaminhamento e é orientado pelo médico a procurar um determinado serviço ou profissional
   6. [ ] não há percurso definido
   7. [ ] outro; especifique .....
   88. [ ] NSI

60) Qual a forma mais frequente para o acesso a consultas especializadas em seu município?
   1. [ ] qualquer paciente pode procurar os serviços especializados e ser atendido
   2. [ ] qualquer paciente pode procurar os serviços especializados, estando o acesso sujeito à triagem
   3. [ ] somente a partir de encaminhamentos dos serviços de Atenção Básica para algumas especialidades
   4. [ ] somente a partir de encaminhamentos dos serviços de Atenção Básica para todas as especialidades
   5. [ ] outro; especifique .....
   88. [ ] NSI

61) O município possui ou participa de alguma central de marcação de consultas ambulatoriais especializadas?
   1. [ ] sim
   2. [ ] não (ir para 65)
   88. [ ] NSI (ir para 65)

62) Como é operada a central de marcação de consultas ambulatoriais especializadas?
   1. [ ] por telefone
   2. [ ] informatizada, *online,* direto da unidade
   3. [ ] encaminhamento por guia impressa portada pelo paciente
   4. [ ] outro; especifique .....
   88. [ ] NSI

63) Qual a abrangência da central de marcação de consultas ambulatoriais especializadas (Assinale quantas opções forem necessárias)?
   1. [ ] inclui profissionais do município
   2. [ ] inclui profissionais de outros municípios do estado
   3. [ ] inclui profissionais de todos os municípios do estado
   4. [ ] inclui profissionais de outros estados
   88. [ ] NSI

64) Se NÃO possui e NÃO está vinculada a nenhuma central de marcação de consultas ambulatoriais especializadas, descreva como são realizados estes agendamentos em seu município?

   .....
   .....
   .....

65) O município possui ou participa de alguma central de marcação de exames?
   1. [ ] sim
   2. [ ] não (ir para 66)
   88. [ ] NSI (ir para 66)

66) Como a central de marcação de exames é operada?
1. [ ] por telefone
2. [ ] informatizada, *online,* direto da unidade
3. [ ] encaminhamento por guia impressa portada pelo paciente
4. [ ] outro; especifique .....
88. [ ] NSI

67) Qual a abrangência da central de marcação de exames (Assinale quantas opções forem necessárias)?
1. [ ] inclui profissionais do município
2. [ ] inclui profissionais de outros municípios do estado
3. [ ] inclui profissionais de todos os municípios do estado
4. [ ] inclui profissionais de outros estados
88. [ ] NSI

68) Se NÃO possui e NÃO está vinculada a nenhuma central de marcação de exames, descreva como são realizados estes agendamentos em seu município?
.....
.....
.....

69) A Unidade registra e monitora as referências para outros níveis de atenção dos pacientes de sua área?
1. [ ] sim
2. [ ] não
88. [ ] NSI

70) A Unidade registra e monitora as solicitações de exames diagnósticos dos pacientes de sua área?
1. [ ] sim
2. [ ] não
88. [ ] NSI

71) Em seu município há adscrição de clientela em unidades básicas de saúde que não são unidades de saúde da família?
1. [ ] sim
2. [ ] não
3. [ ] não existem unidades básicas de saúde que não da ESF
88. [ ] NSI

72) As unidades básicas de saúde possuem um horário de funcionamento padrão?
1. [ ] sim
   De ..... às ..... horas; De ..... às ..... horas; De ..... às ..... horas
2. [ ] não
88. [ ] NSI

73) Existem unidades básicas de saúde que funcionem em horários diferentes do padrão?
   1. [ ] sim
      De ..... às ..... horas; De ..... às ..... horas; De ..... às ..... horas
   2. [ ] não
   88. [ ] NSI

74) Em seu município o prontuário é
   1. [ ] eletrônico
   2. [ ] papel
   3. [ ] outro; especifique .....
   88. [ ] NSI

75) Quem faz o registro das informações no prontuário?
   1. [ ] próprio profissional que realizou o atendimento
   2. [ ] outro indivíduo designado para esta função
   3. [ ] outro; especifique .....
   88. [ ] NSI

76) Os resultados de exames ficam disponíveis no prontuário?
   1. [ ] sim
   2. [ ] não
   88. [ ] NSI

77) São os profissionais que inserem os resultados de exames no prontuário?
   1. [ ] sim
   2. [ ] não
   88. [ ] NSI

78) O prontuário é de fácil manuseio (permite a visualização rápida e ágil dos atendimentos anteriores e exames)?
   1. [ ] sim
   2. [ ] não
   88. [ ] NSI

79) A equipe desenvolve atividades educativas de promoção?
   1. [ ] sim
   2. [ ] não
   88. [ ] NSI

80) A Unidade possui grupo de pacientes hipertensos?
   1. [ ] sim
   2. [ ] não
   88. [ ] NSI

81) A sua equipe realiza ações educativas com os hipertensos em acompanhamento?
   1. [ ] sim
   2. [ ] não
   88. [ ] NSI

82) A equipe dispõe de materiais e insumos para realização de atividades educativas?
   1. [ ] sim
   2. [ ] não
   88. [ ] NSI

83) A equipe dispõe de materiais e insumos para realização de ações de saúde?
   1. [ ] sim
   2. [ ] não
   88. [ ] NSI

84) A sua equipe realiza atividades para estímulo a alimentação saudável?
   1. [ ] sim
   2. [ ] não
   88. [ ] NSI

85) Sua equipe incentiva o autocuidado apoiado aos usuários da área?
   1. [ ] sim
   2. [ ] não
   88. [ ] NSI

86) O município oferece atividades de educação permanente para os profissionais da Atenção Básica?
   1. [ ] sim
   2. [ ] não
   88. [ ] NSI

87) Quem realiza estas atividades de educação permanente?
   1. [ ] os técnicos do próprio município
   2. [ ] profissionais contratados
   3. [ ] técnicos da Secretaria de Estado de Saúde
   4. [ ] outro; especifique .....
   88. [ ] NSI

88) Que tipos de incentivos à formação seu município oferece aos profissionais da Atenção Básica (Assinale quantas opções forem necessárias)?
   1. [ ] liberação de carga horária para realização de cursos
   2. [ ] realização de parcerias para oferta de cursos
   3. [ ] elaboração de revistas temáticas
   4. [ ] promoção de eventos científicos
   5. [ ] pesquisa em serviço

6. [ ] apoio para participação em eventos científicos (financeiro, logístico, liberação de carga horária)
7. [ ] adicional financeiro de titulação
8. [ ] outro; especifique .....
   .....
   .....
9. [ ] não há incentivos à formação
88. [ ] NSI

89) A visita domiciliar é uma atividade sistemática e permanente de todos os membros da equipe?
1. [ ] sim
2. [ ] não
88. [ ] NSI

90) Quais profissionais realizam sistematicamente a visita domiciliar (Assinale quantas opções forem necessárias)?
1. [ ] médico
2. [ ] enfermeiro
3. [ ] técnico de enfermagem
4. [ ] dentista
5. [ ] auxiliar de saúde bucal
6. [ ] agente comunitário de saúde
88. [ ] NSI

91) Vocês planejam em equipe o trabalho?
1. [ ] sim
2. [ ] não
3. [ ] as vezes
88. [ ] NSI

92) O cronograma de atividades é definido em equipe?
1. [ ] sim
2. [ ] não
88. [ ] NSI

93) O cronograma de atividades é baseado na análise de situação de sua área?
1. [ ] sim
2. [ ] não
88. [ ] NSI

94) Realizam reunião de equipe?
1. [ ] sim
2. [ ] não (ir para 96)
88. [ ] NSI (ir para 96)

95) Com qual periodicidade?
1. [ ] semanal
2. [ ] quinzenal
3. [ ] mensal
4. [ ] bimestral
5. [ ] outro; especifique .....
88. [ ] NSI

96) A sua equipe realiza avaliação dos resultados alcançados e não alcançados?
1. [ ] sim
2. [ ] não (ir para 99)
88. [ ] NSI (ir para 99)

97) Planejam a continuidade das ações ou definem novas estratégias?
1. [ ] sim
2. [ ] não
88. [ ] NSI

98) Com que periodicidade avaliam resultados alcançados?
1. [ ] semanal
2. [ ] quinzenal
3. [ ] mensal
4. [ ] bimestral
5. [ ] outro; especifique .....
88. [ ] NSI

99) Existe algum recurso de apoio técnico para os profissionais da equipe?
1. [ ] NASF
2. [ ] Telessaúde
3. [ ] apoio matricial
4. [ ] outro; especifique .....
88. [ ] NSI

100) Sua equipe esta completa?
1. [ ] sim (ir para 102)
2. [ ] não
88. [ ] NSI (ir para 102)

101) Qual(is) profissional(is) está(ão) faltando?
.....
.....

102) Ocorre rotatividade de algum profissional na equipe?
1. [ ] sim (ir para 104
2. [ ] não
88. [ ] NSI (ir para 104)

103) Qual(is) profissional na equipe ocorre rotatividade?

.....

.....

104) Qual o tempo médio (em meses) de permanência deste profissional?

.....

.....

105) A gestão municipal e/ou Coordenação de Atenção Básica disponibiliza para as equipes informações atualizadas do sistema de referência e contrarreferência municipal?

1. [ ] sim
2. [ ] não
88. [ ] NSI

106) A gestão municipal e/ou Coordenação de Atenção Básica disponibiliza para as equipes relação de medicamentos da farmácia?

1. [ ] sim
2. [ ] não
88. [ ] NSI

107) A gestão municipal e/ou Coordenação de Atenção Básica disponibiliza para as equipes documento estabelecendo as atribuições de cada profissional na ESF?

1. [ ] sim
2. [ ] não
88. [ ] NSI

Data da coleta de dados: ...../ ...../ .....

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você esta sendo convidado a participar da pesquisa *Análise do Processo de Trabalho para Hipertensão Arterial na Atenção Primária nos Municípios de Mato Grosso do Sul* na qualidade de entrevistado. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Este estudo está sendo conduzido por, Ana Paula Gonçalves de Lima Resende.

O objetivo principal deste estudo é avaliar os processos de trabalho da Atenção Primária tendo como parâmetro a proporção de internações por causas sensíveis ao cuidado primário, decorrentes da hipertensão arterial, nos municípios de Mato Grosso do Sul.

Sua colaboração nesta pesquisa consiste em participar de uma entrevista. Os benefícios relacionados com a sua participação são muito importantes para avaliar o processo de trabalho destinado ao portador de hipertensão arterial, na atenção primária, segundo os critérios de avaliação da estrutura, processo e resultado.

A entrevista não causará nenhum prejuízo, nem constrangimento para você. Sua participação não lhe trará compensação financeira de nenhum modo e nem estabelecerá vínculo com a Instituição responsável pelo desenvolvimento da pesquisa.

A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. As informações concedidas serão utilizadas somente para esta pesquisa e todo material usado nesta pesquisa será guardado com a autora, por um período de 5 anos, e depois destruído de acordo com a Resolução 196/96. Os dados poderão ser divulgados em congressos e revistas científicas, sendo garantido o anonimato dos entrevistados.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional da pesquisadora, da coordenadora do projeto e do Contato Comitê Ética Pesquisa, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas, e que sou voluntário a tomar parte neste estudo.

Campo Grande, ... de ..... de .....

.....
Participante da pesquisa

.....
Ana Paula Gonçalves de Lima Resende
Mestranda em Enfermagem/Pesquisadora

Rua Dr. Meireles, s/n, Bairro Coronel Antonino
Campo Grande, MS; Telefone: (67) 3314-4632

.....
Profa. Dra. Ana Rita Barbieri
Orientadora/UFMS

Avenida Senador Filinto Muller, 1, UFMS
Campo Grande, MS, CCBS/DTA, (67) 3345-7000

Contato Comitê Ética Pesquisa: (67) 3345-7186

ANEXO

AUTORIZAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

UFMS

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise de desempenho do processo de trabalho para hipertensão arterial na atenção primária nos municípios de Mato Grosso do Sul

Pesquisador: ANA PAULA GONÇALVES DE LIMA RESENDE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 16526713.2.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 383.278

Data da Relatoria: 02/09/2013

Apresentação do Projeto:

O estudo pretende associar a proporção de internações por causas sensíveis ao cuidado primário,decorrentes da hipertensão arterial, no período de julho 2011 a junho de 2012. Inicialmente serão coletados os dados de internações hospitalares nos municípios, que serão extraídos do SIH-SUS do DATASUS a partir da base de dados da SES.Após a identificação das internações, será aplicada um formulário construido para analisar os processos de trabalho, considerando a abordagem sistêmica proposta por Donabedian, para avaliação dos serviços de saúde.

Como critério de seleção serão avaliados através de formulário, os quatro primeiros municípios com melhor resultado e os quatro municípios que apresentarem os piores resultados quanto a proporção de internação hospitalar, totalizando 8 municípios. Serão avaliadas quatro equipes por cada município selecionado,totalizando 32 equipes. A avaliação será por meio de entrevista com um profissional de nível superior.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar os processos de trabalho da atenção primária à saúde tendo como parâmetro a proporção de internações por causas sensíveis ao cuidado

primário, decorrentes da hipertensão arterial, nos municípios de Mato Grosso do Sul.

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: ((67) 33)45-7-187 **Fax:** ((67) 33)45-7-187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos da pesquisa são mínimos e os benefícios esperados estão na identificação de problemas nos municípios com maiores números de internações evitáveis, que poderão ser melhores visualizados e enfrentados. A metodologia da pesquisa e o instrumento utilizado para conhecer os processos de trabalho estarão disponíveis para gestores e profissionais da saúde discutirem e utilizarem.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem proposta relevante para o estudo do cuidado à hipertensão arterial na atenção primária. Encontra-se estruturado dentro da finalidade do estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta folha de rosto adequada, autorização da secretaria de estado de saúde para acesso ao banco de dados e termo de compromisso para utilização dos dados.

Recomendações:

Cuidado na divulgação dos resultados quanto a exposição dos participantes e a gestão dos serviços de Saúde do Munícipio selecionados pela pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto atendeu as solicitações e o parecer é pela aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CAMPO GRANDE, 04 de Setembro de 2013

Assinador por:
Edilson dos Reis
(Coordenador)

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: ((67) 33)45-7-187 **Fax:** ((67) 33)45-7-187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SU
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Termo de Compromisso para Utilização de Informações de Banco de Dados

Título da Pesquisa: Análise de desempenho do processo de trabalho para hipertensão arterial na atenção primária nos municípios de Mato Grosso do Sul

Nome do Pesquisador: Ana Paula Gonçalves de Lima Resende, Ana Rita Barbieri, Maria Gorette dos Reis.

Bases de dados a serem utilizados: SIH/SUS, SIAB, SIA/SUS e banco de dados específicos SES contendo dados de internações, por causas sensíveis ao cuidado primário, dos municípios de Mato Grosso do Sul.

Como pesquisador (a) supra qualificado (a) comprometo-me com utilização das informações contidas nas bases de dados acima citadas, protegendo a imagem das pessoas envolvidas e a sua não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em seu prejuízo ou das comunidades envolvidas, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ou econômico-financeiro.
Declaro ainda que estou ciente da necessidade de respeito à privacidade das pessoas envolvidas em conformidade com os dispostos legais citados* e que os dados destas bases serão utilizados somente neste projeto, pelo qual se vinculam. Todo e qualquer outro uso que venha a ser necessário ou planejado, deverá ser objeto de novo projeto de pesquisa e que deverá, por sua vez, sofrer o trâmite legal institucional para o fim a que se destina.

Por ser esta a legítima expressão da verdade, firmo o presente Termo de Compromisso.
*Constituição Federal Brasileira (1988) – art. 5º, incisos X e XIV
Código Civil – arts. 20-21
Código Penal – arts. 153-154
Código de Processo Civil – arts. 347, 363, 406
Código Defesa do Consumidor – arts. 43- 44
Medida Provisória – 2.200 – 2, de 24 de agosto de 2001
Resoluções da ANS (Lei nº 9.961 de 28/01/2000) em particular a RN nº 21

Campo Grande (MS) 15/ 04 /2013

Ana Paula Gonçalves de Lima Resende

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SU
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA BANCO DE DADOS

Campo Grande, 30 de abril de 2013.

Sr. Secretária Estadual de Saúde: Drª Beatriz F. Dobashi
Secretaria Estadual de Saúde de MS – SES/MS

Eu, Ana Paula Gonçalves de Lima Resende, mestranda do curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS, pesquisadora do projeto intitulado "Análise de desempenho do processo de trabalho para hipertensão arterial na atenção primária nos municípios de Mato Grosso do Sul", e Maria Gorette dos Reis, coordenadora da pesquisa, vimos pelo presente, solicitar autorização da Secretaria de Estado de Saúde de MS, para realização da coleta de dados através do banco de dados SIH/SUS, SIA/SUS, SIAB desta SES, no período de junho a outubro de 2013, para a referida pesquisa com o objetivo de avaliar os processos de trabalho da atenção primária à saúde tendo como parâmetro a proporção de internações por causas sensíveis ao cuidado primário, decorrentes da hipertensão arterial, nos municípios de Mato Grosso do Sul. Após a estratificação dos municípios, solicitamos autorização para aplicação do formulário nos 08 municípios que serão selecionados. Esta pesquisa está sendo orientada pelo(a) Professor(a) Drª Ana Rita Barbieri. Segue em anexo o Termo de compromisso para utilização de banco de dados e o Projeto de Pesquisa. Contando com a autorização desta instituição, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos no telefone 9961-2711 ou email: anacgas@gmail.com.

Enfª Esp. Ana Paula Gonçalves de Lima Resende

Professor(a) Drª Maria Gorette dos Reis

Professor(a) Drª Ana Rita Barbieri
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

RECEBIDO NO GABINETE/SES/MS
Dia 06/03/13 às 11:06 h
3318-1710

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
GABINETE

AUTORIZAÇÃO

Eu, **Antonio Lastoria**, Secretário de Estado de Saúde Interino, autorizo a ampliação da disponibilização de consulta aos bancos de dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), no período 2009 a 2012, referente à avaliação dos processos de trabalho da atenção primária à saúde tendo como parâmetro a proporção de internações por causas sensíveis ao cuidado primário, decorrentes da hipertensão arterial nos municípios de Mato Grosso do Sul, para a pesquisadora **ANA PAULA GONÇALVES DE LIMA RESENDE**, considerando a necessidade dos dados para a realização de um projeto de pesquisa intitulado "Análise de desempenho do processo de trabalho para hipertensão arterial na atenção primária nos municípios de Mato Grosso do Sul".

Informo que não há modificação na autorização anterior para consulta aos bancos de dados para o período de agosto a outubro de 2013.

Deverá ser apresentada a apreciação do Comitê de Ética no momento da consulta ao Banco. Deverá ser apresentada Declaração de Responsabilidade com o sigilo das informações consultadas.

Campo Grande/MS, 17 de outubro de 2013

Antonio Lastoria
Secretário de Estado de Saúde Interino/MS
Matrícula nº. 9253653

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA EM BANCO DE DADOS

Campo Grande, 30 de setembro de 2013.

Sr. Secretário-Adjunto de Saúde: Dr. Antonio Lastória
Secretaria Estadual de Saúde de MS – SES/MS

Eu, Ana Paula Gonçalves de Lima Resende, mestranda do curso de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS, pesquisadora do projeto entitulado " Análise de desempenho do processo de trabalho para hipertensão arterial na atenção primária nos municípios de Mato Grosso do Sul" e Profª Drª Ana Rita Barbieri, orientadora da pesquisa, vimos pelo presente, solicitar a autorização da Secretaria de Estado de Saúde de MS, para estender o prazo de coleta de dados, conforme cópia de autorização prévia em anexo, pois após prévia análise estatística dos dados levantados, verificou-se a necessidade de levantar dados em um período maior abrangência, alterando o levantamento de dados de 2011 e 2012 para 2009 a 2012.

Não haverá modificação no período da pesquisa e nos bancos de dados consultados, sendo SIH/SUS, SIA/SUS e SIAB no período de agosto a outubro de 2013. Informamos que garantiremos a sigilosidade da identidade dos municípios e dos profissionais entrevistados.

A referida pesquisa tem como objetivo avaliar os processos de trabalho da atenção primária a saúde tendo como parâmetro a proporção de internações por causas sensíveis ao cuidado primário, decorrentes da hipertensão arterial, nos municípios de Mato Grosso do Sul. Contando com a autorização desta Instituição, colocamo-nos a disposição para quaisquer esclarecimentos no telefone 9961-2711 ou email: anacgas@gmail.com.

Enfª Esp. Ana Paula Gonçalves de Lima Resende

Secretaria de Estado de Saúde
Gabinete
Protocolo nº 4378
Data: 15/10/13 às 11:05
Nome: Cabral