

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA- UNESP

FACULDADE DE MEDICINA

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Caroline Pinheiro

**ANÁLISE DE DEZ ANOS DE UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE POR
UMA COORTE DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL, NO CSE - BOTUCATU, EM 1995**

BOTUCATU

2011

Caroline Pinheiro

ANÁLISE DE DEZ ANOS DE UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE POR
UMA COORTE DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL, NO CSE - BOTUCATU, EM 1995

Monografia de conclusão de Curso apresentada

ao Curso de Graduação em Enfermagem.

Faculdade de Medicina. Botucatu. UNESP.

Orientadora: Prof^a. Marli Teresinha Cassamassimo Duarte

BOTUCATU

2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: **ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE**

Pinheiro, Caroline.

Análise de dez anos de utilização de serviços de saúde por uma coorte de pacientes diagnosticados com hipertensão arterial, no CSE - Botucatu, em 1995 / Caroline Pinheiro. – Botucatu : [s. n.], 2011

Trabalho de conclusão de curso (bacharelado - Enfermagem) -
Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu
Orientador: Prof. Marli Teresinha Cassamassimo Duarte
Capes: 40400000

1. Hipertensão - Diagnóstico. 2. Serviços de saúde.

Palavras-chave: Abandono; Hipertensão; Serviço de saúde; Usuários.

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a minha queridíssima professora Marli, que me acolheu desde o primeiro ano da graduação, como uma fada madrinha.

Aos meus colegas do CSE que me receberam, ajudaram e ensinaram lições que levarei para o resto da minha vida.

Ao professor “Toninho”, pela sua paciência, sabedoria e amizade.

A Enf. Mariana, veterana que foi fundamental na minha vida, me ensinando como é ser enfermeira na vida real. Ajudou-me demais na elaboração do trabalho, peça essencial do meu estágio.

A Enf. Ana Paula, amiga querida que dividiu problemas e alegrias.

Aos meus amigos da UVF que respeitaram, acreditaram no meu potencial e permitiram meu crescimento. Sem contar as risadas que demos juntos.

Dedico ao meu grande amor Michel que ficou comigo nas horas mais difíceis.

Aos meus sogros que me proporcionaram momentos felizes.

As minhas amigas Priscila (Malps), Bárbara (Merce), Juliana (Clone), Cláudia (Fores), Paola (Inçana), Ana Paula (Roles), Livia (Ara) e Drielly (Tod), que me ensinaram a ser gente grande e me deram motivos para ficar feliz em uma nova cidade.

Ao meu pai, Sr. Pinheiro que nunca negou nada para mim e foi o grande responsável pela realização desse sonho.

A minha mãe, Neide, que sempre me deu colo nas horas que eu mais precisei, nunca mediu esforços para que eu fosse feliz.

Ao meu irmão caçula Vinícius, que me diverte, me dá carinho e muitas alegrias.

AGRADECIMENTOS

Neste momento desejo expressar meus agradecimentos as pessoas que compartilharam a realização desse trabalho.

À Professora Marli, orientadora e mestra, pela contribuição essencial no trabalho, na minha formação e na minha vida adulta.

Ao Professor Dr. Antônio de Pádua Pithon Cyrino pela orientação, construção do formulário, revisão do trabalho e incluir o trabalho no CNPQ.

Ao Prof. Fenando Frei que contribuiu com as análises estatísticas.

A Enf. Mariana que contribuiu na elaboração da introdução, do formulário e na coleta de dados.

A Prof. Dr. Janete pela contribuição no meu desenvolvimento profissional.

A Rosângela Giarola, Maria Luiza Neri Caldas e Eliana Lovizuto pelo auxílio na coleta de dados.

A todos os funcionários do arquivo do CSE e unidades da rede, que separaram os prontuários para a coleta de dados.

A Mônica Kron pelo auxílio no levantamento dos pacientes estudados.

Ao secretário da Saúde de Botucatu, Prof. Dr. Antônio Luiz Caldas Junior que autorizou nossa equipe entrar em todas as unidades do município.

A todas as enfermeiras que permitiram nossa presença em suas unidades para a coleta de dados.

Ao meu amigo Felipe Sanchez Guimarães pela ajuda com o abstract e pela convivência.

A minha mãe, Neide Ana Vicente Pinheiro por me ajudar na digitação, pela convivência e amor.

Ao meu pai, José R. Pinheiro pela grande ajuda na impressão do trabalho, convivência e amor.

Ao Michel, querido companheiro, pelo apoio na elaboração das tabelas, carinho e amor dedicado.

Ao Aguinaldo, que me auxiliou na configuração do trabalho.

EPÍGRAFE

*“As pessoas têm medo das mudanças.
Eu tenho medo que as coisas nunca mudem.”*

Chico Buarque de Holanda

RESUMO

Introdução: A hipertensão arterial é uma doença crônica que pode ser controlada mediante mudanças no estilo de vida e/ou tratamento medicamentoso, os quais requerem seguimento em serviços de saúde. A não adesão ao seguimento/tratamento é um dos importantes obstáculos ao controle da doença. **Objetivo:** caracterizar e analisar o perfil de uso do serviço de saúde por uma coorte composta por 192 pacientes diagnosticados com hipertensão arterial em 1995, nos períodos de 2001 – 2005 e 2006 – 2010. **Metodologia:** Trata-se de estudo longitudinal, retrospectivo e descritivo desenvolvido no Centro de Saúde Escola (CSE) da Faculdade de Medicina de Botucatu -UNESP em continuidade à pesquisa anterior que analisou o seguimento da referida coorte no período de 1995 – 1999. Os dados foram obtidos dos prontuários dos pacientes por meio de formulário estruturado adaptado do empregado na fase anterior do estudo. Nos casos em que houve transferência para outras unidades de saúde, as informações foram obtidas, também dos prontuários, até o período em que o paciente frequentou o CSE. A análise dos dados deu-se por meio da estatística descritiva. **Resultados:** Predominaram os pacientes com idade entre 50 – 69 anos (47,9%), brancos (93,2%), do sexo feminino (56,7%) e com baixo nível de escolaridade (72,7%). No período de 2001 a 2005, 76 (39,5%) pacientes mantiveram-se em seguimento, sendo que 44 (22,9%) foram provenientes do grupo aderente (GAD), 17 (8,8%) do grupo abandono/aderente (GAB/GAD) e 15 (7,8%) do grupo abandono (GAB), grupos já identificados no estudo que analisou o período de 1995 – 1999. Ao final do terceiro período de seguimento da coorte (2006 – 2010), 60 (31,2%) pacientes permaneceram em seguimento médico. A taxa total de mortalidade da coorte foi de 15,1% no período todo e 21,9% foram transferidos para outras unidades de saúde do município. **Conclusão:** Concluiu-se que a forma de utilização do serviço de saúde pelos 192

integrantes da coorte manteve um padrão muito semelhante ao já identificado na análise anterior, com maior regularidade de seguimento entre os pacientes que pertenciam ao grupo aderente e menor regularidade, entre aqueles que haviam abandonado o seguimento, até o final de 1999. O estudo do fluxo dos pacientes mostrou que a utilização do serviço de saúde é dinâmica, apontando que abandono do seguimento em um período pode não significar desvinculação permanente deste serviço, assim como, também, que há mudanças na forma do paciente utilizar o serviço, ou seja, ora com regularidade, ora, irregularmente. Apontou, também, que abandono do seguimento em dado serviço de saúde não significa abandono do cuidado, uma vez que o paciente pode transferir-se para outra unidade de saúde.

Palavras-chave: Hipertensão, Abandono, Usuários, Serviço de saúde

Abstract

Introduction: The arterial hypertension is a chronic disease, which can be controlled by changing the way of life, as well as by drug treatment, which demand specific Health Care sequence. The lack of adherence to sequence/treatment is one of the main obstacles the disease control. **Objective:** Characterize and analyze the profile of Health Care usage by a 192 patient cohort diagnosed with arterial hypertension in 1995, between the period of 2001 – 2005 and 2006 – 2010. **Methodology:** It is a longitudinal study, retrospective and descriptive developed on School Health Center(SHC) which belongs to School of Medicine Botucatu –UNESP, in continuity of the previous research which has analyzed the sequence of the referred sample between the period of 1995 – 1999. The database was obtained from the patients records by using structured adapted forms appointed in the previous study phase. In the case there were transfers to other Health Care facilities, the database was obtained by the records either, while the patients attended the CSE. The database was analyzed by means of descriptive statistics. **Results:** Predominated the patients in the age from 50 – 69 (47,9%), whites (93,2%), female (56,7%) with low level of education (72,7%). In the period of 2001 - 2005, 76 (39,5%) of the patients remained under sequence, and that 44 (22,9%) belonged to adherence group (GAD), 17 belonged to abandonment/adherent group (GAB/GAD) and 15 to the abandonment group (GAB), groups which were already identified by the study which has analyzed the period of 1995 – 1999. At the end of the third period of the sample sequence (2006 – 2010), 60 (31,2%) of the patients kept under medical sequence. The cohort's mortality rate in the period reached 15,1% and 21,9% were transferred to other Municipal Health Care facilities. **Conclusion:** We conclude that the Health Care service usage by the 192 sample's integrants kept the same model already identified in the previous analysis, with higher sequence regularity among the patients

who belonged to the adherent group and lower regularity among the patients who have abandoned the sequence until the end of 1999. The study of the patients flow demonstrated that the Health Care service usage is dynamic, indicating that the sequence abandonment in a determined period might not mean the permanent untying of the service, as well as, at the same time, there are changes in service usage, that means, sometimes in a regular way, sometimes in an irregular way. It demonstrated also that the abandonment of a Health Care service does not mean the abandonment of the treatment, once it might be transferred to another Health Care facility.

Key words: Hypertension; abandonment, User, Heal Care Service

Sumário

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	17
3. CASUÍSTICA E MÉTODO	18
3.1. Campo de Estudo.....	18
3. 2. Sujeitos do Estudo.....	19
3.3. Coleta de Dados.....	19
3.4. Análise dos Dados.....	21
3.5. Procedimentos Éticos.....	21
4. RESULTADOS	22
4.1. Características Sociodemográficas	22
4.2. Características de utilização do serviço de saúde nos períodos 2001 – 2005 e 2006 - 2010	23
4.3. Dinâmica da utilização dos serviços	26
5. DISCUSSÃO	30
6. CONCLUSÃO	34
7. REFERÊNCIAS	
ANEXOS	

1. INTRODUÇÃO

O perfil de adoecimento e morte da população brasileira apresentou significativas mudanças nas últimas décadas, observando-se um declínio da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, predominantes no país até meados dos anos 60 e a ascensão da mortalidade por doenças crônico-degenerativas.¹

Dentre as chamadas doenças crônico-degenerativas são as do aparelho circulatório aquelas responsáveis pelo maior número de óbitos no Brasil, destacando-se, neste grupo, a doença cerebrovascular e a doença isquêmica do coração. Essas foram responsáveis por cerca de 300 mil mortes em 2006, quase 30% do total de óbitos registrados. Na faixa etária de 30 a 69 anos as doenças cardiovasculares representam um terço dos óbitos totais.^{1,2}

Segundo dados do IBGE, em 2009 foram registrados 934 óbitos em Botucatu, destes, 278 foram relacionados às doenças do aparelho circulatório, sendo 136 óbitos masculinos e 142 femininos.³

A magnitude deste grupo de agravos, também, é extremamente significativa no âmbito econômico. Em 2007, houve 1.157.509 internações por doenças cardiovasculares no Sistema Único de Saúde (SUS), chegando a novembro de 2009, a 91.970 internações, gerando um custo de R\$165.461.644,33 somente no mês citado.⁴

Ainda no grupo de agravos, encontramos as doenças renais crônicas, pois a hipertensão arterial é um dos fatores que leva a doença renal.⁴ Em 2007, esse grupo correspondeu a 94.282 indivíduos inclusos e 9.486 óbitos.²

Segundo os dados apontados anualmente pelo Ministério da Saúde, através do programa VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), o número de hipertensos diagnosticados no Brasil aumentou, pois em 2006 a prevalência era de 21,5% passando, em 2009, a 24,4% da população.⁵

Os dados nacionais com relação à hipertensão arterial apontam variação nas prevalências por faixa etária, sendo maior (63,2%) entre indivíduos com 65 anos ou mais e menor entre aqueles com idade até 34 anos (14,0%), no ano de 2009, e que também houve aumento desta em todas as faixas etárias, com relação a 2006.⁵

Tal aumento pode ser justificado em função de mudanças na quantidade e qualidade do consumo de alimentos. Houve um crescimento significativo na ingestão de carboidrato simples e lipídios, elevando a taxa de sobrepeso e de indivíduos obesos.⁶

A modificação nos hábitos alimentares e de vida da população brasileira vem refletindo diretamente no aumento dos fatores de risco para hipertensão arterial, e de uma maneira geral, para doenças cardiovasculares.⁶

De acordo com o VI Consenso Brasileiro de Hipertensão as modificações de estilo de vida que, comprovadamente, reduzem a pressão arterial são: redução do peso corporal, redução da ingestão de sal, abster-se de bebidas alcoólicas e do cigarro, adequar dieta alimentar, reduzir a ingestão de café, e a prática de exercícios físicos com regularidade.^{4,7,8}

O tratamento não-medicamentoso é indicado para todos os hipertensos, entretanto, alguns necessitam de medicação anti-hipertensiva, para promover a redução dos níveis pressóricos e a redução de eventos cardiovasculares fatais e lesões de órgãos-alvo.^{9,10}

Muitos estudos, realizados desde os anos 60, têm demonstrado a eficácia da medicação anti-hipertensiva no controle da pressão arterial¹⁰⁻¹²

Entretanto indivíduos conscientes de que são hipertensos, iniciam seu tratamento, mas não cumprem as recomendações médicas ou abandonam o seguimento ao serviço. Aderir ou cumprir adequadamente o tratamento é muito mais do que apenas

utilizar o medicamento prescrito. Implica seguir as demais recomendações terapêuticas.^{8,13-16}

A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou em 2008, um estudo afirmando que há uma necessidade de pesquisas para preencher lacunas no conhecimento sobre adesão ao tratamento. (OMS) A literatura aponta até o presente estudo, que adesão ao tratamento tem ligação com características sociodemográficas, sintomatológicas, relacionamento entre os profissionais de saúde-paciente, compreensão e percepção da hipertensão arterial pelo paciente.^{7,8}

Alguns autores ressaltam a importância dos familiares na adesão ao tratamento, pois os valores, crenças são compartilhados com a família. O saber dos parentes, mesmo que superficial, pode ser significativo na viabilização da adesão ao tratamento.¹⁷

A não-adesão se deve a problemas diversos, dentre eles, os relacionados ao tratamento medicamentoso, como por exemplo, na aquisição deste, ou até mesmo, no fato de terem de ser ingeridos diariamente.¹⁸⁻²⁰ Pessoas com baixa escolaridade tendem a ter menor adesão.¹⁹ O uso de álcool e a ausência de sintomas também dificultam o tratamento.^{19,21} Quanto maior o conhecimento dos pacientes sobre a doença, maior a aceitação do tratamento.^{19,21}

O tratamento deve seguir o sistema de hierarquização da saúde, sendo sua base no nível primário.¹⁸ É indispensável à vinculação do paciente com a unidade básica de saúde, o diagnóstico correto realizado por profissionais qualificados, pois o maior contato com o serviço resulta na adesão ao tratamento.¹⁸

A eficácia do tratamento anti-hipertensivo não vem sendo acompanhada, na prática, de sua necessária eficiência, que é o controle da hipertensão arterial. Atribui-se a ineficiência às dificuldades que se inter-relacionam, tais como, as de acesso universal

aos serviços de saúde e as de seguimento dos indivíduos ao tratamento anti-hipertensivo.^{15,22}

A relevância destes aspectos aponta a necessidade do SUS ampliar a sua cobertura, aprofundando sua reorganização, e assim, buscar a integralidade de ações de promoção, prevenção e cura, às doenças de maior prevalência, tendo em vista que esses aspectos são prioritários na Política Nacional de Atenção Básica e o Pacto pela Saúde.^{21,23}

Duas estratégias, já formuladas, podem ser utilizadas para abordar os pacientes com doença crônico-degenerativa, em especial a hipertensão arterial.²⁴ São elas o: “enfoque de risco”, que propõe o controle da exposição aos fatores de risco diretamente ao indivíduo de alto risco; e o “enfoque populacional” que tem uma abordagem coletiva e visa à redução dos fatores de risco na população, através de campanhas, por exemplo.^{24,25}

Ambas as propostas tem como pressuposto a diminuição das morbidades relacionadas às doenças crônico-degenerativas diretamente ligadas ao decréscimo dos fatores de risco das mesmas.²⁴

A “estratégia de alto risco” que é realizada através da assistência médica e multiprofissional diretamente ao paciente, também faz busca ativa dos pacientes considerados alto risco ainda não identificados.^{24,26} A avaliação desse programa deve conter ao seu término uma apreciação epidemiológica, avaliando o comportamento da hipertensão na população.^{24,27}

O processo de avaliação supracitado, na prática, apresenta dificuldades operacionais e conceituais como: a necessidade de se atingir um nível de cobertura, suficientemente alto, para que alterações do perfil epidemiológico possam ser identificadas, limitando a avaliação numa fase inicial de implantação do programa; o

limitado alcance fidedigno do grupo indivíduos com alto risco para doença crônico-degenerativa promove uma melhoria dos padrões de morbi-mortalidade parcial; e por último, a produção do resultado esperado só se faria em longo prazo, o que dificultaria a reorientação contínua das ações de controle.^{24,26}

A avaliação do processo de trabalho relativo ao programa de enfoque de risco possui três enfoques pertinentes a serem seguidos: avaliação da cobertura, que consiste na relação entre demanda atendida e demanda potencial; avaliação do uso do serviço, que verifica uma concentração mínima de atividades necessárias a um indivíduo programático; e por fim, a avaliação do conteúdo das ações, que analisa múltiplos aspectos entre eles a eficácia dos processos de diagnósticos desde os fatores de risco até a hipertensão já instalada e terapêuticos.^{24,26}

Esta última, não deve simplesmente ficar restrita aos parâmetros técnicos apresentados, e sim, ser ampliada envolvendo demandas e expectativas dos usuários em relação ao atendimento prestado pelo serviço de saúde; aderência dos agentes envolvidos no atendimento – profissionais da saúde; conexão entre as atividades diversas presentes no programa.²⁴

Nesta perspectiva, a avaliação aplicada à análise de um programa de atenção à saúde, permitiria identificar as questões efetivamente tomadas como relevantes à intervenção por um dado conjunto de atividades organizadas, a compreensão sobre os trabalhos em equipe e o desempenho profissional dos servidores envolvidos nas atividades e, por fim, os resultados atribuíveis às ações observados nos usuários e/ou população-alvo, através da utilização de instrumentos de trabalho adequados aos objetivos propostos pelo programa.^{24,26}

A importância comprovada do enfoque de alto-risco na redução da morbi-mortalidade por hipertensão arterial, assim como da avaliação dos programas

implantados, com destaque para a utilização dos serviços de saúde justifica esta investigação.

2.OBJETIVO

Caracterizar e analisar o perfil de uso do serviço de saúde dos sujeitos deste estudo, nos períodos de 2001 – 2005 e 2006 - 2010.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Traçar o perfil sociodemográfico da população investigada;
2. Caracterizar os modos de utilização do serviço de saúde nos períodos de 2001 – 2005 e 2006 – 2010;
3. Identificar o fluxo de utilização do serviço de saúde;
4. Analisar a dinâmica de utilização do serviço de saúde.

3. MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho de caráter longitudinal, retrospectivo, descritivo e analítico integra a linha de pesquisa “Estudo da assistência prestada aos pacientes portadores de hipertensão arterial em serviço de atenção primária à saúde, Botucatu”²⁸ e terá como foco a utilização de serviços de saúde. Como tal, dará continuidade ao “Estudo dos motivos de abandono do tratamento da hipertensão arterial: relato de usuários do CSE – Botucatu, 1995/1999”.²⁹

3.1 Campo de Estudo

Foi desenvolvido junto ao Centro de Saúde Escola (CSE), unidade auxiliar da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP que compõe a rede básica e de especialidades no município de Botucatu. Desde 1972 o CSE presta atenção à saúde à população residente em área delimitada, além de se constituir em campo de ensino e pesquisa para alunos de graduação e pós-graduação da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP e outras instituições de investigação em Atenção Primária à Saúde e Saúde Pública.

O município de Botucatu situa-se na região sudoeste do Estado de São Paulo, distando 230 km da capital. Sua área é de 1.482,87 km² em divisão territorial, o Município de Botucatu é constituído de 3 Distritos: Botucatu, Rubião Junior e Vitoriana. Sua população em 2011 é de 129.234 habitantes, com densidade populacional de 87,15 habitantes/km², grau de urbanização de 96,35 e com índice de desenvolvimento humano, em 2000, de 0,822, em comparação com 0,814, para o Estado de São Paulo.³⁰

A assistência no CSE é organizada em diferentes áreas dirigidas ao adulto, criança e mulher, ao controle da tuberculose e da hanseníase. Conta, ainda, com outras

áreas de atenção, como: saúde mental, oftalmologia, dermatologia, saúde ocupacional, saúde bucal, fisioterapia e fonoaudiologia. No atendimento ao adulto, conta com programas de controle de hipertensão arterial e diabetes e de atenção à saúde no envelhecimento.

3.2 Sujeitos do estudo

Foram incluídos neste estudo os 192 pacientes que compõem a coorte diagnosticada com hipertensão arterial (HA) no CSE, no ano de 1995.

3.3 Coleta de dados

Os dados foram obtidos dos prontuários dos pacientes por meio de formulário estruturado (anexo1) e adaptado de estudo anterior²⁹. A coleta foi realizada pela própria pesquisadora e outros colaboradores previamente treinados.

Nos casos em que houve transferência de indivíduos da coorte para outras unidades de saúde, as informações referentes ao seu seguimento no CSE foram obtidas dos prontuários, até a data da transferência. Esta coleta foi realizada na unidade de saúde em que o paciente está vinculado atualmente.

As variáveis do estudo foram: sexo (masculino/feminino), idade em 2001 (20 – 29; 30 – 39, 40 – 49, 50 – 59, 60 – 69, 70 – 79 e 80 anos e mais), cor da pele/etnia (branca, preto/pardo e indígena), escolaridade (nenhum estudo, 1 a 4, 5 a 7, 8 a 11 e 12 e mais) e frequência dos pacientes às consultas médicas. As variáveis número de retornos solicitados, número de medicamentos anti-hipertensivos, número de medicamentos de uso contínuo e número de médicos que atenderam o paciente não foram analisadas neste momento.

Para análise da utilização do serviço de saúde pela coorte de pacientes com diagnóstico de hipertensão arterial, no CSE, em 1995 empregou-se categorização realizada em estudo anterior²⁹, o qual adotando a definição de abandono de seguimento, como o não-comparecimento à consulta médica, após 180 dias, a partir do último dia do mês da solicitação da consulta, identificou três padrões de utilização do serviço:

- Grupo aderente (GAD): pacientes que nunca abandonaram o seguimento médico no CSE, composto por 62 indivíduos;
- Grupo Abandono/aderente (GAB/AD): pacientes que abandonaram o seguimento, e que, novamente, voltaram a frequentá-lo, composto por 41 indivíduos;
- Grupo Abandono (GAB): pacientes que haviam abandonado o seguimento médico no CSE, composto por 89 pacientes.

A fim de se caracterizar o perfil de uso do serviço de saúde pelos sujeitos deste estudo, nos períodos de 2001 – 2005 e 2006 - 2010 adotou-se a definição de seguimento regular, quando ocorreu pelo menos um comparecimento à consulta médica de retorno, no ano, para seguimento clínico da HA. O seguimento irregular foi definido como falha no comparecimento à consulta médica para o acompanhamento clínico da HA, em pelo menos um ano, do período analisado e abandono de seguimento, quando o paciente não compareceu ao serviço de saúde no quinquênio analisado.

Na análise dos dados do segundo quinquênio (2006-2010) excluiu-se os pacientes que morreram e que foram transferidos, de forma que o GAD foi composto por 49 pacientes, o GAB/AD por 25 e o GAB por 58.

O comparecimento às consultas médicas foi utilizado como parâmetro para definição do perfil de utilização do serviço por ser esta a atividade que se manteve constante do início ao fim do estudo.

3.4 Análise dos dados

Os dados foram codificados e processados em planilha do programa Excell.

Para o estudo descritivo das variáveis qualitativas foi empregada a distribuição frequencial, cujos resultados estão apresentados pelas frequências absoluta e relativa percentual. Para as variáveis quantitativas, utilizaram-se medidas de posição e variabilidade.

3.6 Procedimentos Éticos

Esta pesquisa seguiu os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução Nº 196/96 do Ministério da Saúde e se iniciou após a aprovação e autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista, Protocolo FMB-PC 3806-2011. Por ser estudo epidemiológico e retrospectivo foi concedido dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido pelo referido comitê para aqueles pacientes que não puderam ser encontrados e os demais assinaram o um termo, após o devido esclarecimento dos objetivos e forma de participação nesta pesquisa (Anexo 2).

4. RESULTADOS

4.1 Características Sociodemográficas

Apresenta-se na Tabela 1 a caracterização sociodemográfica dos 192 pacientes investigados. Predominaram aqueles com idade entre 50 – 69 anos (47,9%), brancos (93,2%), do sexo feminino (56,7%) e com baixo nível de escolaridade, demonstrado pelo percentual de pacientes com menos que 8 anos de escolaridade (72,7%).

TABELA 1 – Distribuição da coorte de pacientes com diagnóstico de Hipertensão Arterial no CSE em 1995, segundo forma de utilização do serviço de saúde em relação às variáveis sociodemográficas. Botucatu, 2011.

Variáveis	GAD N=62		GAB/AD N=41		GAB N=89		Total N=192	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Faixa etária								
20 – 29	0	0,0	2	4,9	1	1,1	3	1,6
30 – 39	1	1,6	2	4,9	7	7,8	10	5,2
40 – 49	5	8	4	9,7	18	20,2	27	14,1
50 – 59	16	25,8	11	26,8	20	22,4	47	24,5
60 – 69	18	29,0	10	24,4	17	19,1	45	23,4
70 – 79	16	25,8	9	21,9	12	13,4	37	19,3
≥ 80	6	9,7	3	7,3	14	15,7	23	11,9
Cor da pele								
Brancos	60	96,7	39	95,1	80	89,8	179	93,2
Negros/Pardos	2	3,3	1	2,4	9	10,1	12	6,2
Indígenas	0	0,0	1	2,4	0	0,0	1	0,5
Escolaridade								
Nenhum	11	17,7	7	17	10	11,2	28	14,5
1 a 4	25	40,3	16	39	35	39,3	76	39,5
5 a 7	14	22,5	8	19,5	14	15,7	36	18,7
8 a 11	11	17,7	7	17	18	20,2	36	18,7
≥ 12	1	1,6	3	7,3	12	13,4	16	8,3
Sexo								
Feminino	37	59,6	20	48,7	52	58,4	109	56,7
Masculino	25	40,4	21	51,3	37	41,6	83	43,2
Total	62	100,0	41	100,0	89	100,0	192	100,0

GAD=grupo aderente; GAB/GAD=grupo abandono/aderente; GAB=grupo abandono

4.2 Características de utilização do serviço de saúde nos períodos 2001 – 2005 e 2006 - 2010

A análise da frequência dos pacientes ao serviço de saúde mostrou que ao final da primeira fase do estudo (1995 – 1999) 103 (53,6%) pacientes permaneceram em seguimento médico no CSE, para tratamento da hipertensão arterial, embora, se diferenciasssem em dois grupos: Aderente (GAD) composto por 62 (32,3%) pacientes que se mantiveram em seguimento regular e grupo Aderente/Abandono (GAB/AD) compreendido pelos 41 usuários (21,3%) que abandonaram o seguimento no serviço, mas voltaram a frequentá-lo. A taxa de abandono, neste período foi de 46,4%.²⁹

A presente investigação apontou que no período de 2001 a 2005, 76 (39,5%) pacientes mantiveram-se seguimento, sendo que 44 (22,9%) foram provenientes do grupo GAD, 17 do GAB/AD e 15 do GAB. Ao final do terceiro período de seguimento da coorte (2006 – 2010), 60 (31,2%) pacientes permaneceram em seguimento médico.

Destes, 33 (17,2%) eram provenientes do GAD, 14 (7,3%) do GAB/GAD e 13 (6,7%) do GAB. Observou-se uma queda na frequência dos usuários ao serviço de saúde de 14,1% no período de 2001-2005 em relação ao período anterior e de 8,3% de 2006 - 2010, em relação a 2001 -2005.

A análise geral da forma de utilização do serviço de saúde pelos 192 integrantes da coorte mostrou que houve uma aproximação com o perfil determinado no estudo anterior²⁹ relativo ao período de 1995 a 1999. Houve maior prevalência de pacientes que se mantiveram em seguimento regular no serviço entre aqueles que já foram considerados aderentes, anteriormente, assim como, também, maior prevalência de abandono dentre aqueles que já pertenciam a esse grupo. A taxa total de mortalidade para todo o período foi de 15,1%, tendo sido maior no primeiro quinquênio (14,0%),

enquanto as transferências que representaram 21,9%, também, foram maior no primeiro quinquênio (17,2%), conforme detalha-se na tabela 2.

TABELA 2 – Distribuição da coorte de pacientes com diagnóstico de Hipertensão Arterial no CSE em 1995, segundo forma de utilização do serviço de saúde, por período. Botucatu, 2011.

Variáveis	1995-1999		2001-2005		2006-2010	
	N	%	N	%	N	%
Em Seguimento no CSE	103	53,6	76	39,5	60	31,2
Abandono	89	46,4	56	29,2	61	31,8
Óbito	0	0,0	27	14,1	29	15,1
Transferência	0	0,0	33	17,2	42	21,9
Total	192	100	192	100	192	100

Com relação aos 62 pacientes do GAD, comparando-se a forma de utilização do serviço nos dois quinquênios, identificou-se que no segundo período houve aumento da taxa de adesão (de 38,7% para 44,9%), assim como, do abandono, que passou de 8,0% a 22,4%, ao passo que, o seguimento irregular diminuiu em cerca de 10,0% (tabela 3).

O GAB/AD mostrou crescimento do seguimento regular (9,7% para 20,0%), discreto crescimento do seguimento irregular (31,7% para 36,0%) e duplicação da taxa de abandono (19,5 % para 40,0%), quando comparados os dois quinquênios. (tabela 3).

Observou-se que 15 pacientes (16,8%) que haviam abandonado o seguimento no CSE no período de 1995 a 1999 voltaram a frequentar o serviço, cinco (5,6%) de forma regular e 10 (11,2%) irregularmente, no primeiro quinquênio. A taxa de seguimento regular aumenta no segundo quinquênio, de 5,5% para 13,7% e a de seguimento irregular diminui de 11,2 para 8,6%, entretanto a taxa de abandono aumentou em 20,6% (tabela 3).

TABELA 3. Distribuição da coorte de pacientes com diagnóstico de hipertensão arterial, no CSE, em 1995, segundo formas de utilização do serviço de saúde nos períodos de 2001 – 2005 e 2006 - 2010. Botucatu, 2011.

Formas de Utilização do Serviço de Saúde	Período de análise			
	2001 – 2005		2006 – 2010	
	N	%	N	%
Grupo Aderente (GAD)	n=62		n=49	
Seguimento regular	24	38,7	22	44,9
Seguimento irregular	20	32,2	11	22,4
Abandono	5	8,0	11	22,4
Transferência	7	11,2	3	6,1
Óbito	6	9,6	2	4,0
Total	62	100,0	49	100,0
Grupo Seguimento Irregular (GAB/AD)	n=41		n=25	
Seguimento regular	4	9,7	5	20,0
Seguimento irregular	13	31,7	9	36,0
Abandono	8	19,5	10	40,0
Transferência	8	19,5	1	4,0
Óbito	8	19,5	0	0,0
Total	41	100,0	25	100,0
Grupo Abandono de Seguimento (GAB)	n=89		n=58	
Seguimento regular	5	5,6	8	13,7
Seguimento irregular	10	11,2	5	8,6
Abandono	43	48,3	40	68,9
Transferência	18	20,2	5	8,6
Óbito	13	14,6	0	0,0
Total	89	100,0	58	100,0

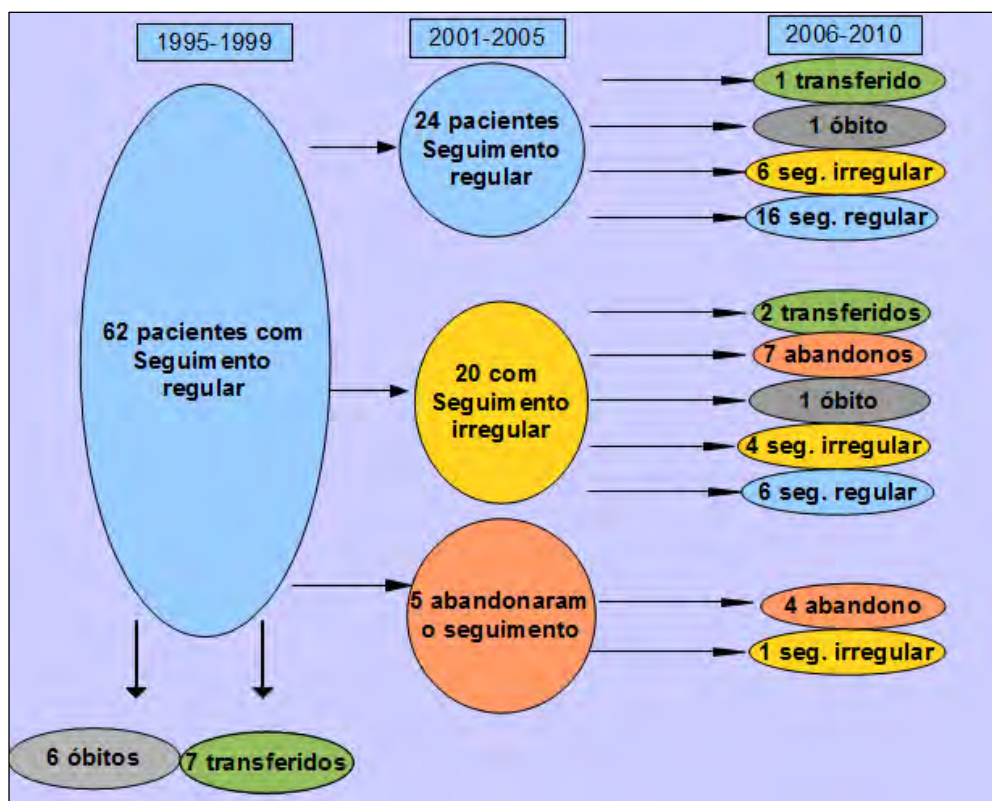
4.3 Dinâmica de utilização dos serviços

A figura 1 apresenta o fluxograma da dinâmica de utilização do serviço dos pacientes que foram considerados como aderentes (GAD) no estudo anterior²⁹, referente a 1995 -1999, com 62 sujeitos. Dentre esses, 24 (38,7%) sujeitos mantiveram seguimento regular, 20 (32,2%) seguimento irregular e 5 (8,0%) abandonaram o serviço.

Dos 24 sujeitos que foram aderentes no primeiro quinquênio, seis passaram a ter seguimento irregular, porém 16 mantiveram-se aderentes até o final da análise. Nenhum paciente abandonou o seguimento médico.

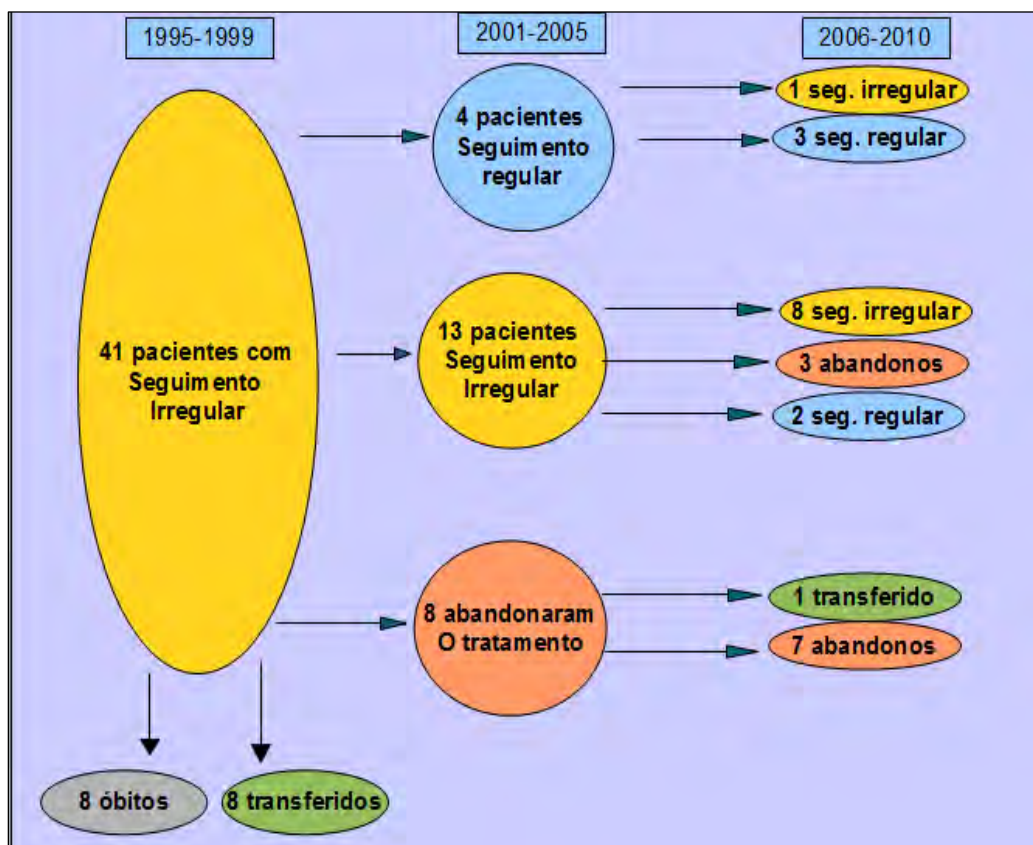
Dentre os 20 que se tornaram irregulares na unidade, seis retomaram o seguimento regular, sete abandonaram o seguimento clínico e quatro mantiveram-se irregulares, no segundo período. Com relação aos cinco pacientes que abandonaram o seguimento, apenas um voltou para o serviço, porém com seguimento irregular. De forma a sintetizar o fluxo dos 62 pacientes que pertenciam ao GAD, constatou-se que 33 (53,2%) deles mantiveram-se em seguimento no CSE ao longo desses dez anos, seja ele regular ou irregular.

FIGURA 1 – Fluxograma da utilização do serviço de saúde pelos pacientes que compunham o Grupo Aderente (GAD), Botucatu, 2011



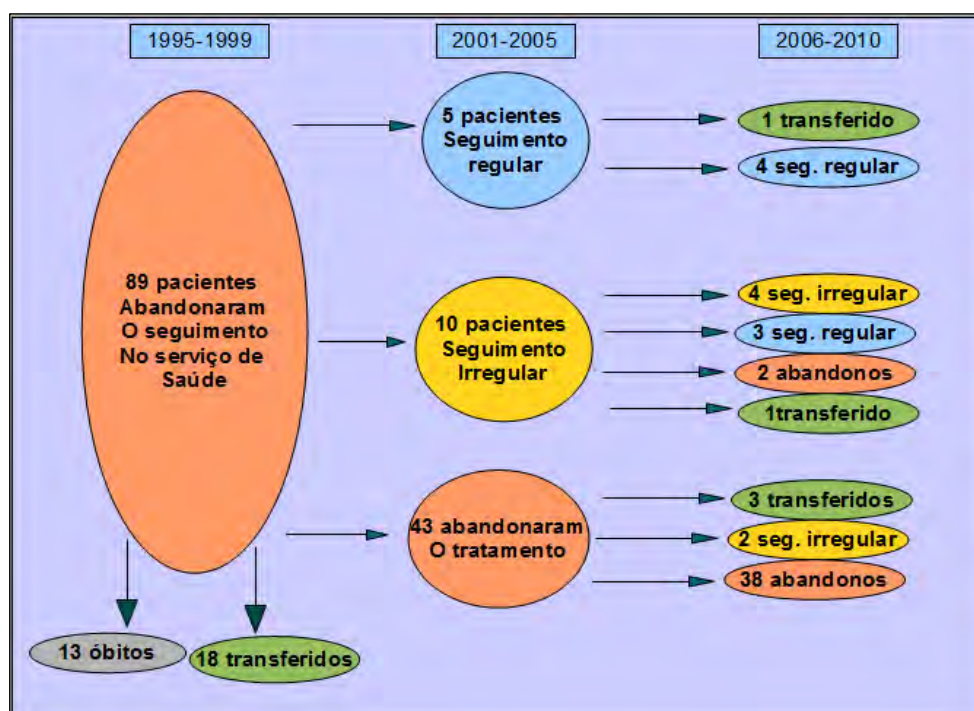
A figura 2 mostra como se comportaram os 41 pacientes do GAB/AD. Identificou-se que apenas quatro usuários voltaram a ter seguimento regular, 13 mantiveram-se com seguimento irregular e oito abandonaram a unidade, no primeiro quinquênio. Dos 13 com seguimento irregular, três abandonaram, dois voltaram a ter seguimento regular e oito mantiveram-se irregulares, no segundo quinquênio. Do total de sujeitos do GAB/AD, 14 (34,1%) continuaram o seguimento médico para tratamento da HA, no CSE, nesses dez anos de investigação.

FIGURA 2– Fluxograma da utilização do serviço de saúde pelos pacientes que compunham o Grupo Abandono/aderente (GAB/AD), Botucatu, 2011



Dentre os 89 usuários que pertenciam ao GAB, 15 retornaram ao serviço, sendo que cinco com seguimento regular e 10 irregular. Mantiveram-se afastados da unidade no primeiro quinquênio 43 usuários. Considerando-se o segundo quinquênio, dos cinco usuários aderentes, quatro mantiveram-se nessa condição, dos 10 que eram irregulares em 2005, três passaram a ter seguimento regular e quatro permaneceram irregulares. Dos 43 sujeitos que estavam em abandono, apenas dois retornaram ao serviço com seguimento irregular. Portanto, deste grupo 14 (15,7) pacientes estavam em seguimento no CSE ao final de 2010. Tais resultados são apresentados na figura 3.

FIGURA 3– Fluxograma da utilização do serviço de saúde pelos pacientes que compunham o Grupo Abandono (GAB), Botucatu, 2011



5. DISCUSSÃO

A coorte analisada compõe-se predominantemente por mulheres (56,7%), concordando com estudos que apontaram que estas são mais responsáveis pela sua saúde quando comparadas aos homens, e por este motivo procuram mais os serviços de saúde. Destaca-se, ainda, que a HA é mais prevalente em mulheres, pela maior longevidade feminina.^{10,31,32}

O predomínio da idade entre 50-69 anos (47,9%) é semelhante ao encontrado na literatura, que revela maior prevalência de HA acima dos 60 anos.^{10,31-33}

A baixa escolaridade entre os portadores de hipertensão arterial tem sido destacada em diversos estudos, inclusive como um dos fatores que dificulta o controle eficaz da doença.^{10,31-36}

Com relação à etnia/cor da pele, a grande maioria dos sujeitos da coorte era de indivíduos brancos (93,2%), embora a literatura afirme que a HA é mais prevalente em negros.³⁷ Questiona-se, então, se o acesso e utilização dos serviços de saúde não difere entre estas etnias/cor da pele. Estudos realizados no Brasil apontaram que não há associação entre a cor da pele e comparecimento às consultas médicas para tratamento de HA e de diabetes.^{32,38,39}

A utilização de serviços de saúde para consulta médica tem sido pesquisada em vários países³² objetivando analisar o processo de utilização, interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados, à necessidade de saúde, a postura do profissional de saúde e a adesão com relação ao tratamento medicamentoso.^{32,40}

Observou-se que o percentual de abandono do seguimento médico no CSE ao final do primeiro quinquênio estudado (2001- 2005) foi de 29,2% e de 31,8% ao final do segundo quinquênio (2006 – 2010).

A literatura nacional e internacional não apresenta trabalhos que avaliem o seguimento médico para tratamento da HA por período prolongado, como o aqui investigado, constituindo-se em limitação para discussão dos presentes resultados.

O estudo que investigou maior período de seguimento de pacientes hipertensos foi o de Caldwell et al.⁴¹ (1970) nos Estados Unidos da América. Este obteve percentual de abandono de comparecimento à consulta médica de 74,0% ao final de cinco anos, índice superior ao obtido na presente pesquisa, ao final de 15 anos de seguimento.

Outro estudo feito na década seguinte⁴² apontou percentual de abandono do seguimento médico de 56,0%, considerando dois anos de acompanhamento, também superior ao percentual aqui observado.

Estudo atual, visando investigar a forma de utilização do serviço de saúde por uma clientela adscrita a uma unidade de Saúde da Família em Blumenau-SC, observou que 53,1% dos indivíduos hipertensos não eram aderentes ao tratamento.⁴³ Entretanto esse percentual representa a adesão ao tratamento medicamentoso, elaborado a partir do questionário (QAM-Q). Essa pesquisa aponta, ainda, que nos seis meses estudados, há maior absenteísmo em atividades em grupo se comparado a consultas individuais.⁴³

Outro estudo realizado em 2006, mostra que mesmo na Estratégia de Saúde da Família, apenas 52,7% dos pacientes tiveram atendimento médico em um semestre.⁴⁴

A comparação com os estudos acima citados permite avaliar que ocorreu boa adesão ao seguimento médico no serviço investigado, considerando-se o longo período de análise.

Quanto à forma de utilização do serviço de saúde, estudo²⁹ que analisou o período de 1995 – 1999 apontou formas distintas, permitindo a classificação dos usuários em três grupos. A presente análise observou manutenção dessas mesmas

características, ou seja, os pacientes que foram aderentes mantiveram este padrão de utilização do serviço, da mesma forma, aqueles que já haviam abandonado o seguimento e os que faziam acompanhamento irregular.

Estes resultados podem ser úteis para a gestão de programas de controle da hipertensão, de forma a se construir estratégias ativas visando o levantamento de dificuldades entre os indivíduos que estão fazendo seguimento irregular ou em abandono, propondo superação destas e garantindo, assim, melhor regularidade do seguimento do paciente, uma vez que o comparecimento às consultas é importante para melhoria do controle clínico das pessoas com HA.^{22,42}

A construção do fluxo de utilização dos serviços mostrou que esta se constitui em processo dinâmico. O levantamento das necessidades de saúde dos indivíduos com vista à integralidade da assistência poderá ser útil na identificação de problemas e/ou dificuldades relacionadas à irregularidade de comparecimento ao serviço de saúde, especialmente, aqueles relacionados ao próprio serviço e/ou equipe de saúde.

As necessidades de saúde são elementos potenciais que auxiliam ao profissional de saúde a ouvir seus clientes de maneira que as todas as demandas do indivíduo seja o foco das suas intervenções.⁴⁵ Os serviços de saúde devem se organizar de modo a não somente satisfazer as necessidades conhecidas, mas também de ir além para conhecer outras carências.⁴⁵

É importante resgatar a prática clínica que não apenas decodifica questões psíquicas, mas também reconhece valores de vida, condições sociais e formas de enfrentamento de problemas, adotando-se uma prática que possibilite conhecer, além dos sinais e sintomas biomédicos do sujeito.⁴⁵

Com relação à falta na consulta médica cabe reconhecer que não significa necessariamente que o paciente tenha se desvinculado da assistência em uma unidade de

saúde, uma vez que 21,9% dos pacientes haviam se transferido para outras UBS, já apontado em trabalhos anteriores.^{21,29} Este fato pode ser justificado, além de outros fatores, em função da expansão de serviços de saúde ocorrida no município, com a implantação de várias unidades de Saúde da família, nos últimos anos.

Além disso, estudos em atenção primária sugerem que a melhoria dos níveis pressóricos tem relação com o trabalho de equipe multiprofissional, isto é, pelo modo como o serviço organiza seu processo de trabalho para dar conta de um problema de saúde.^{43,46} A realização de busca ativa de casos, ações educativas, tratamento se dá de uma maneira mais adequada quando há uma reunião de saberes, presentes em equipe multiprofissional.^{43,46}

6. CONCLUSÃO

Os participantes desta pesquisa eram em sua maioria indivíduos brancos, do sexo feminino, com idade entre 50 – 69 anos e com baixo nível de escolaridade.

Conclui-se que a forma de utilização do serviço de saúde pelos 192 integrantes da coorte manteve um padrão muito semelhante ao já identificado na análise anterior¹ que avaliou o período de 1995 a 1999, com maior regularidade de seguimento entre os pacientes que pertenciam ao grupo aderente e menor regularidade, entre aqueles que haviam abandonado o seguimento, até o final de 1999.

Observou-se queda na frequência dos usuários ao serviço de saúde ao longo dos períodos analisados, sendo esta maior no primeiro e menor no último, sendo que 60 pacientes (31,2%) continuavam frequentando o CSE até final de 2010.

A taxa total de mortalidade da coorte foi de 15,1% no período todo e 21,9% foram transferidos para outras unidades de saúde do município.

O estudo do fluxo dos pacientes mostrou que a utilização do serviço de saúde é dinâmica, apontando que abandono do seguimento em um período pode não significar desvinculação permanente deste serviço, assim como, também, que há mudanças no modo do paciente utilizar o serviço, ou seja, ora com regularidade, ora, irregularmente. Apontou, também, que abandono do seguimento em dado serviço de saúde não significa abandono do cuidado, uma vez que o mesmo pode transferir-se para outra unidade de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Godoy M F, Lucena J M, Miquelin AR, Paiva FF, Oliveira DLQ, Augustin Jr J L, et al. Mortalidade por doenças cardiovasculares e níveis socioeconômicos na população de São José do Rio Preto, estado de São Paulo, Brasil. *Arq Bras Cardiol.* 2007;88(2):200-6.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. A qualidade da informação sobre a mortalidade no Brasil recente e avaliação do impacto das causas violentas no número de anos de vida perdidos [Internet]. Brasília: IBGE; 2009 [20 set 2010]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_aquali.pdf
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades[Internet]. Brasília: IBGE; 2010 [20 set 2010]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>
4. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol.* 2010;95(1 supl 1):1-51.
5. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel: hipertensão avança e atinge 24,4% dos brasileiros. SVS em Rede [Internet]. Abr 2010 [acesso 5 jan 2011]; 73. Disponível em: http://189.28.128.179:8080/svs_informa/edicao-73-abril-de-2010/vigitel-hipertensao-avanca-e-atinge-24-4-dos-brasileiros.
6. Carvalho EU, Rocha EF. Consumo alimentar de população adulta residente em área rural da cidade de Ibatiba (ES, Brasil). *Ciênc Saúde Colet.* 2011;16(1):179-85.
7. World Health Organization. Adherence to long-term therapies- evidence for action. Geneva: WHO; 2003. p.108-14.

8. Moreira AKF, Santos ZMSA, Caetano JA. Aplicação do modelo de crenças em saúde na adesão do trabalhador hipertenso ao tratamento. *Physis Rev Saúde Colet.* 2009;19(4):989-1006.
9. Schmidt MI, Duncan BB, Hoffmann JF, Moura L, Malta DC, Carvalho RMSV. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(2):74-82.
10. Dantas ALN, Ribeiro KEV, Neta TSM, Nina VJS. Aspectos clínicos epidemiológicos e terapêuticos em um grupo de pacientes hipertensos. *Rev Pesqui Saúde.* 2010;11(2):31-4.
11. Flack JM, Novikov SV, Ferrario CM. Benefits of adherence to anti-hypertensive drug therapy. *Eur Heart J.* 1996;17 Suppl A:16-20.
12. Veterans administration cooperative study group on antihypertensive agents. Effects of treatment on morbidity in hypertensive II: results in patients with diastolic blood pressure averaging 90 through 114 mmHg. *J Am Med Assoc.* 1974;213:1143.
13. Florenzano RU, Roessler EB, Scharazer JZ, Soto IZ, Cantu AM. Permanencia em tratamiento antihipertensivo: comparacion de los sistemas de seguimiento. *Bol Of Sanit Panam.* 1981;91:428-40.
14. Lessa I, Evangelista Filho D, Santo MEGE. Adesão, eficácia e custo do tratamento da hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol.* 1983;41:119-23.
15. Car MR. A mortalidade cárdio-cerebrovascular e os problemas da prática do controle da hipertensão arterial. *Rev Esc Enferm USP.* 1998;32:140-3.

16. Cade NV. Aspectos psicossociais no cotidiano dos hipertensos: um estudo sobre a continuidade do tratamento em pacientes pertencentes ao programa para controle da hipertensão arterial [dissertação]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 1994.
17. Saraiva KRO, Santos ZMSA, Landim FLP, Teixeira AC. Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2007;16(2):263-70.
18. 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 Saúde Pública*. 2006;22(2):377-85.
19. Pinotti S, Mantovani MF, Giacomizzi LM. Percepção sobre a hipertensão arterial e qualidade de vida: contribuição para o cuidado de enfermagem. *Cogitare Enferm*. 2008;13(4):526-3.
20. Sharkness C M, Snow D A. The patient's view of hypertension and compliance. *Am J Prev Med*. 1992;8:141-6.
21. Duarte MTC, Cyrino AP, Cerqueira ATAR, Nemes MIB, Iyda M. Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. *Ciênc Saúde Colet*. 2010;15(5):2603-10.
22. Coelho EB, Moysés Neto M, Palhares R, Cardoso MCM, Geleilete TJM, Nobre F. Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos. *Arq Bras Cardiol*. 2005;183(3): 157-61.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde: Pacto pela Vida [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [acesso 5 jan 2011]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=32062

24. Sala A, Cohen DD, Dalmaso ASW, Lima AMM, Teixeira RR. Avaliação do processo de atendimento a pacientes portadores de doença crônico-degenerativa em uma unidade básica de saúde. *Rev Saúde Pública*. 1993;27(6):463-71.
25. Rose G. Individuos enfermos y poblaciones enfermas. In: Buck C, Llopis A, Nàjera E, Terris M. *El desafio de la epidemiologia: problemas y lecturas seleccionadas*. Washington (D.C): Organización Panamericana de la Salud; 1988. p.900-9. OPAS - Publicación Científica, 505.
26. Sala A, Nemes AF, Eluf JN. Avaliação da efetividade do controle da hipertensão arterial em unidade básica de saúde. *Rev Saúde Pública*. 1996;30(2):161-7.
27. Cyrino AP. Organização tecnológica do trabalho na reforma das práticas e dos serviços de saúde: estudo de um serviço de atenção primária à saúde [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1993.
28. Cyrino AP, Nemes MIB, Duarte MTC. Estudo da assistência prestada aos pacientes portadores de hipertensão arterial em serviço de atenção primária à saúde, 1995 a 1998 [Projeto de pesquisa]. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista; 1999.
29. Duarte MTC. Estudo dos motivos do abandono do tratamento da hipertensão arterial: relato de usuários do CSE – Botucatu, 1995/1999 [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista; 2001.
30. Brasil. Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Regional. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE) [Internet]. Brasília: SEADE; 2011 [20 out 2011]. Disponível em: www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilMunEstado.php

31. Contiero AP, Pozati MPS, Challouts RI, Carreira L, Marcon SS. Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família. *Rev Gaúcha Enferm.* 2009;30(1):62-70.
32. Capilheira MF, Santos IF. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. Pelotas. *Rev Saúde Pública.* 2006;40(3):436-43.
33. Baldissera VDA, Carvalho MDB, Pelloso SM. Adesão ao tratamento não-farmacológico entre hipertensos de um centro de saúde escola. *Rev Gaúcha Enferm.* 2009;30(1):27-32.
34. Gama GGG, M FC, Mendes AS, Guimarães AC. (Des)controle de parâmetros clínicos e antropométricos em indivíduos com doença arterial coronária. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(3):624-31.
35. Tannús JN, Ramos LBM, Santos DO, Carneiro NGD, Paiva JG, Tannus RN. Genograma e Ecomapa: abordagem com adolescentes de famílias de alto risco. *Rev Educ Pop.* 2011;10:131-40.
36. Squarcini CFR, Silva LWS, Reis JF, Pires EPOR, Tonosaki LMD, Ferreira GA. A pessoa idosa, sua família e a hipertensão arterial: cuidados num Programa de Treinamento Físico Aeróbico. *Rev Tem Kairós Gerontol.* 2011;14(3):105-26.
37. Pierin AMG, Jesus ES, Augusto MAO, Gusmão J, Ortega K, Mion Jr D. Variáveis Biopsicossociais e Atitudes frente ao Tratamento Influenciam a Hipertensão Complicada. *Arq Bras Cardiol.* 2010;95(5):648-54.
38. Costa JSD, Reis MC, Silveira Filho CV, Linhares RS, Piccinini F. Prevalencia de consultas médicas e fatores associados, Pelotas 1999-2000. *Rev Saúde Pública.* 2008;42(6):1074-84

39. Costa JSD, Gigante DP, Horta BL, Barros FC, Victora CG. Utilização de serviços de saúde por adultos da coorte de nascimento de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS. *Rev Saúde Pública*. 2008;42 Supl 2:51-9.
40. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de Saúde. *Cad. Saúde Publica*. 2004;20 Supl 2: 190-8.
41. Caldwell JR, Cobb S, Dowling MD, Jongh D. The dropout problem in antihypertensive treatment. *J Chron Dis*. 1970;22:579-92.
42. Giorgi DM, Mion Jr, Car MR, Pierin AMG. Aderência ao tratamento em hipertensão arterial: influencia de variáveis estruturais e de estratégias que visem sua melhora. *Rev Bras Med Cardiol*. 1985;4:167-76.
43. Helena ETS, Nemes MIB, Eluf-Neto J. Avaliação da Assistência a Pessoas com Hipertensão Arterial em Unidades de Estratégia Saúde da Família. *Saúde Soc*. 2010;19(3):614-26.
44. Sousa LB, Souza RKT, Scochi MJ. Hipertensão Arterial e Saúde da Família: Atenção aos Portadores em Município de Pequeno Porte na Região Sul do Brasil. Londrina. *Arq Bras Cardiol*. 2006;87:496-503.
45. Duarte MTC, Ayres JA, Simonetti JP. Consulta de Enfermagem: estratégia de cuidado ao portador de hanseníase em atenção primária. *Texto Contexto Enferm*. 2009;18(1):100-7.
46. Calista AA, Vasconcelos ASS, Oliveira MRL. Hipertensão arterial sistêmica: fatores contribuintes para a adesão ao tratamento. *TEMA Rev Eletron Cienc [Internet]*. 2008 [acesso 24 out 2011];7(10/11):101-10. Disponível em: <http://revistatema.facisa.edu.br/index.php/revistatema/article/viewArticle/>

ANEXO 1**Instrumento de Coleta**

Nome: _____ Matrícula: _____

Doença crônica associada: _____

Transferência: __/__/__ Óbito: __/__/__ Cor: _____

Data de nascimento: __/__/__ Sexo: F / M Estado civil: _____

Escolaridade: _____ Idade no 1º ano do período estudado (2000 a 2005): _____

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Nº Retornos Solicitados										
Nº Retornos Comparecidos										
Nº de Médicos que atenderam o cliente										
Nº de Medicamentos Anti-hipertensivos										
Nº de Medicamentos de uso contínuo										
Abandono										

ANEXO 2**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Convidamos o (a) senhor (a) para participar da pesquisa “ESTUDO DA ASSISTÊNCIA PRESTADA AOS PACIENTES PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL EM SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, BOTUCATU”, que tem por objetivos avaliar se os pacientes que fazem tratamento de pressão alta no Centro de saúde Escola (CSE) estão com a pressão e o peso controlados, a forma com que estão comparecendo às consultas médicas e como estão se cuidando para manter sua pressão sob controle. Sua participação implicará em autorizar a utilização de informações registradas no prontuário, relativas aos seus atendimentos em consulta médica para tratamento da pressão alta e participar de um grupo, no qual será discutido como você faz para controlar sua pressão e de uma entrevista que será gravada em meio magnético e destruída após a utilização. Esta pesquisa é de responsabilidade da aluna de graduação em Enfermagem Caroline Pinheiro, sob orientação do Profº. Dr. Antonio de Pádua Pithon Cyrino do Departamento de Saúde Pública e da Profª. Marli Teresinha Cassamassimo Duarte, do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu e tendo como pesquisadores colaboradores a Profª. Janete Pessuto Simonetti do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu e da enfermeira do Hospital das Clínicas Mariana Alice Ignácio.

Pelo presente instrumento, eu _____devidamente esclarecido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, e ciente, também, de que as informações serão utilizadas exclusivamente pelos pesquisadores, que manterão sigilo sobre minha identidade, e que os mesmos estarão disponíveis para responder a quaisquer perguntas e de que posso retirar este consentimento a qualquer hora sem prejuízo do meu atendimento neste Centro de Saúde, firmo meu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, concordando em participar da pesquisa proposta.

Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3811-6143.

Esse documento, após aprovação do CEP, será elaborado em duas vias, sendo uma entregue a paciente pesquisada e outra será mantida em arquivo pela pesquisadora.

Botucatu, _____ de _____ de 2011

Assinatura da paciente

Caroline Pinheiro
Rua Amando de Barros, 397
Botucatu – Fone: 14-38813802
Carol.enf_unesp@hotmail.com

Mariana Alice de Oliveira Ignácio
Rua Major Moura Campos, 300
Botucatu – SP Fone: 14 - 96213436
mariana_spock@hotmail.com

Marli T Cassamassimo Duarte
Rua Itagiba de Moraes Pupo, 41
São Manuel – Fone: 14-38414274
mtduarte@fmb.unesp.br

Antonio de Pádua Píton Cyrino
Rua Rev. Francisco Lotufo, 695
Botucatu – Fone: 14- 38823309
acyrino@fmb.unesp.br

ANEXO 3



CAMPUS DE BOTUCATU

FACULDADE DE MEDICINA

Departamento de Enfermagem

BOTUCATU, SP - RUBIÃO JÚNIOR - CEP 18618-970 - Telefone (014) 3811-6070/6004 - FAX (014) 3813- 5264

E.Mail: cenf@fmb.unesp.br

Eu, Antonio de Pádua Pithon Cyrino coordenador do projeto “ESTUDO DA ASSISTÊNCIA PRESTADA AOS PACIENTES PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL EM SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, BOTUCATU”, venho por meio deste, solicitar a esse Colegiado “**Dispensa de aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**” para realizar o Projeto acima, para aqueles pacientes que não puderem ser encontrados e que participarão apenas da primeira etapa da pesquisa, onde serão coletadas informações dos prontuários, com a seguinte justificativa:

JUSTIFICATIVA:

Em se tratando de um estudo retrospectivo, cuja coleta de dados será realizada utilizando-se informações de prontuários, e tendo em vista que serão envolvidos no estudo 192 pacientes que foram atendidos no Centro de Saúde Escola unidade da Vila dos Lavradores, Botucatu, nos anos de 2001 e 2010, solicita-se dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para aquelas que não forem localizadas.

Antonio de Pádua Píton Cyrino

ANEXO 4



Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, s/nº – Botucatu – S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail coordenadoria: fsardenj@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 04 de Abril de 2011.

Of. 104/11-CEP

Ilustríssimo Senhor
Prof. Dr. Antonio de Pádua Pithon Cyrino
Departamento de Saúde Pública da
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezado Dr. Cyrino,

De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que Projeto de Pesquisa (Protocolo CEP 3806-2011) "Estudo da assistência prestada aos pacientes portadores de hipertensão arterial em serviço de atenção primária à saúde, Botucatu", a ser conduzida por Caroline Pinheiro, orientada por Vossa Senhoria, co-orientada pela Prof^a. Dr^a. Marli Teresinha Cassamassimo Duarte, com a colaboração de Janete Pessuto Simonetti e Mariana Alice de Oliveira Ignácio recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 04 de abril de 2.011.

Situação do Projeto: APROVADO. Ao final da execução deste Projeto, apresentar ao CEP "Relatório Final de Atividades".

Atenciosamente,

Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP.