

**JOCELENE BATISTA PEREIRA**

*Este exemplar corresponde à versão final da Tese de Doutorado, apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de Doutor em Saúde Coletiva.*

*Campinas, 29 de novembro de 2005.*

  
**Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio**  
*Orientador*

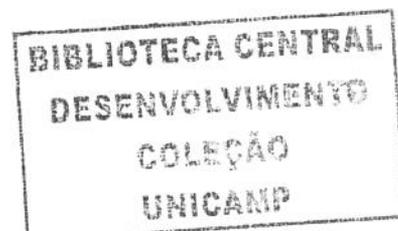
## **HIPERTENSÃO ARTERIAL:**

**Avaliação da assistência na ótica da integralidade**

**CAMPINAS**

**2005**

*i*



**JOCELENE BATISTA PEREIRA**

## **HIPERTENSÃO ARTERIAL:**

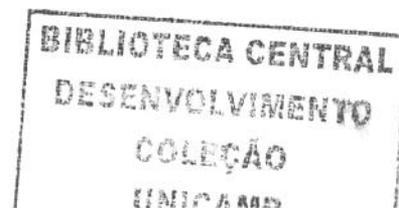
**Avaliação da assistência na ótica da integralidade**

*Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva. área de Saúde Coletiva.*

**ORIENTADOR:** *Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecilio.*

**CAMPINAS**

**2005**



**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**  
Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

P414h      Pereira, Jocelene Batista  
              Hipertensão arterial: Avaliação da assistência na ótica da  
              integralidade / Jocelene Batista Pereira . Campinas, SP : [s.n.], 2005.

Orientador : Luiz Carlos de Oliveira Cecílio  
Tese ( Doutorado ) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade  
de Ciências Médicas.

I. Administração. 2. Planejamento. 3. Serviços de Saúde. I.  
Cecílio, Luiz Carlos de Oliveira. II. Universidade Estadual de  
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

**Título em inglês : Arterial hipertensive : Evaluation of the assistance in the  
optics of the care integrity**

**Keywords:** • Administration  
              • Planning  
              • Health Services

**Titulação: Doutorado em Saúde Coletiva**

**Banca examinadora: Prof Dr Luiz Carlos de Oliveira Cecílio  
                          Prof Dr Chester Luiz Galvão César  
                          Prof Dr Marco Akerman  
                          Profa. Dra. Maria da Graça Garcia Andrade  
                          Prof Dr Nelson Rodrigues dos Santos**

**Data da defesa: 29-11-2005**

---

## **Banca examinadora da tese de Doutorado**

---

---

**Orientador: Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio**

---

---

### **Membros:**

---

**1. Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio**

---

**2. Prof. Dr. Chester Luiz Galvão César**

---

**3. Prof. Dr. Marco Akerman**

---

**4. Profa. Dra. Maria da Graça Garcia Andrade**

---

**5. Prof. Dr. Nelson Rodrigues dos Santos**

---

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

---

**Data: 29/11/2005**

---

## ***DEDICATÓRIA***

*Para meu amado André, motivo de querer  
viver mais neste mundo.*

*Para minha Ana Júlia, motivo para querer  
estar em paz com o mundo.*

*Para o Professor Cecílio, motivo para não  
desistir da luta.*

## *AGRADECIMENTOS*

---

Quando terminei o mestrado, sabia que estava em débito com as pessoas, companheiros de trabalho e usuários da saúde pública, pois compartilhamos, em muitos momentos, vários sonhos, desde um projeto de saúde mais humanizado, integral e resolutivo, até um mundo mais justo, solidário e igualitário.

Em muitos momentos, experimentei muita indignação e inconformismo, principalmente com a indiferença que alguns profissionais de saúde demonstram diante do sofrimento e fragilidade humana. Acho que este é um campo de trabalho onde esta postura é inaceitável, pois temos que dar o melhor de nós mesmos, todos os dias, em todos os lugares.

Felizmente, encontrei, também, vários companheiros de luta nestes 17 anos de profissão, que compartilham dos mesmos ideais, com os quais pude aprender, inclusive, a ser uma pessoa melhor, pois isso é essencial para este trabalho.

Assim gostaria de agradecer alguns que ainda estão cruzando meu caminho, entendendo que homenageio a todos: Maria Lúcia Lima, Reinaldo e Adriana Damasceno, pela coragem, paciência e firmeza no cotidiano; Wagner Pretti, Márcio Pizelli, Eliane Alfani, Walmir Vasconcelos e Sérgio Matsudo, médicos que não perderam sua sensibilidade e compromisso com a vida humana. Também aos funcionários da Autarquia Hospitalar Municipal de Ermelino Matarazzo e aos pesquisadores que contribuíram na minha pesquisa.

Ao Gouveia, Néder e Eduardo Jorge, meus exemplos de que a política tem jeito, e que sempre acreditaram no meu trabalho, me dando várias oportunidades.

Para Paulo Barjurd, Prefeito de Jandira, comprometido com a vida todos os dias, agradeço a paciência e confiança e as condições para que concluísse o doutorado.

À Fátima Murad que, pela segunda vez, fez a revisão do texto com muita competência e se solidarizou com a causa.

À Noeli Pereira, estatística, com sensibilidade para questões da saúde, que discutiu e enxergou os resultados do trabalho.

Ao André de Freitas Gonçalves, geógrafo, pela qualidade e arte dos mapas.

Para Regina Santos Menegário pela tradução do resumo para a língua inglesa.

Para Jaqueline De Pascalli, batalhadora do SUS, que às vésperas da defesa do mestrado, foi me ajudar com os grupos focais, e seu filho Dirceu pela transcrição das falas com precisão.

À Sonia Antonini da Coordenação de Saúde de São Miguel, amiga, profissional séria e comprometida, com quem tive prazer de trabalhar.

À Maria de Fátima Oliveira Cunha, minha comadre e incentivadora, companheira de momentos difíceis, com quem pude aprender a me valorizar.

Para minha mãe, Valdete dos Santos Pereira, auxiliar de enfermagem indignada com a saúde pública que ainda temos, pelo espírito curioso e inconformista que me passou.

Para Aurélio, Jacheline, Jarlene, Guilherme, Camila e Danielle, Deonete e Mônica, minha família, pelo revezamento com Ana Júlia, em vários momentos e o incentivo.

Ao meu orientador Cecílio, pelo entusiasmo, franqueza e coragem de trabalhar com uma pessoa tão indisciplinada, minha eterna gratidão.

Para André, pelas inúmeras discussões acaloradas, pelas noites insones, pelo apoio incondicional todos os dias, pelo seu amor paciente.

Para Ana Júlia, minha filha, que me ensinou um amor diferente e tão profundo que me obriga a lutar mais, por um mundo melhor, mais justo e mais saudável.

### **Fábula do Cuidado**

Certo dia, Cuidado, passeando nas margens do rio, tomou um pedaço de barro e moldou-o na forma do ser humano. Nisso apareceu Júpiter e, a pedido de Cuidado, insuflou-lhe espírito. Cuidado quis dar-lhe um nome, mas Júpiter lho proibiu, querendo ele impor o nome. Começou uma discussão entre ambos.

Nisso apareceu a Terra, alegando que o barro é parte de seu corpo e que, por isso, tinha direito de escolher um nome. Gerou-se uma discussão generalizada e sem solução.

Então todos aceitaram chamar Saturno, o velho deus ancestral e senhor do tempo, para ser o árbitro. Este tomou a seguinte sentença, considerada justa:

- Você, Júpiter, que lhe deu o espírito, receberá o espírito de volta quando essa criatura morrer. Você, Terra, que lhe forneceu o corpo, receberá o corpo de volta, quando essa criatura morrer. E você, Cuidado, que foi o primeiro a moldar a criatura, acompanhá-la-á por todo o tempo em que ela viver. E, como vocês não chegaram a nenhum consenso sobre o nome, decido eu: chamar-se-á *homem*, que vem de *humus*, que significa “terra fértil”.

Fábula número 220 de Higino (43 a.C.-17 d.C.), *in* Leonardo Boff, *Ética & Eco-Espiritualidade*, Campinas, Verus Editora, 2003. p.28-9.

	<i>Pág.</i>
<b>RESUMO</b> .....	<i>xxxix</i>
<b>ABSTRACT</b> .....	<i>xliii</i>
<b>1 - INTRODUÇÃO</b> .....	<i>47</i>
<b>1.1 - Justificativa</b> .....	<i>66</i>
<b>2 - OBJETIVOS</b> .....	<i>71</i>
<b>3 - REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<i>77</i>
<b>3.1 - Hipertensão Arterial Sistêmica e Doença Cardiovascular como Problema de Saúde Pública</b> .....	<i>79</i>
<b>3.2 - Integralidade</b> .....	<i>87</i>
<b>3.3 - O SUS em Busca da Integralidade</b> .....	<i>98</i>
<b>3.4 - Caracterização da Coordenação de Saúde de São Miguel Paulista, São Paulo - SP</b> .....	<i>102</i>
<b>4 - METODOLOGIA</b> .....	<i>113</i>
<b>5 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	<i>125</i>
<b>5.1 - Apresentação dos Resultados</b> .....	<i>127</i>
<b>5.2 - Análise na Ótica da Integralidade</b> .....	<i>184</i>
<b>6 - CONCLUSÃO</b> .....	<i>195</i>

<b>7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>209</b>
<b>8 - ANEXOS.....</b>	<b>223</b>
<b>Anexo 1 - Mapa.....</b>	<b>225</b>
<b>Anexo 2 - Mapa.....</b>	<b>227</b>
<b>Anexo 3 - Questionário.....</b>	<b>229</b>
<b>Anexo 4 - Gráfico.....</b>	<b>233</b>

## *LISTA DE ABREVIATURAS*

---

<b>AIDS</b>	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<b>AVC</b>	Acidente Vascular Cerebral
<b>CAPS</b>	Centro de Atendimento Psicossocial
<b>CEINFO</b>	Centro de Epidemiologia e Informação
<b>CENEPI</b>	Centro Nacional de Epidemiologia
<b>CID 10</b>	Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição
<b>CRM</b>	Conselho Regional de Medicina
<b>CTA</b>	Centro de Testagem e Aconselhamento
<b>DATASUS</b>	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
<b>DCNT</b>	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
<b>DIR</b>	Direção Interinstitucional Regional
<b>FNS</b>	Fundação Nacional de Saúde
<b>HA</b>	Hipertensão arterial
<b>HAS</b>	Hipertensão Arterial Sistólica
<b>HAD</b>	Hipertensão Arterial Diastólica
<b>HM</b>	Hospital Municipal
<b>Hiperdia</b>	Sistema Informatizado Nacional de Cadastro e Acompanhamento de HA e Diabete melittus
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>ISA</b>	Inquérito de Saúde Domiciliar

<b>INAMPS</b>	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NV</b>	Nascidos Vivos
<b>NOAS</b>	Norma Operacional de Assistência à Saúde
<b>NOB</b>	Norma Operacional Básica
<b>PAB</b>	Piso de Atenção Básica
<b>PACS</b>	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
<b>PNAD</b>	Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios
<b>PRO-AIM</b>	Programa de Aprimoramento de Informações de Mortalidade da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
<b>PS</b>	Pronto-Socorro
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>SAME</b>	Serviço de Arquivo Médico
<b>SBHA</b>	Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial
<b>SIA</b>	Sistema de Informação Ambulatorial
<b>SIAB</b>	Sistema de Informação Atenção Básica
<b>SIM</b>	Sistema de Informação de Mortalidade
<b>Seade</b>	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
<b>SUDS</b>	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>WHO</b>	World Health Organization

## LISTA DE TABELAS

---

	<i>Pág.</i>
<b>Tabela 1 -</b> Classificação da Pressão Arterial (> 18 anos).....	80
<b>Tabela 2 -</b> Taxa de Emprego da População de 14 a 69 anos no Distrito de Saúde de São Miguel Paulista, por Distrito Administrativo, e no Município de São Paulo, 2000.....	105
<b>Tabela 3 -</b> Renda Média Familiar em Salários Mínimos Mensais do Distrito de Saúde de São Miguel Paulista, por Distrito Administrativo, e do Município de São Paulo, 2000.....	105
<b>Tabela 4 -</b> Escolaridade dos Chefes de Família em anos de estudo no Distrito de Saúde de São Miguel Paulista, por Distrito Administrativo, e no Município de São Paulo, 2000.....	106
<b>Tabela 5 -</b> Morbidade da Demanda Atendida no Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal, por patologia, segundo faixa etária. Distrito de Saúde de São Miguel Paulista, 1999.....	107
<b>Tabela 6 -</b> Morbidade da Demanda Atendida na Unidade de Internação do Hospital Municipal Tide Setúbal, por faixa etária, segundo patologia. Distrito de Saúde de São Miguel Paulista, janeiro a julho de 1999.....	108
<b>Tabela 7 -</b> Casos de Doenças de Notificação Compulsória no Distrito de Saúde de São Miguel Paulista por causas, janeiro a outubro de 2001.....	109
<b>Tabela 8 -</b> Distribuição dos Óbitos, segundo Principais Causas, em 2001 e em 2003, na Coordenação de Saúde de São Miguel Paulista.....	110

<b>Tabela 9 -</b>	Distribuição dos pacientes com risco para HA, por faixa etária e sexo, no Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal. 6 a 12 de dezembro de 2004.....	128
<b>Tabela 10 -</b>	Distribuição dos pacientes com risco para HA, por escolaridade e sexo, no Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal. 6 a 12 de dezembro de 2004.....	129
<b>Tabela 11 -</b>	Distribuição dos pacientes com risco para HA, por sexo e frequência a UBS/PSF, no Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal. 6 a 12 de dezembro de 2004.....	130
<b>Tabela 12 -</b>	Distribuição dos pacientes com risco para HA, por sexo e se sabiam ou não sobre o problema de HA, no Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal. 6 a 12 de dezembro de 2004.....	131
<b>Tabela 13 -</b>	Distribuição dos pacientes com risco para HA, que sabiam do risco para HA, quanto ao local de diagnóstico e uso de medicamento regularmente para controlar a HA, no Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal. 6 a 12 de dezembro de 2004.....	134
<b>Tabela 14 -</b>	Distribuição dos pacientes com risco para HA, por sexo e entre os que sabiam da HA, se tomavam remédio ou não, no Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal. 6 a 12 de dezembro de 2004.....	136
<b>Tabela 15 -</b>	Distribuição dos pacientes com risco para HA, por faixa etária e sexo, que sabiam do risco para HA e se freqüentavam ou não UBS/PSF, no Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal. 6 a 12 de dezembro de 2004.....	141
<b>Tabela 16 -</b>	Distribuição dos pacientes com risco para HA, que sabiam do risco para HA, freqüentavam UBS/PSF e o número de vezes que compareceram à unidade de saúde nos últimos seis meses, no Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal. 6 a 12 de dezembro de 2004.....	142

<b>Tabela 17 -</b>	Distribuição dos pacientes com risco para HA, que sabiam do risco para HA, e os hábitos que adotaram após saber do risco ou diagnóstico da HA, no Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal. 6 a 12 de dezembro de 2004.....	143
<b>Tabela 18 -</b>	Distribuição dos pacientes com risco para HA, que sabiam do risco para HA, e que fumavam e se diminuíram a quantidade, após saber do risco ou diagnóstico da HA, no Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal. 6 a 12 de dezembro de 2004.....	147
<b>Tabela 19 -</b>	Distribuição dos pacientes com risco para HA, que sabiam do risco para HA, e que não fumavam e se pararam de fumar, após saber do risco ou diagnóstico da HA, no Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal. 6 a 12 de dezembro de 2004.....	147
<b>Tabela 20 -</b>	Distribuição dos pacientes com risco para HA, que sabiam do risco para HA, e que ingeriam bebida alcoólica e se diminuíram a quantidade, após saber do risco ou diagnóstico da HA, no Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal. 6 a 12 de dezembro de 2004.....	148
<b>Tabela 21 -</b>	Distribuição dos pacientes com risco para HA, que sabiam do risco para HA, e que não ingeriam bebida alcoólica e se pararam, após saber do risco ou diagnóstico da HA, no Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal. 6 a 12 de dezembro de 2004.....	149
<b>Tabela 22 -</b>	Distribuição dos pacientes com risco para HA, que sabiam do risco para HA, quanto ao local de diagnóstico e mudança de hábito adotada após o diagnóstico/ir ao médico regularmente para controlar a HA, no Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal. 6 a 12 de dezembro de 2004.....	151
<b>Tabela 23 -</b>	Distribuição dos pacientes com risco para HA, que sabiam do risco para HA, quanto ao local de diagnóstico e mudança de hábito adotada após o diagnóstico/faz exames complementares para controle da HA regularmente, no Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal. 6 a 12 de dezembro de 2004.....	152

<b>Tabela 24 -</b>	Distribuição dos pacientes com risco para HA, que sabiam do risco para HA, e que se tratavam, e o que farão acerca da HA ao sair do serviço de urgência-emergência, no Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal. 6 a 12 de dezembro de 2004.....	153
<b>Tabela 25 -</b>	Distribuição dos pacientes com risco para HA, que sabiam do risco para HA, e que não se tratavam, e o que farão acerca da HA ao sair do serviço de urgência-emergência, no Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal. 6 a 12 de dezembro de 2004.....	153
<b>Tabela 26 -</b>	Distribuição dos pacientes com risco para HA, que não sabiam do risco para HA, e o que farão acerca da HA ao sair do serviço de urgência-emergência, no Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal. 6 a 12 de dezembro de 2004.....	154
<b>Tabela 27 -</b>	Distribuição dos pacientes com risco para HA, que sabiam do risco para HA, quanto ao uso de medicamentos e relato de internações por causa da HA, no Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal. 6 a 12 de dezembro de 2004.....	155
<b>Tabela 28 -</b>	Distribuição dos pacientes com risco para HA, que sabiam do risco para HA, quanto a internação por HA e sua relação com a diminuição de sal na alimentação, no Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal. 6 a 12 de dezembro de 2004.....	157
<b>Tabela 29 -</b>	Distribuição dos pacientes com risco para HA, que sabiam do risco para HA, quanto a internação por HA e sua relação com a diminuição de gordura na alimentação, no Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal. 6 a 12 de dezembro de 2004.....	157
<b>Tabela 30 -</b>	Distribuição dos pacientes com risco para HA, que sabiam do risco para HA, quanto a internação por HA e sua relação com emagrecimento, no Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal. 6 a 12 de dezembro de 2004.....	158

<b>Tabela 31 -</b> Distribuição dos pacientes com risco para HA, que sabiam do risco para HA, quanto a internação por HA e sua relação com ir ao médico regularmente, no Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal. 6 a 12 de dezembro de 2004.....	158
<b>Tabela 32 -</b> Distribuição dos pacientes com risco para HA, que sabiam do risco para HA, quanto a internação por HA e sua relação com fazer exames complementares de controle da HA regularmente, no Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal. 6 a 12 de dezembro de 2004.....	159

## *LISTA DE FIGURAS*

---

	<i>Pág.</i>
<b>Figura 1 -</b> Modelo etnoepidemiológico (teoria do modo de andar pela vida & saúde), de Almeida-Filho (2004). “Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis”.....	82

## *LISTA DE GRÁFICOS*

---

	<i>Pág.</i>
<b>Gráfico 1 -</b> Prevalência de Hipertensão Arterial em vários estudos populacionais, reunidos pela Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial, 2004.....	128

## *LISTA DE FLUXOGRAMAS*

---

	<i>Pág.</i>
<b>Fluxograma 1 -</b> Demonstração da distribuição dos entrevistados entre pacientes com risco para HA ou não, e entre os com risco para HA, se sabiam ou não da HA e onde souberam do problema, entre pacientes do Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal. 6 a 12 de dezembro de 2004.....	132
<b>Fluxograma 2 -</b> Demonstração da distribuição dos pacientes que sabiam do risco para HA, entre os que freqüentavam UBS/PSF ou não, freqüência do comparecimento e freqüência de internações entre todos os grupos, entre pacientes do Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal. 6 a 12 de dezembro de 2004.....	156

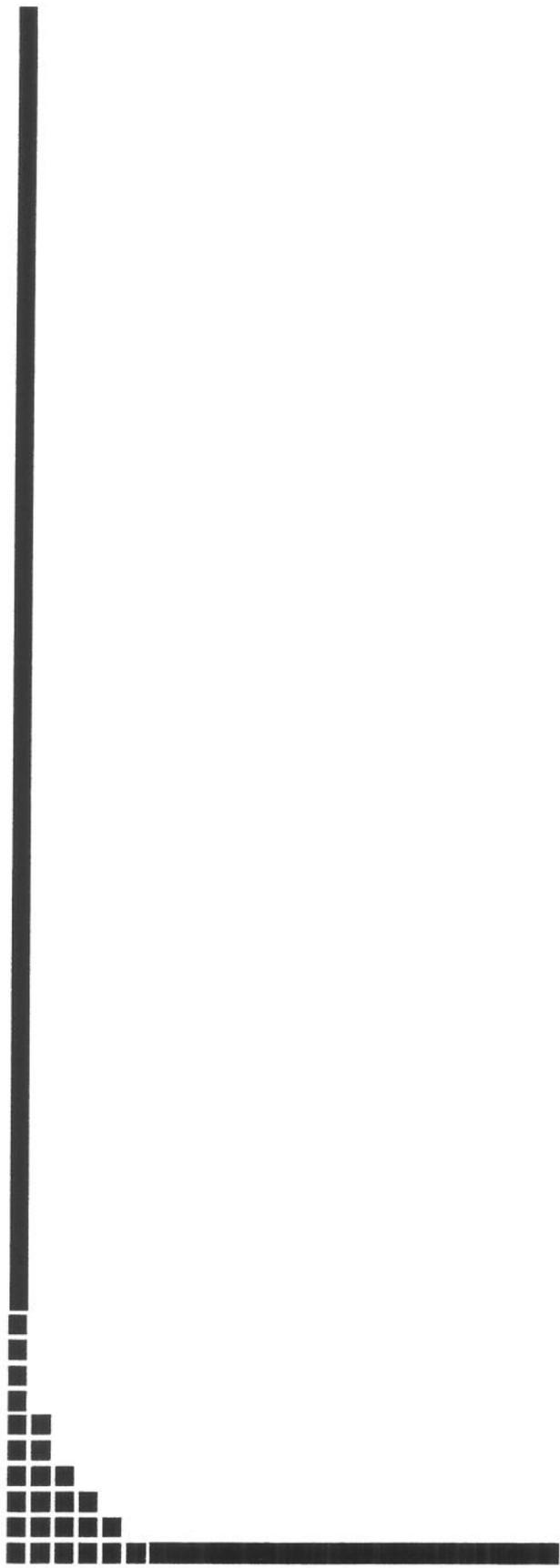


***RESUMO***

O presente trabalho estudou a assistência aos portadores de hipertensão arterial, sob a ótica da integralidade do cuidado, na região de abrangência da Coordenação de Saúde de São Miguel Paulista, no município de São Paulo-SP. Foram realizadas entrevistas estruturadas com 804 usuários do serviço de urgência/emergência do Hospital Municipal Tide Setúbal, referência hospitalar da região, identificando potenciais hipertensos e investigando suas referências para a assistência, possíveis complicações, adesão ao tratamento e eventuais mudanças no estilo de vida em decorrência da doença. Os resultados mostraram prevalência de 18% de potenciais hipertensos no pronto-socorro, utilizando-se como critério de corte os valores de 140x90mmHg (associados ou isolados), segundo recomendações do protocolo da Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial, sendo que metade desconhecia sua condição de risco para hipertensão arterial. Também foram realizados grupos focais com médicos e gerentes das unidades de saúde da região, visando fazer uma caracterização da visão dos mesmos com relação à doença, ao comportamento dos pacientes e às dificuldades para se tratar a hipertensão arterial.

Os pacientes que fizeram o diagnóstico na UBS/PSF mencionaram maior adesão aos medicamentos (80%) e menor proporção de internações (19,5%), quando comparados com aqueles que fizeram diagnóstico no pronto-socorro ou outro serviço. Só houve associação estatística significativa entre o local de diagnóstico UBS/PSF e hábitos que adotou após saber da HA, com os itens ir ao médico regularmente e fazer exames complementares de controle. Não se encontrou uma associação estatística significativa entre local de diagnóstico e outros hábitos, como diminuição do sal, diminuição de gorduras, prática de exercícios físicos regulares, emagrecimento e controle do estresse. Mas diminuir sal e gorduras na alimentação, emagrecer, ir ao médico regularmente e fazer exames complementares de controle da HA, apareceram como associadas estatisticamente a menores índices de internação. No entanto, 10% dos hipertensos entrevistados durante a pesquisa declararam que não farão seguimento ambulatorial. Nos grupos focais, a necessidade de vínculo, escuta e equipe multidisciplinar é reconhecida pelos profissionais de saúde, mas prevalece uma marcada opinião de que os pacientes são “rebeldes”, “resistentes” e não “obedecem” ao tratamento proposto, o que denota uma visão ainda muito normativa e autoritária dos profissionais em relação aos usuários que são acompanhados nos serviços de saúde, possivelmente dificultando o reconhecimento de suas

necessidades singulares. Os profissionais reconhecem a dificuldade de integração da equipe para o trabalho coletivo, mostrando contradição entre a prática efetiva cotidiana e o discurso idealizado da necessária integração e complementariedade do trabalho dos profissionais de saúde. O estudo permite afirmar que não há integralidade na atenção prestada aos hipertensos da região estudada, não havendo a configuração de uma rede articulada de serviços que assuma, efetivamente, a responsabilização e acompanhamento dos hipertensos.



***ABSTRACT***

This paper deals with the attendance to the hypertensive people, from the point of view of the care integrality, in the area of São Miguel Paulista Health Coordination, São Paulo city, State of São Paulo. Structured interviews were accomplished with 804 users of the urgency and emergency service of the Municipal Hospital Tide Setúbal, a reference hospital in the region, in order to identify potential hypertensive people and to investigate their references about the attendance, any possible disease complications, their adhesion to the treatment and occasional lifestyle changes resulted from the disease. The results showed prevalence of 18% potential hypertensive people in the hospital emergency room - using the reference value of 140x90mmHg (associated or isolated), according to the protocol of the Brazilian Society of Arterial Hypertension recommendations - half of them ignoring their risk condition for the disease. The methodology also accomplished focal groups with doctors and managers of the health units in the area, focusing to characterize their vision about the disease, about the patients' behavior and about the difficulties of treating arterial hypertension.

The patients diagnosed by UBS/PSF mentioned larger adhesion to the medicines (80%) and smaller proportion of hospitalization (19,5%), when compared with those that were diagnosed in the emergency room or other services. There only was significant statistical association between the diagnosis place (UBS/PSF) and the habits adopted after knowing that they have HA, such as going regularly to the physician office and doing complementary control exams. There was no significant statistical association between the diagnosis place and other habits, such as salt and fat decreasing, regular exercising, loss of weigh and stress control. But, decreasing salt and fat, losing weight, attending regularly the physician and doing complementary control exams are events statistically associated to smaller hospitalization indexes. However, 10% of the hypertensive people interviewed during the research declared that they won't submit themselves to ambulatory follow up. The members of the focal groups recognized the necessity of the linkage between patients and physicians, the importance of hearing them and the existence of a multidisciplinary equip, but it prevailed the opinion that the patients are “rebellious”, “resistant” and do not “obey” the proposed treatment, what denotes a still very normative and authoritarian vision of the professionals towards the patients attended by the health services, what may difficult the recognition of their singular needs. The professionals recognized the difficulty to

integrate the team for collective tasks, showing contradiction between the daily effective practice and the idealized speech about the work integration. The results of this paper allows to affirm that there is no integrality in the attention offered to the hypertensive people of the studied area, and also that there is no articulate net of services that effectively should assume the responsibility on and the accompaniment of the hypertensive people.



## ***1 - INTRODUÇÃO***

“A Reforma Sanitária privilegiou até aqui o seu momento de reforma, mas tudo indica que o seu destino próximo depende de que ela seja, finalmente, sanitária, sob pena de ser novamente tragada pela burocracia estatal da saúde” (DÂMASO, R. 1989:89).

O Brasil ocupa uma área de 8,5 milhões de km<sup>2</sup>, sendo o maior país em extensão territorial da América Latina e o quinto do mundo. Sua organização político-administrativa compreende a União, 26 estados, 5.560 municípios e o Distrito Federal, distribuídos em cinco regiões geopolíticas: norte, sul, nordeste, centro-oeste e sudeste (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b:21).

Em 2000, a população do país era de 169,9 milhões de habitantes, com forte concentração na região sudeste (42,6%), seguida das regiões nordeste (27,9%), sul (14,7%), norte (7,8%) e centro-oeste (7,0%). Mais da metade da população (52,1%) aglomera-se em 239 municípios com mais de 100.000 habitantes, que representam apenas 4,3% do total de municípios brasileiros, enquanto 18,7% vive em municípios com até 20.000 habitantes (72,3%). A população é predominantemente urbana e cerca de 40% vive nas 26 regiões metropolitanas do país, que compreendem 413 municípios (7,4% do total). Na distribuição por sexo, encontram-se 50,8% de mulheres e 49,2% de homens. Cerca de 54,3% dos habitantes declaram-se de raça branca, 44,7% de raça preta e parda e apenas 1% de outros grupos (amarela, indígena ou sem declaração) (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b: 23).

O perfil socioeconômico da população brasileira é marcado por profundas desigualdades regionais e entre os diferentes grupos no interior da sociedade. Em 2001, a porcentagem da população com renda familiar mensal de até meio salário mínimo per capita ou sem nenhum rendimento era de 43,5%. Na região nordeste, essa cifra chegava a 52,7% e na região norte a 47,6%, enquanto na região centro-este era de 41,3%, na região sudeste de 39,5% e na região sul de 37,7% (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b: 22).

A taxa de desemprego nos últimos anos é de cerca de 10% a 12% da população economicamente ativa, sendo maior na região sudeste, onde se concentram população e produção. Nas áreas metropolitanas, em 2003, a taxa de desocupação era de 10,9%,

segundo a Pesquisa Mensal de Emprego do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b: 22).

O analfabetismo diminuiu em todas as regiões e faixas etárias, passando de 20%, em 1991, para 14%, em 2000. Mas persistem grandes diferenças regionais, com variações entre 26%, no nordeste, e 8%, no sul (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b: 22).

A década de 1991 a 2000 registra uma taxa de crescimento populacional em torno de 1,6% ao ano e é marcada pela queda da fecundidade, a redução da natalidade, o aumento da esperança de vida e o progressivo envelhecimento da população: nesse período, a taxa de fecundidade passou de 2,6 para 2,2 filhos por mulher, representando uma queda de 15,4%, a taxa de natalidade reduziu-se de 23,6 para 21,2, com decréscimo de 10,2%, e a esperança de vida ao nascer aumentou de 60,7 anos para 68,5 anos (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b: 21).

A comparação entre as pirâmides etárias de 1980 e 2000 mostra um progressivo estreitamento da base, com uma acentuada diminuição na proporção de jovens e um expressivo aumento da população mais idosa (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b: 23). Observa-se a passagem de uma situação de alta mortalidade e alta fecundidade, com uma população predominantemente jovem e em franca expansão, para um quadro de baixa mortalidade e redução gradual da fecundidade, com um envelhecimento progressivo da população. Segundo projeções estatísticas da Organização Mundial da Saúde (OMS), o número de idosos no Brasil (pessoas com 60 anos e mais) crescerá 16 vezes, entre 1950 e 2025, enquanto que a população total crescerá apenas cinco vezes nesse período. As projeções demonstram que a proporção de idosos no Brasil passará de 7,3% em 1991, para quase 15% em 2025, que é a atual proporção de idosos nos países europeus. Isso colocará o país como a sexta população de idosos do mundo, com mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade. Em 2000, o índice de envelhecimento no país, que é o número de pessoas idosas para cada 100 indivíduos jovens, era de 19,77, variando de 9,77, na região norte, a 22,88, na região sudeste; nas demais regiões era de 22,60 (sul), 17,73 (nordeste) e 14,29 (centro-oeste) (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b: 23).

A análise da mortalidade brasileira, tendo como base o ano de 2001, mostra que o principal grupo de causas de morte, para todas as regiões e para ambos os sexos, é constituído das doenças do aparelho circulatório. Em seguida, para as regiões sudeste, centro-oeste, norte e nordeste, vêm as causas externas, e para a região sul, as neoplasias. Para os homens, as causas externas aparecem em segundo lugar nas regiões sudeste, centro-oeste, norte e nordeste e, para as mulheres, as neoplasias ocupam essa posição em todas as regiões. Os homens morrem mais precocemente que as mulheres: 23% dos óbitos masculinos ocorrem na faixa etária de 15 a 44 anos, enquanto apenas 11% dos óbitos de mulheres ocorrem nessa faixa etária. O risco de morrer por causas externas é maior em homens de 15 a 44 anos e por doenças do aparelho circulatório de 25 a 44 anos, do que entre mulheres. Por outro lado, o risco de câncer foi maior entre mulheres entre 25 e 44 anos. A partir de 45 anos as doenças do aparelho circulatório são o principal grupo de causa de morte, seguido de neoplasias e depois de causas externas, sendo o risco de morrer maior para os homens nas duas primeiras causas (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b: 25).

Segundo SCHRAMM et al. (2004)<sup>1</sup>, o estudo da carga de doença por meio de seu indicador, o Daly (Disability Adjusted Life Years – Anos de Vida Perdidos por Incapacidade) procura medir simultaneamente o impacto da mortalidade e dos problemas de saúde que afetam a qualidade de vida dos indivíduos. O Daly para uma doença ou condição de saúde é calculado como a soma dos anos de vida perdidos devidos à morte prematura (YLL – Years of Life Lost) e anos vividos com incapacidade (YLD – Years Lived with Disability). Uma análise importante refere-se aos anos de vida perdidos por morte prematura (Years of Life Lost – YLL), para ambos os sexos, mostrando que 27% dos YLL pertencem ao grupo I (doenças infecciosas e parasitárias, condições maternas, condições perinatais e deficiências nutricionais), 58% pertencem ao grupo II (doenças não transmissíveis) e 15% pertencem ao grupo III (causas externas). As maiores proporções de YLL para o grupo I são registradas nas regiões norte e nordeste, para o grupo II nas regiões sul e sudeste, e para o grupo III nas regiões centro-oeste e sudeste. Entre as principais causas da expressiva perda de anos de vida, destacam-se o grupo de doenças

---

<sup>1</sup> SCHRAMM et al. *apud* BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano Nacional de Saúde: Um Pacto pela Saúde no Brasil**. Brasília, DF, 2005.

cardiovasculares (24%) e os cânceres (12%). As doenças infecciosas e parasitárias ainda respondem por 10% dos YLL, o que é um dado bastante relevante (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b: 26).

Em relação à morbidade, merecem atenção as doenças infecciosas e transmissíveis, que se dividem em três grandes grupos: as de tendência declinante ou erradicadas, como varíola, sarampo, raiva humana, tétano neonatal, difteria, coqueluche, tétano acidental, doença de chagas, hanseníase, febre tifóide, rubéola, oncocercose, filariose e peste; as que apresentam quadro de persistência ou de redução em período ainda recente, como malária, tuberculose, meningite, leishmaniose e a febre amarela e as emergentes ou reemergentes, como AIDS, cólera e dengue (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b: 26).

A incidência de câncer também é significativa. Em 2003, foram registrados 402.190 casos novos, com 126.960 óbitos. Nos homens, os tipos de câncer mais comuns são de pulmão, próstata, estômago, esôfago e cólon e reto, em ordem decrescente. Nas mulheres de mama, pulmão, cólon e reto, colo de útero e estômago, também em ordem decrescente (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b: 27).

Uma vertente de estudo para análise das desigualdades é a carga de doença. Assim, no Brasil, os anos de vida vividos com incapacidade (Years Lived with Disability –YLD) resultam em primeiro lugar de doenças não transmissíveis (grupo II), para ambos os sexos. As causas externas (grupo III) respondem por 7,7% dos YLD para o sexo masculino, e por apenas 3,5% para o sexo feminino. No grupo II, observa-se um excesso de 15% de morbidade para o sexo feminino em relação ao masculino para as doenças neuro-psiquiátricas, e de 40% para as doenças músculo-esqueléticas. Em contraste, verifica-se um excesso de morbidade de 40% para o sexo masculino em relação a doenças respiratórias crônicas (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b: 27).

Dentro da análise das condições de saúde, o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2005b) definiu como grupos prioritários em virtude de sua vulnerabilidade:

- as populações do campo, onde se encontram os maiores índices de mortalidade infantil e a maior incidência de endemias, insalubridade e analfabetismo;

- a população negra e afro-descendente, que têm menor expectativa de vida e piores condições sociais, e cuja mortalidade infantil está em ascensão;
- os povos indígenas, que apresentam uma taxa de mortalidade infantil quase duas vezes maior que a população branca, assim como altas taxas de doenças respiratórias, doenças gastrointestinais agudas, DST, desnutrição e doenças imunopreveníveis, malária e tuberculose, além do início da HA, diabete mellitus, alcoolismo, depressão e suicídio;
- as crianças, pois a mortalidade infantil continua elevada e desigual, dada a estagnação da mortalidade neonatal;
- a juventude, com altas taxas de mortalidade por violência, uso de drogas, AIDS e gravidez na adolescência (a taxa de fecundidade na faixa etária de 15 a 19 anos aumentou de 9,14%, em 1980, para 19,38%, em 2000);
- as mulheres, com uma razão de mortalidade materna de 75 óbitos por 100.000 nascidos vivos, que é cerca de 3,5 vezes maior que a de países desenvolvidos;
- os idosos, cujos estudos mostram que 85% possuem pelo menos uma enfermidade crônica e, cerca de 15%, pelo menos cinco, sendo a hipertensão arterial (HA), a mais prevalente, atingindo 60% desse contingente, além de consumirem a maior parte dos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS);
- os trabalhadores, incluídos 60 milhões com vínculo informal ou precário, que apresentam 3.700 óbitos por ano em decorrência de acidentes de trabalho;
- as pessoas portadoras de deficiência, sendo as principais causas os transtornos congênitos e perinatais, decorrentes da falta de assistência ou assistência inadequada;

- a população prisional, estimada em 210.150 indivíduos em 2003, dos quais mais da metade tem menos de 30 anos, 95% são pobres, 95% são do sexo masculino, dois terços não completaram o primeiro grau e 12% são analfabetos, padecendo de DST, AIDS, tuberculose, pneumonias, dermatoses agudas, agravos à saúde mental, hepatite, traumas, diarreias infecciosas, HA e diabetes (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b: 32).

É neste cenário que se estrutura o SUS, com grandes desafios, pois envolve componentes objetivos e subjetivos entrelaçados de maneira indivisível na maior parte do tempo, seja na explicação do processo saúde-doença, ou no encontro entre paciente e profissional de saúde, sem falar de todo o arcabouço institucional que tenta garantir sua sobrevivência jurídica e financeira, diante de crescentes necessidades da população e das críticas, sobretudo nos casos de urgência/emergência.

Este processo ocorre em meio a várias transformações na sociedade brasileira. O envelhecimento populacional já citado, que ocorre a partir da década de 60, impõe uma reorganização dos serviços de saúde, previdência e assistência social, na medida em que leva a um aumento das doenças crônicas.

A partir do estudo de dados de uma amostra da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD) de 1998, ALMEIDA et al. (2002) comprovam que a procura por serviços de saúde é três vezes maior para portadores de doenças crônicas e a proporção de não-atendidos entre esses doentes é 35% superior. Outra constatação importante é que esses doentes procuram os serviços de saúde para tratamento ou reabilitação em porcentagem bem maior que os outros usuários, que também os procuram para prevenção.

As autoras observam ainda que a distribuição do tipo de serviço procurado é a mesma para os usuários, portadores de doenças crônicas ou não: atendimento ambulatorial, 68% a 70%, urgência/emergência, 28% e exames complementares, 1%. Isso é uma demonstração, segundo elas, de que a diretriz do SUS de implementação do atendimento ambulatorial está sendo concretizada (ALMEIDA, et al., 2002).

De qualquer forma, o estudo mostrou que os grupos com piores condições socioeconômicas apresentam as maiores prevalências de doenças crônicas e que esses doentes consomem mais consultas e internações (mesmo sendo pobres, pois a universalização parece ser uma realidade, segundo as autoras) e utilizam mais os serviços ambulatoriais. Além disso, uma baixa porcentagem alegou procurar atendimento e não conseguir (4,18%), e 49% referiu que conseguiu atendimento no SUS (ALMEIDA et al., 2002).

Outros autores (SAWYER et al., 2002), em um estudo sobre perfis de utilização de serviços de saúde baseado em três dimensões: capacitação, necessidade e predisposição, concluíram que a demanda de adultos por serviços privados ou conveniados em planos de saúde não ultrapassaria 50% da população brasileira, na conjuntura econômica da época. Segundo eles, os serviços públicos deveriam se preparar para o atendimento especializado à população idosa, de baixa renda, com alta morbidade e graves limitações de atividades físicas, assim como realizar um trabalho preventivo entre populações jovens, sob pena de se chegar a proporções altíssimas de idosos, na situação já descrita, em um futuro próximo.

Um aspecto relevante a ser considerado, na reorganização do SUS, ressaltado por LUZ (2001) diz respeito à política de descentralização. Mediante essa política, segundo a autora, transferiram-se responsabilidades sem os correspondentes repasses de recursos financeiros, mantendo-se uma situação de penúria, que foi agravada pelo empobrecimento da população, aumentando e modificando a demanda de atenção médica, sobretudo em termos de saúde mental, e provocando uma crise na estrutura de atendimento da saúde pública (LUZ, 2001:20).

LUZ (2001) destaca que no universo simbólico contemporâneo há um conjunto de representações relativas aos valores dominantes na sociedade, como o individualismo (a compreensão dos sujeitos como unidades pontuais autônomas), a competição entre os indivíduos como regra básica de relacionar-se, o consumismo como a afirmação de ser, o corpo (e seu cuidado) como unidade central – muitas vezes única – delimitadora do indivíduo em relação aos outros, bem como as estratégias de valorização do corpo, com o sentido de obter dinheiro, status e poder. Essas questões, segundo a autora, são dominantes na cultura, e permeiam as representações e práticas de saúde, subsumindo-as e dirigindo-as

no sentido da ratificação e fortalecimento dos valores centrais dessa sociedade (LUZ, 2001: 25).

O “grande mercado da saúde”, nas palavras de LUZ (2001), foi impregnado de características próprias da cultura pós-moderna, como fragmentação, diversidade, sincretismo e hibridismo, e os conceitos de saúde, adoecimento e cura foram ressignificados. A saúde passou a ser a “nova utopia” da sociedade atual. Segundo a autora, três fatores explicam essa mudança: o custo social da saúde, que aumentou muito para os indivíduos, o Estado e as empresas, a associação simbólica da saúde a idéias de juventude, beleza, força e estética e a valorização de atividades ligadas ao lazer, que agora fazem parte de um ideal de vida saudável (por outro lado, os excessos e a falta de comedimento em qualquer área representam riscos à saúde). Por fim, as condições de vida das pessoas, incluindo trabalho, dinheiro, família, dentre muitas outras coisas, tomaram sua parte teórica e, simbolicamente, a existência ou qualidade destes faz parte da definição de saúde (LUZ, 2001: 25).

Uma questão que se sobressai, para LUZ (2001), é a estética, que é o que define, mediante padrões rígidos de forma física, se as pessoas precisam exercer alguma “atividade de saúde” ou o critério sociocultural para definir se os sujeitos realmente são “saudáveis”, mais que a racionalidade médica e seus modelos (normalidade/patologia ou vitalidade/energia) (LUZ, 2001: 28).

Essas mudanças, no seu conjunto remetem a um novo modelo de inclusão e exclusão social. LUZ (2001) considera que boa parte das queixas ambulatoriais está relacionada à síndrome do isolamento e à pobreza. Assim, as atividades físicas e de saúde passam a ser um espaço de sociabilidade, e para a parcela da população excluída deste novo cenário, ter saúde passa a significar receber cuidados, vencer o isolamento social, “fazer parte”, lutar contra a morte social (LUZ, 2001: 28-33).

Para ilustrar essa nova situação, essa autora menciona a multiplicidade de eventos coletivos de confraternização, excursões, passeios ou festas que são desenvolvidos atualmente por grupos de atividades de saúde, independentemente de seu paradigma ou modelo. Ela cita ainda o estudo de um médico de Juiz de Fora, Minas Gerais, que realizou

estágio na pesquisa ‘Racionalidades Médicas’, e conduziu um “survey” durante um ano sobre as filas de espera de atendimento em sua cidade, mediante a observação participante e entrevistas, concluindo que as filas eram *locus* de sociabilidade para pacientes e não pacientes que ali esperavam, fugindo do isolamento de suas casas (LUZ, 2001: 36).

A autora sustenta que essas mudanças são importantes na reconstituição do tecido social comunicativo, na medida em que se tornam pontos de resistência ao individualismo crescente, propiciando relações de solidariedade, cooperação e ajuda mútua, cuja tendência está diretamente ligada ao papel que a cidadania poderá desempenhar no futuro (LUZ, 2001: 34).

É nesse contexto que o SUS vem se reorganizando. Vale assinalar, a partir das reflexões de BODSTEIN (2002) acerca da Atenção Básica na Agenda da Saúde do SUS, que a década de 1990 é marcada pelo avanço do processo de descentralização do setor saúde no Brasil. Os municípios assumem de forma gradual e negociada a gestão da rede de serviços de saúde do país e, portanto, pela prestação direta da maioria das ações e programas de saúde, tarefa complexa, repleta de diversidade de situações e de contextos sociais.

Mesmo admitindo que esse processo tem problemas e merece muitas críticas, BODSTEIN (2001) reconhece que ele representa um avanço no sentido do diálogo entre as políticas públicas e a sociedade, visto que possibilita reinventar e ampliar espaços de diálogo político, de negociação e de consenso a partir dos interesses e contextos locais. A autora argumenta que a descentralização, em situação de permanente déficit de democracia e de responsabilidade com a gestão pública, embora sob risco de ser encapsulada no circuito do clientelismo-assistencialismo de viés populista, constitui um pré-requisito para o fortalecimento da cidadania e do controle social. Mas adverte que a ausência ou baixo grau de cultura cívica e participativa inviabiliza ou dificulta o controle da sociedade sobre as políticas públicas (BODSTEIN, 2002).

O quadro de heterogeneidade e desigualdade social existente no país, ainda segundo Bodstein, dificulta o processo de reorganização da atenção básica, principalmente pelo pequeno aporte de recursos financeiros e o crescimento rápido das demandas e de sua

complexidade, que ultrapassam a capacidade de resposta das políticas públicas e dos sistemas de saúde, considerando-se uma clientela potencial de 170 milhões de pessoas, das quais 75% quase inteiramente dependentes do SUS (BODSTEIN, 2002).

Entre as medidas e programas adotados a partir de 1998, visando a universalização da atenção básica, destacam-se: o Piso de Atenção Básica (PAB) fixo, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF) e os demais incentivos do PAB variável, que financiam parcialmente programas prioritários como tuberculose, AIDS, hipertensão arterial, diabetes mellitus, etc, sendo consideradas medidas, que como programa de saúde coletiva e acompanhado por políticas intersetoriais, são essenciais junto às políticas de combate à pobreza e à exclusão social (BODSTEIN, 2002).

Dados do Ministério da Saúde (MS) sobre o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) mostram que em 2003 o PACS e o PSF beneficiavam a quase totalidade das populações das regiões norte e nordeste do país (99,5 % e 92,6 %, respectivamente), e parcelas significativas das regiões centro-oeste, sul e sudeste (64,3%, 53,4% e 35,1%, respectivamente), contribuindo para a melhoria dos indicadores de saúde, como a mortalidade infantil, em especial por diarreia e infecção respiratória aguda. Esses programas asseguram, ainda, a ampliação da cobertura vacinal, da proporção de crianças com aleitamento materno exclusivo até quatro meses e da cobertura de ações de saúde bucal, entre outros ganhos importantes (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b: 6).

Quando se observam os indicadores sociais e demográficos das populações cobertas pelo PACS/PSF, verifica-se que, na média, 81% das pessoas são alfabetizadas, 70,3% dispõem de abastecimento de água em rede, 34,2% de esgotamento sanitário em rede, 69,3% de coleta de lixo pública, 90,5 % habitam em moradias de tijolo ou madeira e 88,8% contam com energia elétrica. Apesar das grandes diferenças regionais, comprova-se que o SUS tem dado prioridade àquelas populações cujas condições de vida, ainda bastante precárias, propiciam sobreposição de determinantes para o adoecimento (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000: 10).

A comparação entre os dados do SIAB de 1999 e os de 2003 mostram uma diminuição importante na mortalidade infantil global em todas as regiões do Brasil cobertas pelo PACS (de 42 para 31,1 por mil nascidos vivos) e pelo PSF (de 37 para 28,4). Quando

se consideram as causas de morte, constata-se uma redução para todas elas, em particular para a diarreia (que nas áreas de PACS diminuiu de 8,5 para 4,0 e nas de PSF de 17,5 para 3,2 por mil nascidos vivos) e para a infecção respiratória aguda (que caiu de 5,9 para 3,7 nas áreas de PACS e de 6,8 para 2,8, nas áreas de PSF) (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000: 18, 2004b: 24).

Simultaneamente, aumentou a proporção de portadores de hipertensão arterial, diabetes mellitus, hanseníase e tuberculose acompanhados nas áreas de PACS/PSF, com índices próximos a 90% de cobertura (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b: 40-41).

Em relação a hospitalizações, há queda nos casos por pneumonia e desidratação em menores de cinco anos, e aumento nas internações por complicações de diabetes mellitus e por outras causas, tanto nas áreas do PACS como do PSF (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b: 42-43).

Entre as prioridades estabelecidas pela Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2001 (NOAS), destacam-se o controle da tuberculose, da hipertensão arterial sistêmica, da diabetes mellitus, ações de saúde bucal, ações de saúde da criança e ações de saúde da mulher. Para isso, foram criadas linhas de financiamento direcionadas à capacitação de recursos humanos e à implantação dos programas, além de sistemas de informação que, apesar de não se integrarem, representaram um salto de qualidade para constituição de bancos de dados com fins de acompanhamento e avaliação (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001a).

O Pacto dos Indicadores de Atenção Básica de 2001, transformado em Agenda Nacional de Saúde, apontou os seguintes grupos de indicadores: redução da mortalidade infantil e materna, controle de doenças e agravos prioritários, melhoria da gestão, acesso e qualidade, reorientação do Modelo Assistencial e descentralização. Esses indicadores foram captados por meio dos sistemas de monitoramento e de seus vários bancos de dados (Sistema de Informação de Mortalidade-SIM, Sistema de Informação de Atenção Básica-SIAB, Sistema de Informação Ambulatorial-SIA, etc), o que demonstra o empenho na construção de projetos nacionais de enfrentamento dos principais problemas de saúde pública, de forma coletiva e com a preocupação de realizar avaliações de médio e longo prazo (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001b).

Por outro lado, a transição epidemiológica por que passa o país, constatada por um aumento importante das doenças crônicas não transmissíveis e pelas conseqüências mórbidas da violência, exige que se adotem procedimentos de alta complexidade, acompanhando o progresso tecnológico e os avanços da ciência e da medicina, mas tensionando o financiamento do SUS, com grande custo social (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a: 9-10).

Dados do MS sobre internações em 2002 mostram que 10% foram motivadas por doenças do aparelho circulatório, totalizando 1.216.394 internações, das quais 30,6% por insuficiência cardíaca, 10,6% por outras doenças isquêmicas do coração e 10,4% por hipertensão arterial, o que consumiu 17% do gasto financeiro de internação, sendo 10,8% para cirurgia cardiovascular e 6,2% para cardiologia clínica (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a: 11-12).

Dos óbitos que ocorreram durante internação, 16% são atribuídos a estas duas últimas especialidades, superadas apenas por pneumologia clínica, com 16,9% das mortes. O valor médio da Autorização de Internação Hospitalar é o segundo maior para cirurgia cardiovascular, perdendo apenas para transplante (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a: 19).

Em relação às doenças cardiovasculares, em especial a hipertensão arterial, tem-se avançado muito pouco, o que se traduz no grande número de mortes ou seqüelas precoces, ou evitáveis.

Nesta questão, temos muitas reflexões para fazer, pois sabemos que estes doentes freqüentam nossos serviços de urgência/emergência e ambulatórios sem ser descobertos ou, quando há a suspeita, não são adequadamente encaminhados, acolhidos e acompanhados para que o tratamento aconteça de forma eficaz.

A literatura na área de Saúde Pública é pouca restrita em textos sobre vigilância epidemiológica de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como ressalta LESSA (2004), mas ela oferece muitas propostas de programas, vários deles em andamento, visto que esta se tornou uma preocupação de várias organizações internacionais,

principalmente em relação a doenças cardiovasculares, cuja pandemia foi identificada em torno de 1997, seguida da epidemia de obesidade e sobrepeso, nos países desenvolvidos, com tendência à pandemia, o que pode acarretar nova epidemia de HA e outras doenças cardiovasculares (LESSA, 2004).

LESSA (2004) observa ainda que a epidemiologia das DCNT é incompleta e complexa, que nenhum dos fatores de risco para a quase totalidade das DCNT é “necessário, suficiente, ou necessário e suficiente”. Diz que:

“curiosamente, a grande maioria dos fatores de risco para doenças cardiovasculares são os mesmos para diabetes mellitus, para doença renal crônica e compartilhados por uma variedade de neoplasias malignas. A síndrome metabólica, composta por vários elementos ateroscleróticos, está entre os mais comentados determinantes das doenças cardiovasculares e do diabetes na atualidade, com especial relação com a inflamação. Supostamente, a presença de vários desses fatores na epidemiologia de diferentes doenças facilitaria as ações preventivas e de controle, além da utilização racional dos recursos humanos e financeiros, mas isso não ocorre na prática” (LESSA, 2004).

O próprio estudo da mortalidade traz dificuldades para identificação dos casos de hipertensão arterial, visto que na análise apenas por causas básicas de morte ela não é codificada na presença de algumas doenças, pelas regras da Classificação Internacional de Doenças (CID), como foi demonstrado no estudo de CHIAVEGATTO FILHO et al. (2004), no Município de São Paulo, acerca da mortalidade, no ano de 2002, por doença hipertensiva em mulheres de 20 a 49 anos.

Neste estudo, em que se recuperam informações por pesquisa familiar e de prontuários e se elaboram novas declarações de óbitos, comparando-as com as originais, foi possível fazer uma correção dos dados. Assim, a menção de HA como causa básica aumentou 4,4% e como causa associada 17,7% (CHIAVEGATTO FILHO et al., 2004).

Outro aspecto é o que os pacientes acham acerca do problema, como constroem sua representação da doença, qual o significado intrínseco do processo de adoecimento, o que é aceito e como é vivenciado no cotidiano pelos usuários do sistema de saúde. Vários

estudos mostram que os tratamentos, dietas, mudança de hábitos e outras recomendações não são seguidos e que há uma explicação, nem sempre racional, para este comportamento de risco, que não pode ser ignorada pelos profissionais de saúde (CZERESNIA, 2004; DUARTE, 2003; FIRMO et al., 2004; GARCIA, 1997; GOMES, 2002; LIMA et al., 2004).

DUARTE (2003) revisou a linha de pesquisa no campo das ciências sociais no Brasil que se centra na hipótese metodológica de:

“uma diferença cultural fundamental entre os modelos relacionais de ‘pessoa’ e o modelo do ‘indivíduo’ ocidental moderno (pensado como livre, autônomo e igual). Essa diferença cultural é de particular importância na caracterização das formas diferenciais de experiência da saúde e da doença entre as classes populares das sociedades nacionais modernas e os segmentos portadores dos saberes biomédicos, eruditos, dominantes e oficiais. Estes últimos têm compromisso originário com algumas características da ideologia do individualismo, tais como o universalismo-racionalismo e o cientificismo-fisicalismo. As representações, práticas e instituições dela dependentes ocupam um espaço de oposição à forma integrada, relacional, holista, como são pensadas e experimentadas as ‘doenças’ (ou, como prefiro, as ‘perturbações físico-morais’) mesmo nos segmentos ‘individualizados’, quanto mais nos segmentos regidos por representações hierárquicas, relacionais, de ‘pessoa’” (DUARTE, 2003).

No final conclui que:

“a experiência da saúde/doença interpela a integralidade da identidade pessoal – como todas as ocorrências a que os ingleses chamam de *afflictions* – impondo, portanto, ações e reações mobilizadoras de sentido. O fato de serem elas alternativamente peregrinações, promessas, conversões e sacrifícios ou consultas, exames, operações, dietas ou transplantes – ou ainda tudo isso alternada ou concomitantemente – põe em cena horizontes de significação e princípios de ação complexos e diferenciados, que o esquema analítico da ‘pessoa-indivíduo’ ajuda a compreender em nossa sociedade” (DUARTE, 2003).

Concretamente, podemos captar uma inquietante insatisfação em diversos segmentos sociais, cuja origem deve ter uma explicação multifatorial com os mais diversos conteúdos objetivos e subjetivos. Os usuários transmitem a nítida mensagem de que a Saúde Pública não atende os seus desejos, principalmente aqueles que são estimulados pelos meios de comunicação através de ações de marketing. Como observa CAMPOS (1992), “a comunicação estimula o desenvolvimento de necessidades, procurando deslocá-las todas para a esfera do consumo” (CAMPOS, 1992: 66).

Uma instigante reflexão de PINHEIRO e LUZ<sup>2</sup> pode ajudar a elucidar, em parte, a insatisfação com o funcionamento dos serviços, e mesmo com produção de conhecimento acerca dos modelos de saúde.

Segundo PINHEIRO e LUZ<sup>3</sup>, todos partem de modelos ideais de saúde, mesmo os profissionais da área, esquecendo que sua aplicação exigiria também condições ideais. Porém, dizem as autoras, “os serviços de saúde são cenários vivos, onde atuam atores sociais distintos no desenvolvimento de suas práticas”.

Aparentemente, a insatisfação decorre da valorização excessiva dos meios e não do resultado final, como sustenta LIMA et al. (2004) ao tratar da questão da humanização e da qualidade dos serviços públicos de saúde. Ela adverte que, nesse campo, a tecnologia é apenas um instrumento de trabalho para os profissionais, pois, segundo ela, “o produto final de seu trabalho não é um bem físico e sim um bem, digamos assim, humanístico”.

Sabe-se que a reforma sanitária no Brasil, diferentemente de outros países, é de inteira responsabilidade do Estado, e que o modelo adotado não permite ao paciente fazer muitas escolhas. Hoje ele não pode mais recorrer a consultórios médicos privados, que antes eram credenciados pelo INAMPS, mas tem à sua disposição unidades próprias com equipes multidisciplinares contratadas pelo poder público e dirigidas a populações de referência. O paciente, em sua busca por autonomia, segurança, empatia, melhor qualificação, etc, muitas vezes rejeita essa via, buscando espontaneamente entrar por outra porta, com determinado profissional, ou serviço, que julga mais adequado ao seu caso.

---

<sup>2</sup> PINHEIRO, R. e LUZ, M. T. *apud* GOMES, M. A. S. M. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). Rio de Janeiro: IMS – UERJ/Abrasco, 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9 (4): 7,34 2004.

<sup>3</sup> PINHEIRO, R. e LUZ, M. T. *apud* GOMES, M. A. S. M. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). Rio de Janeiro: IMS – UERJ/Abrasco, 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9 (4): 7,34 2004.

Parece que se construíram fetiches que prejudicam a discussão e fazem crescer a distância entre instituições, e principalmente pessoas, o que impede que se crie a coesão necessária para que o trabalho em saúde se torne mais fluido e menos fragmentado, ganhando qualidade e concretude. Além das ‘cercas’ criadas para separar serviços com gestores diferentes, há os limites impostos por visões distorcidas de um sistema em formação.

Alguns pacientes dizem que precisariam de um mapa para se situar no labirinto construído por quem opera os serviços de saúde, e ainda são considerados deseducados, por uma parte dos profissionais da área, em termos de saúde, ao procurar ajuda onde for mais perto, disponível ou possível. Assim, os usuários acham suas próprias saídas, ou melhor, locais de entrada (CECÍLIO, 1997).

Isso remete à discussão sobre o ato de cuidar, pois observamos que ele é constituído de diversos processos entrelaçados que envolvem a organização, a forma de pensar e a própria operação do trabalho. Assim, o ato de cuidar exige dos envolvidos mais do que compromisso, mas também competência técnica para se viabilizar.

O conteúdo tecnológico do ato de cuidar depende da forma como se produzem as necessidades de saúde como valores de uso, utilidades para indivíduos e grupos. Essa questão ganha amplitude quando consideramos a maneira como se elaboram estratégias de prevenção, controle ou tratamento dos agravos (MERHY, 2003:15). Parece que a desarticulação existente hoje não permite somar os conhecimentos necessários para a construção da tecnologia de cuidar.

Observa-se a chegada no sistema de saúde de profissionais despreparados tecnicamente para exercitar seu saber específico e acadêmico, além de pessoas com conteúdo humano frágil, que ignoram a solidariedade social, sendo o compromisso ético com a vida ignorado. Esta questão é crucial, pois dos 2,2 milhões de empregos vinculados aos estabelecimentos de saúde no Brasil, 54,7% são do setor público (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b: 39).

Parece existir hoje uma prevalência do ‘administrativismo’ burocrático em detrimento da ciência e arte clínica, o que pode estar frustrando profissionais e causando insatisfação do usuário, que não se sente seguro frente às estruturas rígidas que encontra.

Também na questão dos movimentos sociais, há um longo caminho a percorrer, visto que, em geral, eles estão ligados à noção de carência, que se transforma no alvo de suas ações reivindicativas. Assim, na condição de sujeitos coletivos eles são exatamente os “excluídos”, os “carentes” e os “discriminados”, o que faz com que suas conquistas não sejam necessariamente de direitos, e sim de “bens” do Estado. Elas não deixam de ser legítimas, mas o problema é que privilegiam determinadas clientelas, criando uma expansão não universal dos direitos (COHN e ELIAS, 2002).

A Reforma Sanitária proposta para o Brasil conseguiu aumentar radicalmente a cobertura e implementar propostas revolucionárias em campos específicos como a saúde mental, por exemplo. Mas, na medida em que se preocupou em racionalizar, ampliar, abrir portas, etc, não conseguiu oferecer aos seus usuários – que estão cada vez mais exigentes – uma possibilidade de vínculo que superasse a idealização e o marketing direcionado para esta ‘mercadoria’.

Em meio a toda essas contradições, revelam-se algumas características da crise da saúde: ineficácia, ineficiência, iniquidade e insatisfação da população. Estas são determinadas por vários fatores, entre eles: envelhecimento da população, doenças emergentes e reemergentes, processo de urbanização, verticalização do atendimento, incorporação de tecnologias, corporativismo das empresas e corporações de saúde, principalmente médicos e enfermeiros que reivindicam melhores salários (MENDES, 1997:3).

Enfim, todos estes dados mostram os avanços e problemas que o SUS enfrenta em seus aspectos mais gerais, apesar da intensa produção de novas práticas e tecnologias para enfrentar a morbimortalidade brasileira, reorganizando principalmente a atenção básica e a urgência -emergência.

O desejo do presente trabalho é fazer uma investigação e uma reflexão sobre estes conteúdos, buscando captar uma parte dos problemas do cotidiano, para construir tecnologias visando saber se os serviços estão encadeados e ajudar as pessoas afastadas por histórias diferentes e por preconceitos. Acreditamos que essa articulação é essencial para o planejamento das ações gerais e específicas, a efetivação do cuidado, o controle e a

avaliação do trabalho coletivo e individual comprometido com seus resultados. E que ela é essencial também para que se estabeleça uma convergência entre compreensão dos usuários e dos profissionais de saúde de todo o processo. Sabemos que este é um grande desafio. Esperamos poder contribuir para o fortalecimento do SUS.

## **1.1 - Justificativa**

O epidemiologista Marcos Drumond contou-me que causou polêmica em uma discussão com serviços de Saúde Pública ao afirmar que o diagnóstico já existe e que agora precisamos de intervenção. Na ocasião, eu estava justamente refletindo sobre técnicas de planejamento, que consomem grande parte de nosso tempo e não se traduzem em prática. Não que negue a importância do planejamento, mas acredito que já avançamos muito nesta questão e não conseguimos, muitas vezes, operar no cotidiano o que já sabemos ser necessário.

Muitas indagações surgiram na época em que estava concluindo minha tese de mestrado, onde faço uma avaliação do SUS da cidade de Mauá, na Região Metropolitana de São Paulo (PEREIRA, 2000). Perguntava-me, por exemplo, sobre os motivos que levavam um sistema bem estruturado, com dirigentes e gerentes comprometidos, a oferecer uma assistência insuficiente sob vários aspectos, incapaz de atender as necessidades de saúde das pessoas, conforme a taxonomia proposta por MATSUMOTO (1999).

Como profissional de saúde, sempre me inquietei com as propostas de estruturação do SUS. Ao mesmo tempo em que admirava a extensão da cobertura assistencial, as ações de promoção da saúde e a democratização das relações, eu tinha a impressão de que algo importante ficava para trás ou não era desenvolvido adequadamente.

Uma das constatações mais dolorosas do nosso trabalho cotidiano – e que merece uma profunda reflexão – é o fosso existente entre, por um lado, o comportamento dos usuários em relação à saúde, suas expectativas e suas demandas insistentes por unidades de pronto-atendimento que ofereçam um amplo cardápio de especialidades médicas, no melhor estilo da sociedade de consumo, assim como suas relações com os

profissionais de saúde; e, por outro lado, o funcionamento burocratizado das unidades de saúde, a persistência em discursos modelados por teorias incertas acerca do processo saúde doença, propondo medidas preventivas ou curativas impraticáveis na vida moderna, quer por razões sociais, econômicas ou culturais.

Por ter experiência como médica de urgência-emergência e ambulatório, sabia que na conduta tradicional de queixa-conduta, adotada pela maioria dos profissionais de saúde, sobra pouco espaço para a integralidade, e que perdemos muitas oportunidades de salvar vidas precocemente pela incapacidade de aplicar o instrumental clínico integrado à epidemiologia.

Já havia percorrido um vasto caminho discutindo financiamento, recursos humanos, poder médico, tecnologia, ausência de vínculo entre os sujeitos profissional/equipe e doente, responsabilização e autonomia. Minha conclusão mais imediata era de que precisávamos discutir a micropolítica do trabalho, como fazemos no dia-a-dia, flexibilizar os rígidos fluxos de hierarquização, conquistar os profissionais insatisfeitos e desejosos de uma boa prática clínica, garantir que toda idéia que procure centrar o foco das atenções nos pacientes seja ouvida e valorizada, pois os dados estavam diante de nós exigindo uma resposta.

Mas, como gerente, observava que embora coordenasse oficinas de planejamento, organizasse cursos de formação na área de saúde coletiva e saúde individual, estruturasse projetos de humanização e acolhimento, o âmago da questão nos escapava e os longos processos de discussão nunca chegavam a ações efetivas e, quando menos esperávamos, encerrava-se nosso tempo administrativo e político de poder fazer.

Isso não significa que os serviços sejam imutáveis, ao contrário, eles são bastante dinâmicos, mas sua lógica de organização não sofre alterações reais na essência, na medida em que eles permanecem inacessíveis àqueles que mais necessitam de atenção e em que não oferecem um plano terapêutico possível para as necessidades individuais e coletivas dos seus usuários.

Associado a isso, está a desconsideração do que a doença representa para os indivíduos ou coletivos, ou seja, de qual é o significado dos sinais e sintomas na construção da imagem da patologia, ou mesmo do que é considerado agravo pela população. Talvez seja esta uma das causas de não seguimento de plano terapêutico por parte dos usuários.

Durante minha gestão como superintendente de uma autarquia hospitalar municipal em São Paulo, constatei que as iniciativas de aproximação de uma forma de assistência diferenciada, utilizando instrumentais epidemiológicos, como os projetos de vigilância à saúde de bebês de risco, programas de internação domiciliar, saúde da família, acolhimento nas unidades, etc, por vezes descolam do restante dos serviços, sendo privilegiados com discussões, estruturas e recursos e separados do grosso do trabalho em saúde.

Em algumas situações, convivem projetos maravilhosos e avançados, para uma parcela restrita da população, e unidades em estado de calamidade, em todos os níveis, como os ambulatórios primários, de especialidade, a urgência-emergência e internação hospitalar.

Os projetos diferenciados, muitas vezes, não sobrevivem às mudanças de gestores. São iniciativas importantes, mas podem ser passageiras, não tendo capacidade de estimular mudanças em outros setores e criar sua própria sustentação como alternativa aos modelos de atenção tradicionais.

Outro aspecto que me causava incômodo, trabalhando como socorrista na área de urgência-emergência e hospitalar, eram as macas de pacientes nos corredores dos serviços públicos, sendo a maioria de clínica médica, com pacientes diabéticos, hipertensos ou acometidos de outra doença cardiovascular, no início da terceira idade, em estado deplorável. E, mais ainda, a situação precária desses pacientes após infartos do miocárdio ou AVC, em uma sociedade sem cuidador familiar, dependentes para tudo, perdendo toda sua dignidade e passando o resto de suas vidas de forma restrita, “mortos em vida”, para usar a expressão que ouvi de um paciente.

Ao conversar com muitos deles, notava que muitos sabiam do diagnóstico de HA ou diabete mellitus, mas não correlacionavam isso com os fatos que estavam vivendo naquele momento. Vários pacientes tinham críticas severas aos tratamentos propostos, em especial aos múltiplos medicamentos, mas não falavam disso com seu médico.

Isto me fez lembrar do comentário de CAMPOS et al. (1997) sobre as práticas de saúde:

“A normalização das noções sobre saúde e doença realizada somente a partir dos conhecimentos positivos (anatomofisiopatológico), ou estatísticos (formalismo quantitativo), ou até mesmo sociológicos (formalismo crítico-qualitativos), tem propiciado uma pura idolatria dos meios e das formas, desligados dos fins, dos resultados e dos conteúdos das práticas sanitárias. O sofrimento e as doenças das pessoas, as possibilidades concretas de minorá-los, tudo isso tem ido para o segundo plano” (CAMPOS et al., 1997: 54).

Por fim, percebi que as DCNT são um desafio para a humanidade, visto que o entendimento do processo de adoecimento ainda está sendo construído, e seu tratamento ainda não satisfaz profissionais de saúde e doentes. Entre as patologias, a HA é um problema de grande magnitude, para jovens e idosos. Todos temos contato com alguém que apresenta a doença, e observamos as dificuldades de aceitação e seguimento dos tratamentos.

Desta forma, decidi analisar a assistência aos hipertensos da ótica da integralidade das ações, “essa miragem fugidia e ao mesmo tempo central para o sistema de saúde”, nas palavras de CAMARGO JR. (2001), objeto de formulação de diversos autores, mas que não pode ser tomada como conceito, segundo esse mesmo autor, é “uma rubrica conveniente para o agrupamento de um conjunto de tendências cognitivas e políticas com alguma imbricação entre si, mas não completamente articuladas”.

Após dezessete anos de experiência na área, compartilho plenamente o ponto de vista de HARTZ e CONTANDRIOPOULOS (2004) de que:

“a integralidade da atenção é um eixo prioritário da investigação e avaliação dos serviços e sistemas de saúde, estruturados como redes assistenciais interorganizacionais que articulam dimensões clínicas, funcionais, normativas e sistêmicas em sua operacionalização, reconhecendo que nenhuma organização reúne a totalidade dos recursos e a competências necessárias, para a solução dos problemas de saúde de uma população, em seus diversos ciclos de vida” (HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004)

Creio que a investigação científica nos ajudará a entender porque não basta apenas coerência técnica, administrativa e compromisso em uma proposta de reorganização de atenção à saúde.

Essa é a perspectiva de meu estudo sobre a prevalência de hipertensos no pronto-socorro (PS) de adultos do Hospital Municipal Tide Setúbal, no bairro de São Miguel Paulista, zona leste de São Paulo, assim como das observações de um grupo focal com médicos e de outro com gerentes de unidades de saúde sobre a HA na Coordenação de Saúde de São Miguel Paulista.



## ***2 - OBJETIVOS***

A cidade de São Paulo apresenta uma rede de serviços de saúde pública composta por equipamentos municipais, estaduais e federais, desde a atenção básica até a alta complexidade.

Em 1935 foi promulgada a Lei 2.484/35, que estabeleceu as funções do município na área de saúde, sendo elas: a assistência aos desvalidos, maternidade e infância, proteção à juventude contra 'venenos sociais' e a prestação de socorro e cuidados relativos à saúde e assistência pública (GARBIN, 1999:65). A Intendência de Higiene, que existia desde 1892, foi transformada em Departamento Municipal de Higiene, permanecendo assim até 1950, quando se transforma em Secretaria (GARBIN, 1999:69).

Estas mudanças deram origem às unidades médico-assistenciais e os primeiros postos saúde, destinados à Infância e à Maternidade. Além disso, a cidade passou a responder pelo atendimento de PS, concentrando-se progressivamente na assistência, inclusive a hospitalar e chegando, inclusive, a comprar leitos em alguns períodos para complementar seu sistema local de saúde (GARBIN, 1999:71).

São Paulo foi a penúltima capital a realizar a municipalização de equipamentos ambulatoriais de saúde de outras esferas de governo em sua área de abrangência. Embora o processo ainda não esteja completo, já em 2002 o Município de São Paulo passou a contar com 546 equipamentos de saúde para atenção básica, sendo 356 unidades básicas de saúde (UBS) com modelo de atenção tradicional, 126 UBS exclusivas do PSF, 33 unidades mistas (PSF e modelo tradicional), 31 UBS com funcionamento de PACS, além de 15 hospitais municipais, 28 PS e várias unidades especializadas, como ambulatórios de especialidade, centros de atendimento psicossocial (CAPS), centros de testagem e aconselhamento (CTA), etc.

Em 2004, existiam cerca de 52 mil funcionários na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, incluindo trabalhadores do PSF e de autarquias hospitalares.

O PSF cobria 23% da população com 700 equipes, sendo o maior do Brasil, mas ainda se enfrentavam dificuldades no acesso aos ambulatórios e leitos hospitalares. Mesmo assim, houve forte investimento na construção de redes assistenciais, o que se refletiu, em curto prazo na melhoria de indicadores importantes, como a mortalidade infantil e a razão de mortalidade materna.

No entanto, usuários e profissionais de saúde faziam duras críticas quanto à eficácia do sistema de saúde. Essas críticas eram recorrentes na mídia e nos mais de 300 Conselhos Gestores de Saúde em funcionamento e constavam, inclusive, em documentos do Conselho Municipal de Saúde.

As críticas abarcavam várias áreas, mas, em especial, a urgência e os hospitais, que apresentavam grande sobrecarga de pacientes ambulatoriais ou de pronto-atendimento, que se queixavam de falta de acesso rápido em suas referências ambulatoriais. Na área de Saúde do Adulto, eram as doenças crônico-degenerativas e os traumas que apresentavam a maior demanda e o maior número de queixas.

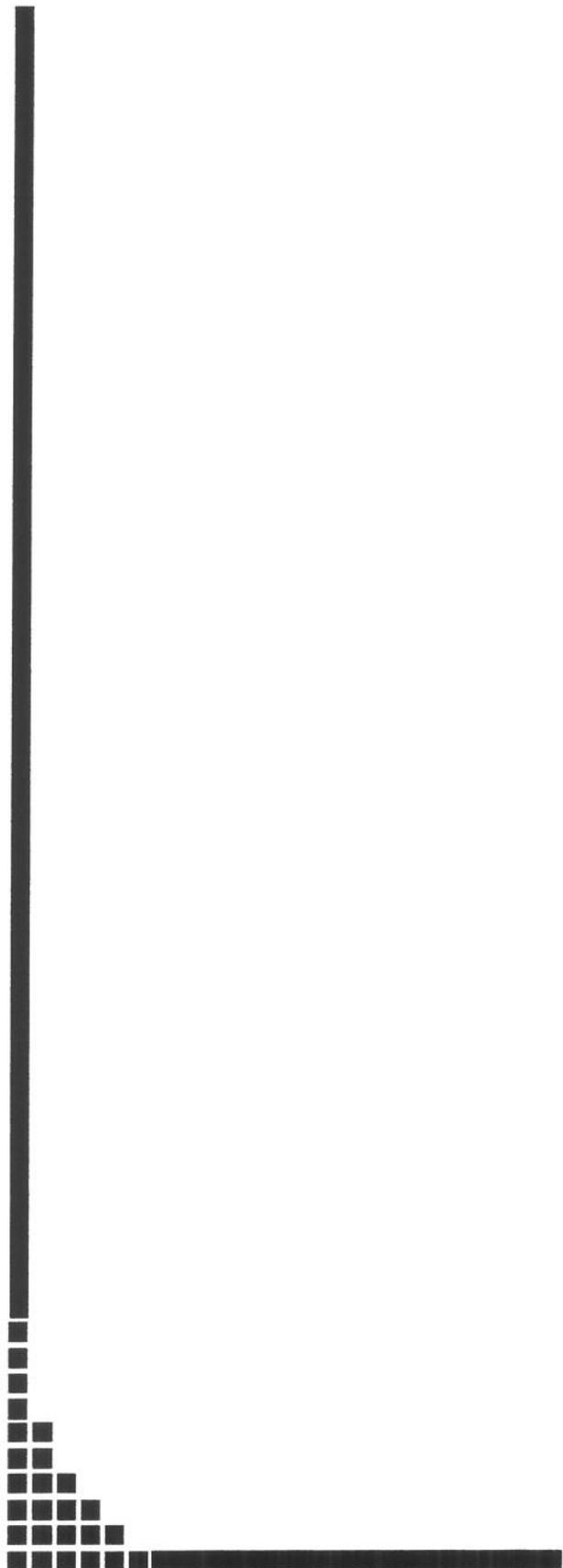
Uma comprovação bastante evidente dessas dificuldades é a mortalidade precoce e evitável ou o comprometimento da qualidade de vida, principalmente entre hipertensos e diabéticos, por seqüelas graves devido às complicações das doenças.

Por tudo isso, o objetivo geral da presente pesquisa é avaliar a assistência aos portadores de HA, sob a ótica da integralidade do cuidado, na região de responsabilidade da Coordenação de Saúde de São Miguel Paulista, situada numa das regiões mais carentes do município de São Paulo.

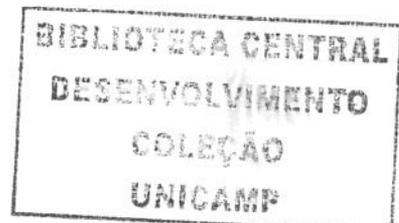
Os objetivos específicos podem ser sintetizados em quatro pontos:

1. Identificar a prevalência de HA entre os usuários do PS do HM Tide Setúbal, que é a referência da Coordenação de Saúde de São Miguel Paulista;
2. Conhecer o comportamento dos hipertensos, em especial a adesão, em relação a alguns aspectos do tratamento proposto aos portadores da patologia;
3. Fazer uma aproximação da visão dos profissionais de saúde sobre a doença, o comportamento dos pacientes, e as dificuldades em tratar a HA, através de técnica de Grupo Focal;
4. Avaliar a integração dos serviços públicos municipais e a integralidade da atenção prestada aos hipertensos da região.

Assim, esta pesquisa visa problematizar questões relativas à assistência prestada através do SUS, para os pacientes hipertensos, utilizando como categoria de análise a integralidade do cuidado. Para isso, utilizou-se uma metodologia que pudesse resgatar os valores e significados da doença para usuários, trabalhadores e gestores do sistema local de saúde, trabalhando aspectos quantitativos e qualitativos.



***3 - REVISÃO DA  
LITERATURA***



### **3.1 - Hipertensão Arterial e Doença Cardiovascular Como Problema de Saúde Pública**

As mudanças nos padrões demográficos da população brasileira, com grande diminuição da natalidade em razão da queda abrupta das taxas de fecundidade, resultaram em um maior número de idosos – logo, não houve aumento da longevidade –, mas estas diferenças acarretaram transformações na morbimortalidade e em seus determinantes (LOTUFO, 2004).

Embora as taxas de mortalidade brasileiras associadas à hipertensão sejam mais altas que em outros países, elas começam a diminuir, como demonstra LOTUFO (2004), assinalando que esse movimento começou antes da introdução de tratamentos eficazes para a redução da letalidade, como em outros países. Segundo ele, não estamos em epidemia, como já ocorreu anteriormente, mas adverte que ela pode retornar em virtude do aumento da obesidade e diabete mellitus.

Uma alteração significativa das últimas décadas é a diminuição dos óbitos por doenças infecciosas, que representavam 45,7% das mortes em 1945 e passaram a 5,7% em 1997, enquanto as doenças cardiovasculares seguiram uma tendência inversa, passando de 11,8% para 33,3% no mesmo período, simultaneamente ao aumento das neoplasias e das causas externas (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004c).

As doenças cardiovasculares englobam as doenças valvulares de origem reumática, doenças do pericárdio e endocárdio, doenças vasculares das artérias, veias e vasos linfáticos, doenças isquêmicas do coração, doenças cerebrovasculares, hipertensão arterial isolada ou acompanhada de doenças cardíacas ou renais, além de outras formas de doenças cardíacas.

No conjunto, as doenças cardiovasculares representaram para o país, em 1994, 39,5% dos óbitos por causas conhecidas em pessoas com mais de 20 anos, sendo: 34,4% no norte, 39,5% no nordeste, 38,9% no sudeste, 40,9% no sul e 37,55 no centro-oeste (LESSA, 1998:73-74)

A hipertensão arterial, definida como “uma elevação crônica da pressão arterial sistólica e/ou diastólica” (LESSA, 1998:78), varia de 22,3% a 43,9% da população adulta urbana, segundo alguns estudos recentes compilados pela Sociedade Brasileira de HA e é a principal motivadora de doenças do sistema cardiovascular, que ocupam os primeiros lugares nos coeficientes de mortalidade por causa no Brasil e em vários outros países.

A Sociedade Brasileira de HA adota atualmente a seguinte classificação:

**Tabela 1 - Classificação da Pressão Arterial (> 18 anos)**

Classificação	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima	<120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130 – 139	85 – 89
Hipertensão		
Estágio 1 (leve)	140 – 159	90 – 99
Estágio 2 (moderado)	160 – 179	100 – 109
Estágio 3 (grave)	>= 180	>= 110
Sistólica Isolada	>= 140	< 90

**Fonte:** Sociedade Brasileira de HA.

O valor mais alto de sistólica ou diastólica estabelece o estágio do quadro hipertensivo. Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação do estágio.

Mesmo podendo ser assintomática, a HA é responsável por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas. Estima-se que 40% dos acidentes vasculares cerebrais e 25% dos infartos poderiam ser prevenidos com terapia anti-hipertensiva adequada (TOSCANO, 2004).

A maioria dos casos de HA é de causa primária, ou seja, não se detecta uma origem específica para a patologia. Os casos de HA secundária são aqueles em que uma doença ou condição preexistente (uso de medicação, por exemplo), causa a hipertensão.

Por este motivo, o MS promoveu a Campanha Nacional de Detecção da HA de 14 de novembro de 2001 até 31 de janeiro de 2002, dentro de uma estratégia de reorganização da atenção à HA e diabete mellitus, que incluía:

- capacitação de multiplicadores para atualização de profissionais de saúde que atuam na rede básica;
- campanhas de rastreamento das doenças e promoção de hábitos saudáveis de vida com distribuição de material educativo e campanha de mídia;

- cadastramento e vinculação dos portadores das doenças às UBS para acompanhamento e tratamento, através do sistema informatizado nacional de cadastro e acompanhamento – hiperdia – e da concomitante implantação de assistência farmacêutica específica para as duas patologias; e
- avaliação do impacto do plano de reorganização implementado (TOSCANO, 2004).

A HA é mais prevalente no sexo masculino até aproximadamente os 45 a 50 anos. A partir desta idade, a prevalência é maior em mulheres. Há maior prevalência entre negros e miscigenados, em mulheres em uso de anticoncepcionais orais ou terapia de reposição estrogênica, portadores de diabete melittus, dislipidemia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HA, 2005: 23-24). Embora ainda se desconheça o número de genes envolvidos, a transmissão genética foi comprovada por diversos estudos, onde se demonstra que a predisposição genética favorece as interações com os demais fatores de risco (LESSA, 1998:83).

A obesidade é o fator de risco mais bem caracterizado: representa em torno de 10% a 20% do risco atribuível à população e a obesidade central (andróide) constitui um risco maior para as doenças cardiovasculares do que a obesidade generalizada, em especial para a HA, de acordo com LESSA (1998:84). Outros pesquisadores, VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ e KAC (2003), comprovaram que a obesidade abdominal está associada significativamente à hipertensão arterial, assim como à obesidade global. Eles chegaram a essa conclusão depois de analisar a circunferência da cintura de 827 mulheres de uma amostra selecionada em Belo Horizonte.

Quanto ao estilo de vida, sabe-se que os padrões de consumo e de comportamento são os principais fatores de risco para a HA, destacando-se o consumo excessivo de calorias, gorduras saturadas e de bebidas alcoólicas, tabagismo, a inatividade física, a baixa ingestão de potássio e o elevado consumo de sódio (LESSA, 1998:84).

Nos aspectos ambientais, destaca-se o baixo nível socioeconômico, a baixa escolaridade, os estressores sociais crônicos (pobreza, hostilidade, estado marital, racismo, aglomeração, estresse socioecológico), ocupações menos qualificadas, estressores do trabalho, migração, etc. A obesidade pode estar relacionada ainda à exposição a estressores psicossociais ansiogênicos, como por exemplo, medo e angústia (LESSA, 1998:85).

O trabalho pode ser igualmente um fator importante para o desencadeamento da HA, seja pela exposição a produtos químicos, ou por outras condições, como o excesso de ruído. Isto foi demonstrado num estudo sobre a incidência de HA em uma amostra de trabalhadores da indústria petrolífera, realizado por Souza et al. (2001), em que se verificou uma associação positiva entre exposição ocupacional a ruído e HA, tanto na duração, como no nível do ruído. Outros estudos, pelo menos dois realizados no Japão, constataam que existe uma forte relação entre longas jornadas de trabalho (acima de 55-60 horas por semana) e o risco de HA e de infarto do miocárdio – e as investigações continuam neste campo (LANDSBERGIS, 2004).

Não podemos deixar de nos reportar aqui ao interessante artigo de ALMEIDA-FILHO (2004), intitulado Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis, onde relaciona dados relativos ao trabalho, à reprodução social e ao modo de vida com diferentes teorias sociais da saúde para construir um modelo etnoepidemiológico, chamado de “teoria do modo de andar pela vida e saúde”, que reproduzimos a seguir:



Fonte: Almeida-Filho (2004). “Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis”

**Figura 1** - Modelo etnoepidemiológico (teoria do modo de andar pela vida & saúde)

O modelo resgata dois processos no modo de produção: o processo de trabalho (ciclos de produção econômica) e o processo de reprodução social, dentro da dinâmica das classes sociais e do processo de trabalho propriamente dito. Esses dois processos seriam determinantes das condições de vida e, indiretamente, condicionariam os estilos de vida, conforme POSSAS<sup>1</sup>. Também considera a necessidade de problematizar a incorporação de significado e sentido ao risco, seus fatores e seus efeitos, o que implica em abrir a epidemiologia ao estudo não só apenas de situações de saúde, mas também de representações da saúde e de suas determinações, no mundo da vida, na cotidianidade, nos modos de vida. No nosso entendimento, o conceito de “práticas de saúde” proposto por ALMEIDA-FILHO é o que parece mais abrangente para compreender a gênese da HA.

A inadequada organização dos serviços de saúde pode levar a que indivíduos livres de fatores de risco venham a adquiri-los, além de não contribuir para a minimização ou para eliminação dos fatores de risco – seja pela inexistência de programas de promoção e de proteção à saúde, seja por omissão ou falta de recursos de qualquer natureza (LESSA, 1998:85).

Os dados são bastante eloquentes: em 2002, para um total estimado de 16.582.981 hipertensos, apenas 7.207.890 (43,47%) recebiam tratamento; para 5.513.658 diabéticos, apenas 2.129.052 (38,61%) eram acompanhados nos ambulatórios (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a: 14-15).

A situação parece ter evoluído muito pouco em relação a 1998 – quando o MS contabilizou um total de 1.150.000 internações por doenças cardiovasculares, a um custo de 475 milhões de reais (aproximadamente 400 milhões de dólares) – apesar dos protocolos assinados entre o governo federal e os municípios, recomendando critérios mais rigorosos na definição da doença, na rotina de exames complementares e de tratamentos medicamentosos e no combate aos fatores de risco mais conhecidos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HA, 2005: 2).

Sabemos que existe um período de latência de 4 a 12 anos para que a HA se manifeste, mas, como observa TOSCANO (2004), é possível fazer o diagnóstico já nessa fase pré-clínica e iniciar um tratamento precoce.

---

<sup>1</sup> POSSAS, C. *apud* ALMEIDA-FILHO, N. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? **Revista Brasileira de Epidemiologia** 3 (1-3): 4,20 2000.

Um fato relevante é que mais de 20% das pessoas hipertensas desconhecem essa sua condição, segundo a conclusão de uma pesquisa realizada junto a idosos no município de Bambuí, em Minas Gerais, acerca de seu conhecimento sobre a doença (FIRMO et al., 2004). A alta prevalência de desconhecimento encontrada (23,4%) é semelhante às de outros países, com base na mesma metodologia de investigação. O mesmo estudo mostrou que o conhecimento é maior entre as mulheres e as pessoas que mais freqüentam as unidades de saúde, e que existe uma associação positiva entre tentativa de perder peso e conhecimento sobre HA, mas negativa com a maior faixa etária, o que dificulta o tratamento (FIRMO et al., 2004).

A elevada incidência de HA em crianças e adolescentes é outro dado que merece uma atenção especial. Segundo a Sociedade Brasileira de HA, ela varia entre 2% a 13%, com possibilidade de HA secundária e decorre, principalmente, de causas renais. Como medida preventiva, é obrigatória a aferição da pressão arterial anual a partir dos três anos de idade.

No caso dos idosos, tendo em vista o envelhecimento populacional, é imprescindível o controle das conseqüências da doença de modo a se assegurar uma vida com qualidade e menos custos para o sistema de saúde e previdenciário.

Dados do Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade do Município de São Paulo (PRO-AIM) (SÃO PAULO, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2003: 26) mostram que, apesar da redução da taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório nas últimas duas décadas – de 303,1 por 100.000 habitantes, em 1980, para 202,2, em 1999 – elas ainda constituem a principal causa de morte em todas as regiões da cidade, correspondendo a 33,2% dos óbitos. Desse total, as doenças isquêmicas do coração representam 13,0%, dos quais 9,0% devido a infarto agudo do miocárdio, as doenças cerebrovasculares também representam 9,0%, as doenças hipertensivas 2,5% e a insuficiência cardíaca 2,1%.

Apesar da HA ser altamente prevalente na população, ela é subestimada como causa básica, pois, de acordo com o critério estabelecido pela OMS, quando ela se manifesta simultaneamente a outras doenças do aparelho circulatório, como doenças isquêmicas do coração e doenças cerebrovasculares, estas é que deverão ser selecionadas como causa básica.

Outro dado preocupante revelado pelo PRO-AIM diz respeito à precocidade das mortes por essas patologias: 25% das doenças isquêmicas do coração e 28% das doenças cerebrovasculares ocorrem antes dos 60 anos de idade (anexo 1). De modo geral, os coeficientes de mortalidade por doenças do aparelho circulatório são maiores nos homens e aumentam com a idade para ambos os sexos. Há diferenças nas doenças cerebrovasculares no grupo etário entre 20 e 39 anos, quando o risco é maior entre mulheres. Acima de 70 anos as mulheres também são maioria nos casos de mortes por HA.

O PRO-AIM calculou coeficientes de mortalidade por doenças do aparelho circulatório em áreas homogêneas, segundo o nível de instrução do chefe da família e constatou que, exceto para a faixa etária menor que 20 anos (pouco representada), os maiores coeficientes encontram-se nas áreas de piores condições sociais e que as diferenças aumentam com a idade. O risco de morte por doenças isquêmicas do coração na faixa etária de 60 a 69 anos é 73,4% maior nas áreas de piores condições sociais. As doenças cerebrovasculares seguem o mesmo padrão de desigualdade, sendo 58% maior nas mesmas áreas nas faixas etárias de 40 a 49 e de 60 a 69 anos, e 48,3% maior na faixa etária de 50 a 59 anos (SÃO PAULO, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2003:87).

O levantamento do PRO-AIM mostrou também que as doenças do aparelho circulatório representam 48% das mortes em domicílio e constituem o segundo motivo de internações hospitalares nos serviços de saúde. Em 2001, foram responsáveis por 10,6% do total de internações no município de São Paulo, sendo superadas apenas por internações relacionadas à gestação e ao parto.

Os dados de mortalidade de 2001 mostram o mesmo perfil precoce e desigual: do total de 64.838 óbitos de residentes na cidade, cerca de um terço, ou seja, 20.945 óbitos, tiveram como causa doenças do aparelho circulatório. Essa proporção mantém-se estável desde o início do trabalho do PRO-AIM em 1991.

As doenças isquêmicas do coração e as doenças cerebrovasculares, em 2001, foram os principais componentes da mortalidade por doenças do aparelho circulatório, sendo responsáveis por 66,3% das mortes desse grupo. Essas duas causas aparecem respectivamente em primeiro e em terceiro lugar entre todas as causas de morte, respondendo por mais de um quarto dos óbitos.

A distribuição dos óbitos por doenças do aparelho circulatório, segundo faixa etária em 2001, manteve a mesmo perfil observado em 1999: 25% das mortes ocorreram antes dos 60 anos, portanto, precocemente. Na distribuição por sexo, 30,6% das mortes entre homens ocorreram antes dos 60 anos, contra 19,3% entre as mulheres. Tratando-se de causa específica, por sexo e faixa etária, nas mulheres predominaram mortes precoces por doenças cerebrovasculares e nos homens, por doenças hipertensivas. Os homens apresentam risco de morte por doenças do aparelho circulatório superior às mulheres em todas as categorias avaliadas, com destaque para as doenças isquêmicas do coração (SÃO PAULO, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2003: 86).

A distribuição por Distrito de Saúde revela a mortalidade precoce (antes de 60 anos) por doenças isquêmicas do coração, doenças hipertensivas e doenças cerebrovasculares, com maior incidência nas áreas mais precárias. As maiores concentrações são registradas nas zonas leste e sul, com picos nos bairros de Grajaú e Cidade Tiradentes, onde quase metade das mortes por doenças do aparelho circulatório ocorreu precocemente. Esse perfil de 2001 persiste nos dois anos seguintes, de acordo com boletim do Painel de Monitoramento de julho de 2004 do Centro de Epidemiologia e Informação (CEINFO) (SÃO PAULO, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2004b).

Se examinarmos atentamente todos esses dados, tudo nos leva a crer que ainda existem sérias dificuldades de acesso aos serviços de saúde e de adesão a tratamentos. Mas é o caso de se indagar também se os profissionais de saúde pública conseguem detectar os possíveis portadores dessa doença silenciosa e crônica tão disseminada em nossa sociedade, que afeta a qualidade de vida das pessoas, especialmente nas áreas mais carentes, e que atinge taxas tão elevadas de mortalidade precoce. Será que eles estão preparados para monitorar o agravo e interferir no processo saúde-doença de forma a mudar seu rumo? Como esta questão se manifesta nos serviços de urgência/emergência e nos ambulatórios? Qual a percepção dos pacientes e profissionais de saúde acerca do problema?

### 3.2 - Integralidade

A proposta do SUS, concebido como um sistema universal, acessível e de qualidade, depara-se com muitos obstáculos impostos pela conjuntura política do país. Se em um primeiro momento ela se confunde com a luta pela redemocratização do país, atualmente assume contornos de resistência à guinada conservadora em relação às políticas públicas da última década, com o avanço do ideário e o conseqüente desmantelamento do Estado de Bem Estar Social (CAMARGO JR., 2001:11).

Um dos pilares do SUS é a integralidade da atenção, entendida como a integração, coordenação e cooperação entre os diversos provedores de serviços assistenciais, para a efetivação de um autêntico sistema de saúde, construído em rede ou teia, de forma a possibilitar ao usuário um fluxo definido de acesso a todos os serviços.

Para além dessa definição formal, a prática obriga a estender o significado da integralidade. Para que os objetivos do SUS se concretizem são necessárias ações articuladas de prevenção, promoção e recuperação que permitam uma abordagem por inteiro dos indivíduos e, com isso, a efetividade do cuidado, considerando os aspectos de macropolítica e micropolítica do trabalho e organização dos serviços de saúde.

No entanto, o reconhecimento da interdependência das pessoas e das diversas organizações, visto que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e das competências necessárias para a resolução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida, não se materializou em práticas cotidianas e institucionais. O trabalho individual continua prevalecendo sobre as redes assistenciais e as relações entre os que cuidam e os que necessitam de cuidado permanecem restritas ao mais imediato. Isso reflete na persistência de determinados indicadores de saúde e na insatisfação permanente dos usuários e trabalhadores.

Apesar de consensual, a integralidade não tem encontrado mecanismos eficazes de construção e consolidação. Talvez porque exija uma prática solidária, com partilha de saberes, experiências e poderes no planejamento, realização e avaliação, ou porque, como afirma CAMARGO JR. (2001), comentando propostas de Cecílio:

“o modo concreto de articular ações assistenciais, dizendo-as integrais no cuidado, define o patamar ético e técnico de programação e avaliação da qualidade da assistência, dimensões situadas no núcleo duro do planejamento e gestão” (CAMARGO JR., 2001:13-14).

Mas, o que é, de fato, a integralidade?

No artigo “Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos”, MATTOS (2001) adverte que o texto constitucional que trata dessa matéria (artigo 198 da Carta de 1988) não fala em integralidade, mas sim em “atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”. Porém, segundo o autor, “o termo integralidade tem sido utilizado correntemente para designar esta diretriz” (MATTOS, 2001: 39).

Ele identifica três grandes conjuntos de sentidos do princípio de integralidade, pelos quais, na sua opinião, vale a pena lutar: o primeiro está ligado aos atributos das práticas dos profissionais de saúde, aos valores ligados ao que se pode considerar uma boa prática, seja no âmbito do SUS ou em qualquer outro âmbito; o segundo diz respeito aos atributos da organização dos serviços, que podem ser adaptados para ações programáticas horizontalizadas, incorporando várias áreas de modo a poder atender eficazmente às necessidades integrais dos usuários; o terceiro refere-se às respostas governamentais aos problemas de saúde de grupos específicos, associando prevenção e assistência (MATTOS, 2001: 61).

A falta de integralidade e o reducionismo que muitos profissionais de saúde praticam em sua relação com o paciente podem estar relacionados a “uma incapacidade de estabelecer uma relação com o outro a não ser transformando-o em objeto”<sup>2</sup>. Portanto, o problema só se resolverá se for estabelecida uma relação sujeito-sujeito em todos os momentos, nos debates, nas práticas de saúde e na organização dos serviços (MATTOS, 2001:62-63).

PINHEIRO (2001) define a integralidade como:

“uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual – onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual – e plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados” (PINHEIRO, 2001:65).

---

<sup>2</sup> SANTOS *apud* MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org). **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro. IMS – UERJ/ABRASCO, 2001.

Para ela, não existem modelos ideais, pois, como argumenta em um trabalho posterior, em colaboração com LUZ (2003), modelos ideais exigiriam condições ideais para a sua realização, o que não é factível, já que a imprevisibilidade e a subjetividade são características da operacionalização dos modelos de organização de serviço de saúde (PINHEIRO e LUZ, 2003:7-8).

HORTALE (2004) faz uma longa digressão sobre o sentido do termo integralidade e mostra que, desde a década de 1980 e, particularmente, com a implementação do SUS, em 1990, ele tem sido empregado sob diversos matizes: como a articulação entre níveis de prestação de serviços de saúde, como integração entre os setores público e privado, como uma importante diretriz na gestão dos serviços e como proposta de modelo de atenção. A autora recorre ao dicionário Aurélio onde localiza apenas termos aproximativos: integral como adjetivo (total, inteiro, global); integrar como verbo transitivo direto (completar, inteirar, integralizar) e totalidade como substantivo (conjunto das partes que constitui um todo, soma). Segundo ela, por trás dessa aparente indefinição, existem diversos planos que convergem para que a definição de integralidade seja “quase perfeita” – o dos atores envolvidos (gestores, profissionais, usuários), o da formação e o da gestão, formulação de políticas e atenção.

No mesmo esforço de delimitar os significados da integralidade, CAMARGO JR. (2003) identifica, grosso modo:

“um conjunto de tradições argumentativas que desembocam neste agregado semântico: por um lado, um discurso propagado por organismos internacionais, ligados às idéias de atenção primária e de promoção da saúde; por outro, a própria demarcação de princípios identificada em pontos esparsos da documentação oficial das propostas e programas mais recentes do Ministério da Saúde em nosso país; por fim, nas críticas e proposições sobre a assistência à saúde de alguns autores acadêmicos em nosso meio” (CAMARGO JR., 2003:37).

Ele argumenta que “a inexistência de uma definição de fato sobre o que seria a tal ‘integralidade’, é ao mesmo tempo uma fragilidade e uma potencialidade”, mas alerta para a tendência de busca incessante de modelos de atenção idealmente integrais, colocando que “práticas concretas, portanto, também se opõem aos modelos ideais de integralidade” (CAMARGO JR., 2003:38).

As propostas de integralidade enfrentam obstáculos de três ordens, na opinião desse autor: obstáculos epistemológicos, como a perspectiva fragmentada e fragmentadora do modelo biomédico e a hierarquização implícita de saberes, que se opõem quase que programaticamente às idéias agregadas sob o rótulo de integralidade, obstáculos sociais e obstáculos institucionais. Cita, como exemplo, a desvalorização, por parte da corporação médica, do trabalho nas áreas ambulatoriais não especializadas e ou programas de saúde da família, fazendo um paralelo com a desvalorização, por parte dos sanitaristas, da atenção especializada, quando definem de forma estanque as prioridades da “saúde pública” (CAMARGO JR., 2003:38).

Retomando a noção de integralidade de MATTOS<sup>3</sup>, examinando-a da perspectiva do valor. Assim, a integralidade, segundo ele, é, antes de tudo, um diferenciador claro de propostas. Como exemplo, ele coloca, de um lado, aquelas que inspiraram o arcabouço jurídico do SUS, fundamentadas no princípio da universalização do acesso aos serviços de saúde como dimensão da cidadania; e, de outro lado, as do Banco Mundial, de claro viés economicista, favoráveis à focalização da assistência pública à saúde, isto é, à criação de barreiras de acesso como medida de eficácia. A integralidade é, ao mesmo tempo, ainda segundo MATTOS (2001), “imagem-objetivo”, “bandeira de luta polissêmica” e “idéia-força” para as transformações necessárias.

COSTA (2004) aprofunda ainda mais a discussão em seu ensaio “A integralidade na atenção e no cuidado à saúde”, onde afirma:

“A perda do equilíbrio da saúde nos processos de adoecimento não constitui apenas um fator médico-biológico, mas também um processo vinculado a história de vida do indivíduo, da família e da sociedade.

---

<sup>3</sup> MATTOS, R. A. *apud* CAMARGO JR., K. R. **As Muitas Vozes da Integralidade**. Rio de Janeiro. LAPPIS – Integralidade em Saúde, 2001.

Em todas as culturas, há manifestações do recolhimento interior provocado pelo sofrimento e pelo padecimento da dor. O doente deixa de ser quem era antes. A doença é o lado sombrio da vida, uma espécie de cidadania mais onerosa, já que todas as pessoas vivas têm dupla cidadania: uma no reino da saúde e outra no reino da doença (SONTAG, 1984: 7). Portanto, o reconhecimento da cidadania do doente atribui direitos aos indivíduos nesta condição, incluindo o respeito às subjetividades presentes na sua relação com os profissionais de saúde” (COSTA, 2004).

Na mesma linha, MERHY (1998) argumenta:

“se observarmos o Sistema de Saúde, segundo o ponto de vista dos usuários, o conjunto dos serviços, públicos ou privados, com raras exceções, não é adequado para resolver os problemas vividos, tanto os individuais como os coletivos. Se o tema saúde é dos mais citados entre os aspectos fundamentais na preservação e promoção da qualidade de vida, quando se olha a presença do tema na mídia, também se percebe, o registro de que é na área de prestação de serviços que o cidadão se sente mais desprotegido. O que se mostra mais paradoxal é que se não há raridade de estudos e reportagens revelando os avanços científicos no plano do conhecimento ou das soluções em torno dos problemas de saúde que afetam as pessoas ou as populações, bem como há a existência de serviços altamente equipados para suas intervenções; então que prejuízo à proteção de saúde seria esse que não encontra justificativa na falta de conhecimentos tecnológicos e nem na possibilidade de atuar sobre os problemas? Sob o ponto de vista do usuário falta interesse e responsabilização dos diferentes serviços à sua pessoa e ao seu problema em particular. Os usuários se sentem inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados e desprezados” (MERHY, 1998).

Um problema central que emerge de toda essa discussão, consiste em privilegiar a medicalização da sociedade em detrimento da integralidade da atenção. CECCIM e FEUERWERKER (2004) resgatam essa reflexão na obra de CAMARGO JR.<sup>4</sup>, que propõe uma ampla união de forças como única saída para mudar essa realidade.

---

<sup>4</sup> CAMARGO JR., K. R. *apud* CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, 20 (5); 1400,10 2004.

Segundo esse autor, é preciso aceitar as contribuições de outras competências técnicas e mesmo de saberes não profissionais, reconhecer os limites de cada fronteira técnica e compreender de maneira ampliada os determinantes do processo saúde-doença. E é preciso também promover mudanças na organização dos serviços e na própria formação profissional, no mínimo. Para ele, a integralidade deve ser tomada como ideal regulador. Não se trata de impor um conceito ou um modelo para a atenção ou para a formação, explica CAMARGO JR.<sup>5</sup>, mas sim de uma busca de aproximação constante, visto que a integralidade poderia estar para as práticas de saúde e de ensino da saúde, assim como a objetividade está para a investigação científica, impossível de ser plenamente atingida (CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

Corroborando as idéias de CAMARGO JR.<sup>6</sup>, esses autores sustentam que a integralidade da atenção supõe, entre outros, a ampliação e o desenvolvimento da dimensão cuidadora na prática dos profissionais de saúde, para que se tornem cada vez mais responsáveis pelos resultados das ações de atenção à saúde e mais capazes de acolher, estabelecer vínculos e dialogar com outras dimensões do processo saúde doença não inscritos no âmbito da epidemiologia e da clínica tradicionais (CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

Para MATTOS (2004), a integralidade representa uma apreensão ampliada das necessidades do sujeito, que engloba tanto as ações de assistência como aquelas voltadas para a prevenção de sofrimentos futuros, e uma capacidade de contextualizar adequadamente as ofertas a serem feitas àquele sujeito, de modo a identificar os momentos propícios a tal oferta.

Citando CANGUILHEM<sup>7</sup>, MATTOS (2004) argumenta que os sujeitos têm modos de andar pela vida que se modificam ou se estreitam pela ocorrência de doença. Ressalta que os modos de andar pela vida não são escolhas das pessoas, mas emergem do próprio modo como a vida se produz coletivamente. O modo de andar pela vida de um

---

<sup>5</sup> CAMARGO JR., K. R. *apud* CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, 20 (5); 1400,10 2004.

<sup>6</sup> CAMARGO JR., K. R. *apud* CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, 20 (5); 1400,10 2004.

<sup>7</sup> CANGUILHEM *apud* MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, 20 (5): 1411,6 2004.

sujeito não pode ser dissociado do modo como a vida anda num certo lugar, aonde ele vive. Mas cada sujeito apresenta singularidades que se expressam no seu modo de andar a vida e, a partir do diálogo e da negociação, devemos construir projetos terapêuticos individualizados que contemplem a ação curativa e a prevenção (MATTOS, 2004).

CONILL (2004) faz uma revisão ampla da bibliografia internacional sobre a integralidade. Cita pesquisadores americanos segundo os quais ela constitui um dos atributos da atenção primária, medida por meio dos serviços ofertados, em contraposição a pesquisadores canadenses, que a concebem como a incorporação de ações preventivas, sociais e comunitárias, com introdução de ações na esfera da saúde coletiva nos serviços tradicionalmente dominados pelo cuidado médico.

Ela considera que no Brasil há uma percepção ampliada da diretriz da integralidade, que compreende, além da gama de serviços, seu caráter contínuo e coordenado, com preocupação em focar os cuidados e as condições de gestão que o determinam (CONILL, 2004).

COSTA (2004) afirma que a integração dos níveis e das instituições prestadoras de serviços de atenção e cuidado resulta em maior integralidade, mas ela é bem mais do que isso.

PUCCINI e CECÍLIO (2004) corroboram esse ponto de vista, sustentando que a integralidade do cuidado não é simplesmente uma simples junção técnica das atividades preventivas e curativas, individuais e coletivas. Eles afirmam:

“Os diferentes saberes e práticas, os cuidados e a atenção dispensados a uma pessoa pelos profissionais de saúde são necessários para sua realização. A integralidade, para concretizar-se, depende do reconhecimento e da valorização do encontro singular entre indivíduos, que se processa no necessário convívio do ato cuidador. Esse recolhimento espalha-se como rastilho de afetividades e de necessidades radicais dos indivíduos, contaminando a atmosfera total do convívio cotidiano com uma nova força estruturante e de defesa dos princípios do direito à saúde. Integralidade e cuidado reúnem, portanto, em um mesmo novo princípio, uma nova tendência de reconhecimento do outro, um direcionamento da materialização do direito à saúde que não é mais a simples soma aritmética de aspectos técnicos das ações de saúde” (PUCCINI e CECÍLIO, 2004).

Em outro trabalho, Cecílio (2001) sustenta que integralidade e equidade constituem os objetivos da atenção à saúde, mas não existem sem universalidade do acesso. Mas, para esse autor, além da discussão do simples consumo e acesso a determinados serviços, o debate remete ao campo da micropolítica de saúde e suas articulações, fluxos e circuitos. Isso implica, necessariamente, repensar aspectos importantes do processo de trabalho, gestão e planejamento, construindo novos saberes e adotando inovações nas práticas em saúde. É necessário, portanto, reconhecer que as necessidades de saúde são determinadas social e historicamente, mesmo quando apreendidas e transformadas em práticas na sua dimensão individual (CECÍLIO, 2001:114).

As necessidades de saúde, segundo CECÍLIO (2001), têm a potencialidade de ajudar os trabalhadores/equipes/serviços/rede de serviços a fazer uma melhor “escuta” das pessoas que buscam “cuidados em saúde”, tomando suas necessidades como centro de suas intervenções e práticas. Assim, o desafio é conseguir construir uma conceituação de necessidade de saúde com potencial de ser apropriada e implementada pelos trabalhadores de saúde no seu cotidiano, permitindo uma mediação entre a “incontornável complexidade do conceito (necessidade de saúde) e sua compreensão e apropriação pelos trabalhadores, visando a uma atenção mais humanizada e qualificada” (CECÍLIO, 2001:114).

O autor cita STOTZ<sup>8</sup> para afirmar que se as necessidades de saúde são social e historicamente determinadas/construídas, elas só podem ser captadas e trabalhadas em sua dimensão individual, e que é inevitável a adoção de alguma taxonomia de necessidades de saúde, que seja traduzível em descritivo e operacional e que possa exprimir a dialética do individual e social.

Ele próprio adota uma taxonomia MATSUMOTO (1999) e propõe a criação de novos significados para as distintas dimensões destas necessidades de saúde: as boas condições de vida entendidas como a maneira como se vive, o acesso às tecnologias capaz de melhorar e prolongar a vida, a criação de vínculos afetivos entre usuários e serviços, entendido o vínculo como uma relação calorosa, contínua no tempo, pessoal e

---

<sup>8</sup> STOTZ, E. N. *apud* CECÍLIO, L. C. O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org). **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro. IMS – UERJ/ABRASCO, 2001.

intransferível, um encontro de subjetividades, e a necessidade de autonomia, entendida como a capacidade de reconstruir os sentidos de sua vida, ressignificação que reflete no seu modo de viver (CECÍLIO, 2001:115).

A partir das necessidades de saúde, CECÍLIO (2001) amplia a definição de integralidade, ressaltando que ela é um esforço de uma equipe multiprofissional no espaço concreto e singular dos serviços de saúde, para fazer a melhor escuta possível, traduzindo e atendendo da melhor forma as demandas complexas que, muitas vezes, são necessidades modeladas pelo que os serviços oferecem, mas captando em sua expressão individual aquilo que chama de integralidade focalizada (CECÍLIO, 2001:115-116).

Nessa linha de pensamento, o autor afirma que, para atender as necessidades de saúde, é preciso refletir sobre a articulação intersetorial e a formação de redes de serviços de saúde, pois, para haver finalização ou resolutividade máxima dentro dos conhecimentos atuais disponíveis, é o sistema de saúde que deve assumir essa responsabilidade, e não o usuário individualmente. Neste enfoque, é preciso repensar o sistema de saúde menos como uma “pirâmide” de serviços racionalmente organizados de maneira hierarquizada do que como uma rede com múltiplas entradas, múltiplos fluxos, para cuja construção as representações e necessidades individuais são muito importantes (CECÍLIO, 2001:117-118).

Esta é a definição, segundo CECÍLIO (2001), de “integralidade ampliada”, uma articulação em rede, institucional, intencional, processual, das múltiplas “integralidades focalizadas”. Tendo como epicentro cada serviço de saúde, estas se articulam em fluxos e circuitos, a partir das necessidades reais das pessoas – a integralidade do “micro” refletida no “macro” que resulte em maior possibilidade de integralidade no “micro”, tudo isso tendo o usuário com suas múltiplas e singulares necessidades como foco, objeto e razão de cada serviço e do sistema de saúde (CECÍLIO, 2001:119-120).

Em síntese: é preciso repensar os modelos assistenciais, admitir várias portas de entrada no Sistema de Saúde, preocupar-se com relações horizontais entre as instituições, entre as equipes e os profissionais de saúde, construir linhas de cuidado que extrapolem as paredes das unidades e alinhavam uma rede de proteção e cuidado com participação de toda

a sociedade, uma teia que possa ‘capturar’ as pessoas para um trabalho coletivo e de autocuidado, oferecendo assistência e promoção de forma democrática, respeitando sua cidadania de todos, dentro do contexto histórico do lugar, do tempo e das necessidades construídas coletivamente.

Porém, já sabemos por diversas experiências em curso que, para garantir a integralidade, é necessário operar mudanças na produção do cuidado, a partir da rede básica, atenção secundária, atenção à urgência e todos os outros níveis assistenciais, incluindo a polêmica atenção hospitalar.

A finalidade última de qualquer trabalho em saúde é cuidar, “é a responsabilidade em operar com saberes tecnológicos, de expressão material e não material, a produção do cuidado individual e ou coletivo, que promete a cura e a saúde” (Merhy, 2003).

Logo, a construção do cuidar implica reconhecê-lo como movimento e processo progressivo, com intervenções em vários níveis de atenção e de forma articulada, visando o mesmo objetivo, independentemente do tipo de serviço e o usuário é o centro deste universo. Isto inverte a lógica perversa pela qual o ser necessitado de cuidado é que deve procurar, à luz de seus conhecimentos, o que é melhor para seu problema, restituindo a responsabilidade às pessoas que devem realizar este trabalho.

Considerando esse aspecto LUZ (2003) afirma que a “saúde” está preenchendo funções culturais ligadas ao registro simbólico do viver e do morrer coletivos, antes partilhadas com outras instâncias da sociedade em sua dimensão cultural, sendo depositária de significados e sentidos que não encontram guarida na ordem racionalizada. Segundo a autora, a demanda por saúde é uma demanda por símbolos, por um universo simbólico que está desencantado com a racionalidade econômica do capitalismo (LUZ, 2003:19).

Para LUZ (2003), a saúde está no lugar das relações de empatia entre os sujeitos, subtraída da sociedade pelos valores individualistas, mediante práticas que reinserem o contato físico entre as pessoas; sendo o espaço de conagração e festa, que não existe mais no mundo do trabalho; legitimando situações de cuidado que antes eram

assumidas por instituições ou instâncias específicas, como a família; ou seja, a sociedade civil usa as práticas de saúde como estratégias de ressignificação da vida, de reposição de valores de solidariedade e de atribuição de novos sentidos à saúde, diferentes dos hegemônicos na cultura, refazendo, sem alarde, um novo tecido social, rompido pela lógica das relações sociais dominantes (LUZ, 2003:19-20).

O modelo biomédico relega, ao segundo plano, a arte do cuidado, despedaçando corpos e mentes dos que precisam de cuidado e dos que podem oferecê-lo, já que, de certa forma, muitos profissionais agem de forma esquizofrênica com seus saberes tecnológicos e com seu conteúdo humano, contrariando, muitas vezes, até mesmo suas convicções pessoais acerca da vida e do ser humano, julgando que isso é ser profissional.

As visões apresentadas acima, acerca da integralidade do cuidado e das representações da própria saúde para a população e trabalhadores de saúde, mostram que a integralidade “é a um tempo inalcançável e indispensável” (CAMARGO JR., 2001:40). É um eixo orientador do caminho a seguir em face das necessidades sentidas e socialmente construídas, de forma a modelar todo o processo de transformação necessária ao SUS para que se cumpram suas diretrizes originais, que motivaram todo um movimento social de transformação.

Neste trabalho adotaremos a seguinte definição de integralidade: ‘a integralidade é o resultado do processo de articulação de todas as ações de saúde necessárias à prevenção e ao cuidado dos agravos de saúde, englobando desde as relações dos profissionais de saúde e usuários, a organização dos serviços de saúde até as respostas governamentais aos problemas de saúde’, que reúne várias posições acerca do assunto.

Logo, qualquer análise da efetividade do cuidado e da resolutividade do SUS, necessita enfrentar essa discussão, assim como todo e qualquer processo de planejamento e operacionalização de modelos assistenciais para a reorganização dos serviços e formação de recursos humanos.

### 3.3 - O SUS em Busca da Integralidade

Para entender como foi construído o marco teórico-conceitual que permitiu a evolução da integração dos programas verticais para a integralidade de ações de saúde, recuperamos as reflexões de GUEDES (2001) acerca da história da Reforma Sanitária no Brasil.

Inicialmente, a autora relembra que, nos anos 1970, os programas de saúde eram pensados como forma de enfrentar problemas de saúde específicos, mediante a utilização de recursos tecnológicos (GUEDES, 2001:128).

Após a Declaração de Alma-Ata, fruto da Conferência Internacional de Atenção Primária, que se realizou em 1978, na República do Cazaquistão, promovida pela Organização Mundial de Saúde e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância e Juventude, os países participantes assumiram compromisso com a promoção da saúde, envolvendo uma ampla mudança social, considerada vital para o desenvolvimento econômico e social das comunidades e países (GUEDES, 2001:128).

Entre as mudanças preconizadas, destacam-se: a implementação de atenção primária, a ampliação da cobertura e do acesso, a estruturação de serviços de referência e participação comunitária, sendo os programas definidos como tecnologias ofertadas para a difusão de uma determinada técnica considerada como de grande eficácia. Para o Brasil, esta questão foi considerada um divisor de águas entre o antigo e o moderno campo de Saúde Pública (GUEDES, 2001:128).

GUEDES (2001) afirma que é desse período a construção do conceito de “vigilância à saúde” como uma intervenção aos danos e riscos causados à saúde, voltados para a organização de serviços centrada em três pilares básicos: território, problema e intersetorialidade. A agenda mundial para a saúde era constituída das seguintes “marcas”: constituição de sistemas de saúde, atenção primária em saúde, descentralização, participação e controle social, enquanto o conceito de saúde assumia o sentido de um “estado de pleno bem estar físico, mental e social”. Nos anos 1980, consolida-se na sua visão ampliada de determinação social da doença (GUEDES, 2001:129).

Esse movimento mundial favoreceu a luta pela redemocratização, impulsionando os projetos de reformas. São desse período as Ações Integradas de Saúde (1983-1986), as primeiras ações de reforma dentro do estado visando a integração institucional dos programas, mediante a implementação de Comissões Interinstitucionais de Saúde regionais, municipais e locais, que são as formas iniciais de gestão e participação social (GUEDES, 2001:131).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, contou com significativa participação da sociedade e ampliou a discussão acerca do novo Sistema de Saúde, preparando caminho para implantação do SUS (GUEDES, 2001:130).

A Primeira Conferência Internacional de Promoção à Saúde, em Ottawa, Canadá, nesse mesmo ano, traçou a meta de “Saúde para todos até o ano 2000”, em que se preconiza a equidade e justiça social e concebe-se a saúde como uma ação coletiva baseada na transformação política, social e ambiental (GUEDES, 2001:130).

O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, promoveu a integração das estruturas do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social nos estados, com as Secretarias Estaduais de Saúde, iniciando o processo de descentralização e municipalização de serviços de saúde (GUEDES, 2001:130).

Simultaneamente, ganha destaque a agenda de reformas do Banco Mundial, que estimula a hegemonia neoliberal mediante a adoção de fortes instrumentos da política econômica, inclusive na saúde, que é vista como mercadoria e não como direito social, e que, portanto, deve ser submetida aos imperativos do ajuste fiscal (GUEDES, 2001:131).

Na década de 1980, surgem os primeiros programas de atenção básica à saúde, com a pretensão de serem integrais, mas que, em virtude de técnicas simplificadas de planejamento, provocam forte fragmentação interna no modelo, atingindo apenas as populações alvo (GUEDES, 2001:131).

Após a promulgação da Constituição de 1988, chamada de Constituição Cidadã, pela ampla pauta de direitos reservados aos cidadãos, inclusive a saúde como Direitos de Todos e Dever do Estado, surgiram dificuldades no tocante à implantação das atividades de

construção de um sistema funcional que contemplasse, além da integração de programas, a integralidade das ações, por ter sido priorizada a negação da tipologia anterior, em detrimento de um novo modelo teórico (GUEDES, 2001:133).

Em 1989, com a eleição do presidente Fernando Collor, ocorreu o choque neoliberal no estado brasileiro, o que implicou uma redução dos gastos públicos, a privatização de serviços, a desregulamentação da economia, tornando as políticas universalizantes da Constituição de 1988 seletivas e voltadas para o alívio da pobreza – o que representou um retrocesso político na Reforma Sanitária (GUEDES, 2001:133).

A década de 1990 foi marcada por esse processo, com contínua crise de financiamento e a quebra do conceito de Seguridade Social, com financiamento da saúde por contribuições sociais, ocorrência de confiscos em prol da estabilidade econômica, predomínio do imediatismo ou política de “empurrar para a frente” (GUEDES, 2001:134).

Para fazer frente à crise de financiamento, criaram-se fontes alternativas, como a contribuição provisória sobre movimentação financeira e a Emenda Constitucional 29 de 2001, que prevê contrapartida obrigatória dos estados e municípios (GUEDES, 2001:134).

O SUS foi regulamentado ao final de 1990 pelas Leis Orgânicas da Saúde 8.080/90 e 8.142/90. As diretrizes de operacionalização foram definidas com a edição das Normas Operacionais Básicas - SUS e, posteriormente, com a Norma Operacional de Assistência à Saúde, que buscam um modelo assistencial mais aperfeiçoado e a regulação do Sistema de Saúde (GUEDES, 2001:135-137).

A regulação tem sido uma das estratégias para assegurar o caráter nacional do SUS e seus princípios e para promover a equidade e a integralidade. Os esforços formais nem sempre se traduzem em melhoria imediata para os usuários do Sistema de Saúde, mas são construções dentro de um longo processo (MACHADO, 2002:509).

Atualmente, as estratégias envolvem a edição de normas federais, associada a variados mecanismos financeiros de indução ou inibição de políticas e práticas pelos gestores estaduais, municipais e prestadores de serviço ao SUS, que envolvem as seguintes dimensões:

- a gerência do SUS: definição de prioridades, planejamento e programas, relação entre administradores, relação administrador e prestador, gastos em saúde, desempenho;

- a atenção em saúde: modelos de atenção, organização da rede de ações e serviços, acesso e qualidade da atenção;
- os mercados em saúde: fármacos e outros insumos, planos de saúde privados (MACHADO, 2002:508).

Para tanto são utilizadas algumas iniciativas:

- ordenação: normas operacionais, portarias federais;
- mecanismos financeiros: tetos financeiros, incentivos, tabelas de valores;
- preparação e apoio a administradores: cursos, instrumentos de gerência, visitas técnicas,
- estímulo a experiências inovadoras: seminários, encontros, mostras;
- preparação de profissionais de saúde: pólos de capacitação, Profae;
- estabelecimento de prioridades e metas: agenda nacional de saúde;
- auditoria, controle e avaliação: indicadores, sistema de informação, cartão SUS, pesquisa de opinião de usuários;
- financiamento de pesquisas;
- regulação da assistência: protocolos, centrais de regulação;
- controle de produtos e preços: bancos de preços, regulação dos planos de saúde;
- investimentos na rede de serviços públicos: projetos com agências internacionais, convênios (MACHADO, 2002: 522).

As Normas Operacionais Básicas (NOB) NOB-SUS, editadas a partir de 1991, funcionam como potentes instrumentos de regulação do processo de descentralização do SUS, por tratarem dos critérios e dos mecanismos para transferência de responsabilidades,

atribuições e recursos da esfera federal para Estados e Municípios. Ao longo da década de 1990, foram editadas quatro normas, em 1991, 1992, 1993 e 1996 e, mais recentemente, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), já apresentada nas versões NOAS-SUS 01/01 e NOAS-SUS 01/02 (MACHADO, 2002: 510).

Essas Normas Operacionais transcendem o conteúdo da própria Constituição e das Leis da Saúde no desenho institucional do SUS, pois, além de regularem a descentralização da gestão e do financiamento, também tratam da remuneração dos prestadores, modelos de atenção, sistemas de informação e organização da rede de serviços. Elas também podem ser modificadas por outras portarias, muitas vezes fruto de discussões no Conselho Nacional de Saúde ou na Comissão Intergestores Tripartite, que são instâncias de controle do SUS (MACHADO, 2002: 511).

Uma das iniciativas para tentar avançar na construção de uma atenção integral foi o PSF, patrocinado parcialmente pelo Ministério da Saúde. Com esse programa, pretende-se superar as dificuldades de consolidação da atenção básica e mostrar seus resultados para profissionais de saúde e população. Em suas diretrizes, o PSF resgata os princípios de universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade que estão na origem do SUS (GUEDES, 2001:141).

Porém, uma análise mais criteriosa mostra que a integralidade – apesar de sua conformação ter sido iniciada no contexto reformista e ter sofrido influência de elementos marcadores, como racionalização (entendida como a nova ordem das necessidades de saúde), uso privado da noção do público, autoritarismo na medicina e exclusão – ainda não foi plenamente concebida como princípio do SUS (GUEDES, 2001:148).

### **3.4 - Caracterização da Coordenação de Saúde de São Miguel Paulista, São Paulo – SP**

As informações colocadas abaixo foram extraídas do Plano Geral Distrital (SÃO PAULO, 2001), elaborado pela equipe do Distrito de Saúde de São Miguel e atualizadas com os dados disponíveis, após a transformação em Coordenação de Saúde, durante o processo de criação das Sub-Prefeituras no município de São Paulo.

## Localização

O Distrito de Saúde de São Miguel Paulista situa-se na zona leste do Município de São Paulo (ver mapa no anexo 2), a cerca de 21 km da Praça da Sé, marco zero da cidade, em uma altitude de 753 metros. Compreende os Distritos Administrativos de São Miguel Paulista, com uma área de 7,50 km<sup>2</sup>, Vila Jacuí com 7,70 km<sup>2</sup> e Jardim Helena com 9,1 km<sup>2</sup>, totalizando 24,30 km<sup>2</sup>. A paisagem é árida, com pouca vegetação, devido à grande e desordenada ocupação do solo e às inúmeras invasões.

Tem como limites geográficos, ao norte, o Município de Guarulhos, ao sul, o Distrito Administrativo de Itaquera e Lajeado, a leste, o Distrito Administrativo de Vila Curuçá, e a oeste, o Distrito Administrativo de Ermelino Matarazzo e Ponte Rasa.

## População

Segundo o censo do IBGE/2000, o Distrito de Saúde de São Miguel compreende uma população de 378.438 habitantes, distribuídos entre os três Distritos Administrativos: 141.630 habitantes em Vila Jacuí, 139.482 no Jardim Helena e 97.326 em São Miguel Paulista.

Os três distritos apresentam altíssima densidade populacional. Em Vila Jacuí, a média é 18.400 habitantes por km<sup>2</sup>, o que representa mais que o triplo da média da cidade de São Paulo, que é de 6.000 habitantes por km<sup>2</sup>. A densidade demográfica é mais um agravante nas situações de exclusão social presentes na zona leste do Município de São Paulo.

## Unidades de Saúde

O Distrito de Saúde de São Miguel Paulista conta com 18 unidades de saúde e, segundo dados do SIAB, de dezembro de 2002, a cobertura pelo PSF é de 26,9% da população. As unidades são as seguintes:

UBS Doutor Thersio Ventura

UBS Cidade Pedro José Nunes

UBS Vila Progresso

UBS Vila Jacuí

UBS Jardim Helena

UBS Jardim Romano

UBS Paulo Feldman

UBS Cidade Nova São Miguel

UBS Jardim das Camélias

UBS Adão Manoel

UBS União Vila Nova I

UBS Jardim Maia

UBS Santa Inês

Centro de Atenção Psicossocial

Ambulatório de Especialidades Doutor Tito Lopes da Silva

Hospital Municipal Tide Setúbal

Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA

Ambulatório de Saúde Mental

#### Dados socioeconômicos

A atividade econômica do Distrito de Saúde de São Miguel é relativamente diversificada, com forte predominância do setor de serviços, formal e informal, e um retraimento acentuado da indústria. A maior parte da população ocupada é constituída de autônomos (trabalhadores da economia informal, profissionais liberais e prestadores de serviços em geral), comerciários (setores de vestuário, alimentos, eletrodomésticos, etc., em expansão) e operários da indústria, onde a oferta de emprego é cada vez menor.

A taxa de ocupação da população de 14 a 69 anos é muito baixa, comparada com a do Município de São Paulo, como mostram os dados do Mapa de Exclusão /Inclusão Social/2000:

**Tabela 2** - Taxa de Emprego da População de 14 a 69 anos no Distrito de Saúde de São Miguel Paulista, por Distrito Administrativo, e no Município de São Paulo, 2000.

<b>Distrito Administrativo</b>	<b>Em %</b>
Vila Jacuí	0,35
São Miguel Paulista	0,50
Jardim Helena	0,40
Município de São Paulo	0,64

**Fonte:** Mapa de Exclusão /Inclusão Social/2000

A renda média familiar mensal também é sensivelmente inferior à do Município de São Paulo. No Distrito de Jardim Helena, onde atinge seu nível mais baixo (6,85), corresponde a menos da metade da renda familiar do município (14,03).

**Tabela 3** - Renda Média Familiar em Salários Mínimos Mensais do Distrito de Saúde de São Miguel Paulista, por Distrito Administrativo, e do Município de São Paulo, 2000.

<b>Distrito Administrativo</b>	<b>Em n° de Salários Mínimos</b>
São Miguel Paulista	7,86
Vila Jacuí	8,32
Jardim Helena	6,85
Município de São Paulo	14,03

**Fonte:** Mapa de Inclusão e Exclusão Social-2000

Quando se comparam os dados sobre a situação de escolaridades dos chefes de família as diferenças são ainda mais alarmantes. Enquanto no Município de São Paulo 13,95% dos chefes de família têm mais de 15 anos de estudo, no Jardim Helena essa proporção chega a apenas 2,89%, em Vila Jacuí a 3,17% e em São Miguel Paulista a 4,18%. Em média, 16% dos chefes de família do Distrito realizaram até três anos de estudo, contra 12,73% no município.

**Tabela 4** - Escolaridade dos Chefes de Família em anos de estudo no Distrito de Saúde de São Miguel Paulista, por Distrito Administrativo, e no Município de São Paulo, 2000.

<b>Distrito Administrativo</b>	<b>1 a 3 anos</b>	<b>Mais de 15 anos</b>
São Miguel Paulista	16,54	4,18
Vila Jacuí	16,24	3,17
Jardim Helena	16,27	2,89
Município de São Paulo	12,73	13,95

Fonte: Mapa de Inclusão/Exclusão Social-2000

### Saneamento básico

Segundo dados da Sabesp de 1998, 100% dos domicílios da região contam com abastecimento de água encanada, e 81% com ligação da rede de esgoto.

Apesar dos dados da Sabesp apontarem para uma boa cobertura de saneamento básico, obtivemos dados fornecidos pelo Qualis Santa Inês mostrando que na região da Vila Jacuí, onde estaremos implantando o Programa Saúde da Família, existem grandes áreas de risco. Para um total com de 5.357 domicílios, 98,78% contam com abastecimento de água pela rede pública, mas apenas 19,82% dispõem de rede de esgoto.

Isso significa que 76,55% desses domicílios estão desguarnecidos de saneamento básico, com esgoto a céu aberto, colocando em risco a saúde da população.

## Morbidade

Os dados de morbidade que apresentamos foram coletados e tabulados pela Equipe do Distrito de Saúde de São Miguel Paulista. São referentes às atividades de 1999, pois em 1998 as Unidades de Saúde não fizeram esse levantamento. Os dados foram coletados nos períodos indicativos sugeridos pela instrução normativa 10/97, publicada no Diário Oficial do Município de São Paulo, com sorteio de três datas por trimestre.

**Tabela 5 - Morbidade da Demanda Atendida no Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal, por patologia, segundo faixa etária. Distrito de Saúde de São Miguel Paulista 1999\***

PATOLOGIA	FAIXA ETÁRIA											
	<1	%	1 a 4	%	5 a 19	%	20 a 49	%	50 e >	%	Total	%
Doenças do Aparelho Respiratório	1028	4,38	2288	9,74	2178	9,27	2013	8,57	635	2,70	8142	34,65
Lesões/ Envenenamentos	72	0,31	324	1,38	1223	5,20	1478	6,29	354	1,51	3451	14,69
Sinais/ Sintomas	129	0,55	240	1,02	473	2,01	1027	4,37	260	1,11	2129	9,06
Doenças do Aparelho Ósteo-muscular	5	0,02	16	0,07	230	0,98	997	4,24	431	1,83	1679	7,15
Doenças do Aparelho Digestivo	70	0,30	207	0,88	293	1,25	613	2,61	173	0,74	1356	5,77
Doenças Infecciosas e Parasitárias	99	0,42	240	1,02	268	1,14	262	1,12	75	0,32	944	4,02
Doenças do Aparelho Genito-urinário	14	0,06	49	0,21	200	0,85	533	2,27	130	0,55	926	3,94
Doenças do Aparelho Circulatório	7	0,03	16	0,07	22	0,09	339	1,44	536	2,28	920	3,92

Fonte: Dados por amostragem das planilhas de Morbidade do Distrito de Saúde de São Miguel Paulista, 1999.

\*Referentes a coleta de 11 dias do ano de 1999 = 23.497 atendimentos

No setor de internação, foram contabilizados dados referentes à morbidade de pacientes do Hospital Tide Setúbal (janeiro a julho de 1999).

**Tabela 6 - Morbidade da Demanda Atendida na Unidade de Internação do Hospital Municipal Tide Setúbal, por faixa etária, segundo patologia. Distrito de Saúde de São Miguel Paulista. Janeiro a Julho de 1999**

PATOLOGIA	FAIXA ETÁRIA										Total	%
	<1	%	1 a 4	%	5 a 19	%	20 a 49	%	50 e >	%		
Parto					493	7,80	1458	23,06			1951	30,86
Doenças do Ap. Respiratório	424	6,71	215	3,40	42	0,66	118	1,87	139	2,20	938	14,84
Doenças do Ap. Circulatório	21	0,33	7	0,11	7	0,11	97	1,53	569	9,00	701	11,09
Lesões/ Envenenamentos			70	1,11	146	2,31	257	4,06	70	1,11	543	8,59
Doenças do Ap. Gastrointestinal					62	0,98	181	2,86	146	2,31	389	6,15
Abortamento/ Gestação de Risco					49	0,77	257	4,06			306	4,84
Doenças do Período Perinatal	271	4,29									271	4,29
Doenças Infecciosas e Parasitárias	97	1,53	90	1,42	14	0,22	28	0,44	28	0,44	257	4,06

**Fonte:** Dados por amostragem das planilhas do SAME do Hospital Municipal Tide Setúbal

### Doenças de Notificação Compulsória

A Coordenação de Epidemiologia e Informação da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo informa sobre a ocorrência de casos de doenças de notificação compulsória. Apresentamos os dados referentes ao período de janeiro a outubro de 2001.

**Tabela 7 - Casos de Doenças de Notificação Compulsória no Distrito de Saúde de São Miguel Paulista por causas. Janeiro a Outubro de 2001**

<b>Doenças</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Tuberculose	57	28,08
Meningite	49	24,14
AIDS	47	23,15
Esquistossomose	15	7,39
Leptospirose	11	5,42
Sífilis Congênita	10	4,93
Doenças Exantemáticas	6	2,96
Dengue	3	1,48
Acidente Animal Peçonhento	2	0,99
Leishmaniose Tegumentar Americana	1	0,49
Leishmaniose Visceral	1	0,49
Sífilis em Adulto (Excluída forma primária)	1	0,49
<b>TOTAL</b>	<b>203</b>	<b>100,00</b>

**Fonte:** Coordenação de Epidemiologia e Informação, Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2001

### Mortalidade

O CEINFO relaciona as cinco principais causas de morte registradas na Coordenação de Saúde de São Miguel Paulista em 2001 e em 2003, e as respectivas porcentagens sobre o total de óbitos nos dois períodos considerados (SÃO PAULO, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2004b).

**Tabela 8** - Distribuição dos Óbitos Segundo Principais Causas em 2001 e em 2003 na Coordenação de Saúde de São Miguel Paulista.

2001			2003		
Ordem	Causa do Óbito	%	Ordem	Causa do Óbito	%
1 <sup>a</sup>	Homicídios	11	1 <sup>a</sup>	Doenças isquêmicas do coração	13
2 <sup>a</sup>	Doenças cerebrovasculares	10	2 <sup>a</sup>	Homicídios	9
3 <sup>a</sup>	Doenças isquêmicas do coração	10	3 <sup>a</sup>	Doenças Cerebrovasculares	8
4 <sup>a</sup>	Pneumonia	5	4 <sup>a</sup>	Pneumonia	6
5 <sup>a</sup>	Doenças Hipertensivas	4	5 <sup>a</sup>	Diabete mellitus	4

Fonte: Painel de monitoramento, CEINFO

Indicador de Swaroop Uemura 61%

O índice de Swaroop Uemura indica que a Coordenação de Saúde de São Miguel Paulista apresenta condição de saúde pouco satisfatória, já que 39% dos óbitos ocorrem na faixa etária abaixo dos 50 anos.

Todas as unidades de saúde da Coordenação de Saúde de São Miguel Paulista tinham Conselhos Gestores formados ou em processo de montagem, durante a pesquisa, com a seguinte composição: 25% funcionários, 25% gestores e 50% população.

O Hospital Tide Setúbal foi fundado em 1960, e é um dos serviços hospitalares mais antigos do Município de São Paulo, com tradição de uma demanda alta na porta do PS, apesar da abertura de novos hospitais públicos na região, como os hospitais Ermelino Matarazzo (municipal) e Organização Social Santa Marcelina do Itaim (estadual). O Hospital Tide Setúbal está localizado dentro do território do Distrito de Saúde de São Miguel Paulista. É o serviço hospitalar de referência, chegando a atender mais de 1.000 pacientes por dia, com uma média de 700 atendimentos em 24 horas no PS de adultos. Foi nosso local de trabalho para a pesquisa.

Os Distritos de Saúde foram transformados em Coordenações de Saúde em 2003, quando a administração do sistema local de saúde passou à responsabilidade das Subprefeituras, aprofundando o processo de descentralização da gestão municipal.

A sede da Coordenação de Saúde de São Miguel Paulista funciona no Ambulatório de Especialidades Tito Lopes, ao lado do Hospital, onde promovemos os grupos focais com médicos e gerentes de unidades de saúde.



## ***4 - METODOLOGIA***

Ao definir os objetivos da pesquisa, fica claro que estudar a questão da assistência à HA, sob ótica da integralidade no serviço público de saúde, exige um esforço de aproximação do universo que envolve a convivência dos portadores da patologia com os profissionais de saúde. Ambos são sujeitos protagonistas dessa história, moldados por suas concepções de vida e suas representações da doença e dos tratamentos propostos, e que observamos como eventos do cotidiano.

Optamos por uma metodologia que inclui componentes quantitativos e qualitativos, levando em conta as observações de SERAPIONI (2000), em seu artigo “Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração”. Para este autor, não há contradição, assim como não há continuidade, entre investigação quantitativa e qualitativa, pois ambas são de natureza diferente. A investigação quantitativa atua em níveis de realidade e tem como objetivo trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis, enquanto que a qualitativa trabalha com “valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões”<sup>1</sup>.

Segundo ele, os métodos quantitativos são débeis em termos de validade interna (nem sempre sabemos se medem o que pretendemos medir). Entretanto são fortes em termos de validade externa: os resultados adquiridos são generalizáveis para o conjunto da comunidade. Ao contrário, os métodos qualitativos têm muita validade interna (focalizam as particularidades e as especificidades dos grupos sociais estudados), mas são débeis em sua possibilidade de generalizar os resultados para toda a comunidade. A junção dos dois métodos permite um razoável grau de validez externa e interna (SERAPIONI, 2000).

Houve a necessidade de quantificar, no Sistema Local de Saúde de São Miguel Paulista, a magnitude do problema, considerando-se a porta do PS como espaço onde a possibilidade de concentração de usuários com risco para hipertensão é maior. Dentro desta lógica, foi desenvolvido e aplicado um instrumento (anexo 3) para captar estes pacientes, que possibilitou o levantamento de dados acerca destes usuários para comparação com a literatura.

---

<sup>1</sup> MINAYO, M. C. S. e SANCHES, O. *apud* SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (1): 187,92 2000.

No aspecto qualitativo, recorre-se a MINAYO (1996), quando afirma que:

“as Metodologias de Pesquisa Qualitativa entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão de significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas” (MINAYO, 1996: 10).

Desta forma, a metodologia foi entendida como, nas palavras de MINAYO (1996), “o caminho e instrumental próprios de abordagem da realidade sendo o próprio processo de desenvolvimento das coisas” (MINAYO, 1996: 22).

Acredita-se que toda ciência é comprometida e vinculada a interesses e visões de mundo historicamente construídos, presentes no pesquisador e nos atores sociais envolvidos, sendo a pesquisa um esforço “de objetivação do conhecimento” (MINAYO, 1996: 35).

Por fim, esta metodologia exigiu duas dimensões: uma objetiva e quantitativa, materializada na identificação e aplicação de questionário aos suspeitos de hipertensão do PS do HM Tide Setúbal, em São Miguel Paulista, São Paulo, tratado por instrumental estatístico posteriormente, e outra subjetiva e qualitativa, com aplicação de técnica de Grupo Focal com médicos e dirigentes de UBS, pertencentes à área de abrangência do referido serviço de urgência e emergência, que puderam se expressar sobre os resultados do questionário.

### O Questionário

O questionário aplicado foi elaborado a partir de um modelo utilizado durante o mestrado desta doutoranda, quando identifiquei grupos de risco para doenças crônico-degenerativas, na demanda do PS do Hospital Radamés Nardini, no município de Mauá, na Região Metropolitana de São Paulo.

Este instrumento, apresentado no anexo 3, possui dezenove itens, sendo aplicado a todos os usuários que se encontravam com níveis pressóricos elevados no momento da pesquisa, segundo o protocolo adotado.

A pergunta dez separa os potenciais hipertensos em dois grupos: os que já sabiam da pressão arterial elevada e são investigados em vários quesitos relacionados ao tratamento, referências de unidade, complicações e hábitos, e os que não sabiam, que passam para o final do instrumento mais rapidamente.

Para aplicação do questionário organizamos a seguinte dinâmica:

Etapa 1 – Sensibilização dos dirigentes do Sistema Local de Saúde, a saber, a Coordenação de Saúde de São Miguel Paulista e da Autarquia Hospitalar Municipal Regional Ermelino Matarazzo, que reuniam, respectivamente, os equipamentos de atenção ambulatorial e de assistência hospitalar, para a pesquisa, através da apresentação em reunião da Equipe, do projeto e recebimento de sugestões e críticas. Este momento foi importante, pois permitiu apoio logístico operacional para a pesquisa e provocou uma discussão interessante sobre a integração das estruturas e a integralidade do cuidado, que auxiliou no desenvolvimento do Projeto Acolhimento Resolutivo, em implantação, naquele momento. Esta discussão durou quatro horas e ocorreu em 11 de novembro de 2004.

Etapa 2 – Estabelecimento do conceito de grupo de risco e de protocolo para captação dos indivíduos com risco para hipertensão no serviço de urgência e emergência, a saber:

#### Grupo de Risco

Risco em saúde pública é "a probabilidade de um indivíduo ou grupo de indivíduos apresentar um problema de saúde ou dano" (ORTIZ, 1988: 449).

Dano é "o problema ou resultado não desejável, expressado em termos de doença, morte ou alteração do processo biológico de crescimento e desenvolvimento, que se apresenta com maiores probabilidades num indivíduo ou grupo de indivíduos sujeitos aos fatores de risco" (ORTIZ, 1988: 450).

“Fator de risco é toda característica ou circunstância determinável de uma pessoa ou um grupo de pessoas que se sabe estar associado a um risco anormal de aparecimento ou evolução de processo patológico ou de afecção especialmente desfavorável por tal processo”<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> OMS *apud* ORTIZ, E. R. Enfoque de Risco e Planejamento de Ações de Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Zélia. *Epidemiologia & Saúde*. 3ª ed. Rio de Janeiro, Medsi, 1988:450.

Portanto, Grupo de Risco define-se como o conjunto de indivíduos sujeitos ao mesmo fator de risco e, desta forma, com probabilidade de sofrer o mesmo dano.

#### Protocolo

Para definir pressão arterial, partimos das reflexões de LESSA (1998) que reproduzimos aqui:

“De modo resumido, ‘pressão’ é a força exercida sobre uma superfície, por unidade de área; ‘pressão arterial’ é a pressão existente no interior das artérias ou em suas paredes. Pelo princípio de Pascal, qualquer pressão aplicada a um fluido confinado em um vaso propaga-se integralmente a todos os pontos do fluido e às paredes do vaso que o contém. O termo ‘tensão’ relaciona-se à força expansiva ou elástica, sendo a tensão em um vaso igual à pressão no interior deste vaso multiplicado pelo seu raio. Do significado dos termos ‘pressão’, à luz do princípio de Pascal aplicado a um fluido, e do de ‘tensão’, associado à explicação da dinâmica da fisiologia circulatória a partir da contração do ventrículo esquerdo (sístole), e do seu relaxamento (diástole), originam-se os termos corretos que seriam: ‘pressão arterial sistólica’ e ‘tensão arterial diastólica’. Genericamente estes termos foram simplificados, usando-se apenas “pressão arterial”, porém acompanhado da fase do ciclo cardíaco a que se refere, ou seja: pressão arterial sistólica (PAS) e pressão arterial diastólica (PAD). Para uma pressão arterial elevada, o correto seria denominá-la ‘hiperpressão arterial’, substituída na prática por ‘hipertensão arterial’, pela consagração do seu uso, de longa data.” (LESSA, 1998:78).

Na literatura, ainda há discussão quanto à definição de HA, níveis de normalidade e de anormalidade, mas, para as finalidades, deste estudo, adotamos critérios e elaboramos um protocolo.

O protocolo adotado na pesquisa visa a definição para risco de HA e considerou as orientações do Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde de 1988 (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988), o Consenso da Sociedade Brasileira de HA, de 2003 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HA, 2003) e o segundo Caderno de Apoio ao Acolhimento da Prefeitura de São Paulo, de 2004 (SÃO PAULO, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2004a).

Houve uma composição das posições das entidades citadas para elaboração do protocolo, já que os casos limítrofes ainda são objeto de discussão entre os pesquisadores, principalmente a hipertensão arterial sistólica (HAS) isolada, com pressão sistólica em 140 mmHg, que adotamos neste trabalho, privilegiando a posição da Sociedade Brasileira de HA.

Estabelecemos que a pressão arterial sistólica e a pressão arterial diastólica com níveis acima do padrão de normalidade estabelecido, isoladas ou concomitantes, definiam o caso, sendo a segunda ou terceira aferição a determinante do diagnóstico. Para isso, aproveitamos a experiência de COSTA e SICHIERI (1998), em seu artigo sobre “Relação entre sobrepeso, adiposidade e distribuição de gordura com a pressão arterial de adolescentes no município do Rio de Janeiro”, publicada na Revista Brasileira de Epidemiologia, em dezembro de 1998.

Desta forma, o protocolo final, considerando a advertência da Sociedade Brasileira de HA, de que ‘qualquer número é arbitrário’, foi consolidado com a seguinte definição:

#### Hipertensão Arterial

Será considerado do grupo de risco para hipertensão arterial, todo indivíduo que, na aferição de pressão arterial, apresentar pressão arterial diastólica maior ou igual a 90mmHg e/ou pressão sistólica maior ou igual a 140 mmHg, em duas aferições sucessivas, com intervalo de dez minutos para relaxamento (o pesquisado era orientado a sentar, não falar, comer ou beber neste período), sendo feita a aferição no braço direito com manguito adequado de aparelho aneróide, com o membro apoiado na altura do coração, a dois centímetros da prega do cotovelo, considerando-se a primeira fase de Korotkoff para a pressão arterial sistólica (primeiro ruído) e quinta fase para pressão arterial diastólica (desaparecimento dos sons). No caso de diferença de cinco ou mais mmHg na pressão sistólica ou diastólica entre a primeira e segunda medida, deve ser realizada uma terceira aferição.

Etapa 3 – Estabelecimento do grupo de pesquisa com oito auxiliares de enfermagem, três orientadoras de fila e quatro pesquisadores. Os auxiliares de enfermagem e orientadoras de fila eram profissionais da instituição, em regime de hora-extra, visto que o hospital tinha interesse na pesquisa. As orientadoras de fila eram profissionais do projeto Acolhimento, implantado em 2002. Os pesquisadores foram recrutados entre pesquisadores que já haviam trabalhado para a Fundação Seade, e remunerados pela pesquisadora, seguindo os parâmetros do mercado de trabalho.

Etapa 4 – Treinamento dos oito auxiliares de enfermagem nas técnicas de medição de pressão arterial, no protocolo e no fluxo da pesquisa, pois as aferições eram anotadas em impresso onde constava o nome e o valor pressórico final, para encaminhamento dos hipertensos ao grupo de questionário. As auxiliares se posicionavam na entrada do PS de Adultos (que atende pacientes acima de 14 anos), antes da recepção, de forma que todo usuário passasse por elas antes de fazer ficha para atendimento no serviço. As orientadoras de fila foram treinadas para entender o fluxo da pesquisa e para garantir que as pessoas cumprissem o roteiro estabelecido e, também, para encaminhar rapidamente os pacientes com sintomatologia ou níveis pressóricos muito elevados para o serviço de priorização, órgão do acolhimento do Tide Setúbal. Esse serviço era prestado por profissionais de enfermagem de nível superior, com livre acesso aos médicos (nesses casos de priorização por força da sintomatologia ou sinal vital alterado, a entrevista era feita posteriormente, na observação, após a medicação ou na liberação clínica). O treinamento mais complexo foi o dos pesquisadores, que incluía uma parte teórica e outra prática, com aplicação do questionário-piloto. Este questionário foi adaptado para facilitar sua aplicabilidade em um tempo curto.

Etapa 5 – Coleta dos dados por sete dias, nas dependências do PS, das 7:00 às 23:00 horas. A aplicação do questionário levava em torno de três minutos em média, dependendo da situação do paciente (para os que não sabiam da HA, o tempo de preenchimento era menor). É importante ressaltar que todos os pacientes entrevistados foram orientados e agendados pela equipe de acolhimento do hospital nos ambulatórios de atenção básica, graças ao acordo estabelecido previamente com a Coordenação de Saúde de São Miguel Paulista, o que deu retaguarda à pesquisa e garantiu um processo de intervenção concomitante.

Etapa 6 – Consolidação dos dados pela profissional especializada em estatística, recrutada entre antigos funcionários da Fundação Seade, e remunerada para essa finalidade.

Etapa 7 – Retorno dos dados e análise à equipe da Coordenação de Saúde de São Miguel Paulista.

### O Grupo Focal

O Grupo Focal é uma técnica de pesquisa qualitativa. Foi proposto pelo cientista social Robert Merton, na década de 50, e:

“pode ser utilizado no entendimento de como se formam as diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, prática, produto ou serviços. O Grupo Focal não é, em geral, considerado adequado para estudar a frequência com que determinados comportamentos ou opiniões ocorrem” (CARLINI-COTRIM, 1996: 286).

Basicamente, o Grupo Focal é uma entrevista de grupo, mas não no sentido de alternar perguntas do pesquisador e resposta dos participantes. Segundo CARLINI-COTRIM (1996):

“consiste em se apoiar na interação entre seus participantes para colher dados, a partir de tópicos que são fornecidos pelo pesquisador, que vai ser, no caso, moderador do grupo. A coleta de dados através do grupo focal tem como uma de suas maiores riquezas se basear na tendência humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos, contrastando, nesse sentido com dados colhidos por questionários fechados ou entrevistas individuais, onde o indivíduo é convocado a emitir opiniões sobre assuntos que talvez nunca tenha pensado a respeito anteriormente. As pessoas, em geral, precisam ouvir as opiniões dos outros antes de formar as suas próprias. E constantemente mudam de posição ou fundamentam melhor sua posição inicial, quando expostas a discussões em grupo. É exatamente este processo que o Grupo Focal tenta captar” (CARLINI-COTRIM, 1996: ??).

O pesquisador moderador do grupo deve propiciar um clima confortável, de forma que:

“as diferentes percepções e pontos de vista venham à tona, sem necessidade de consenso, votação ou estabelecimento de qualquer plano, o objetivo é uma troca de experiências”  
(CARLINI-COTRIM, 1996:287).

Nesta pesquisa, o Grupo Focal foi utilizado para tentar capturar o ponto de vista dos médicos e dirigentes de Unidades de Saúde ambulatoriais, acerca dos resultados do trabalho no PS do Hospital Tide Setúbal, envolvendo os hipertensos.

Os grupos focais foram realizados nas dependências do Ambulatório Tito Lopes, com a coordenação desta investigadora e apoio técnico da profissional de saúde Jaqueline De Pascalli, que tinha experiência anterior em Grupo Focal.

Os participantes foram convidados pela Coordenação de Saúde de São Miguel Paulista, que achou que o tema era propício ao momento de discussão acerca de qualidade da assistência prestada.

A Equipe da Coordenação de Saúde acompanhou os grupos, o que, de certa forma, pode ter inibido alguns profissionais, mas, por outro lado, estimulou a participação.

Visando auxiliar na discussão, utilizamos o seguinte roteiro:

Roteiro de discussão

Apresentação de alguns dados da pesquisa no Hospital Tide Setúbal e do Inquérito de Saúde Domiciliar (ISA).

1-Faça avaliação dos resultados das pesquisas apresentados.

2-Poderiam contar sua experiência com pacientes hipertensos em relação a adesão ao tratamento.

3-Comente o texto abaixo:

O texto constitucional não fala em integralidade, mas em “atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (Brasil, 1988, artigo 198), mas o termo integralidade tem sido utilizado correntemente para designar esta importante diretriz do SUS.

Desde a década de 80 o termo integralidade tem sido empregado sob diversos matizes: como a articulação entre níveis de prestação de serviços de saúde, como integração entre os setores público e privado, como uma importante diretriz na gestão dos serviços e como proposta de modelo de atenção.

Atualmente os autores definem integralidade como uma apreensão ampliada das necessidades do sujeito, que englobe tanto as ações de assistência como as voltadas para a prevenção de sofrimentos futuros, e uma capacidade de contextualizar adequadamente as ofertas a serem feitas àquele sujeito, de modo a identificar os momentos propícios a tal oferta, ou seja, a integralidade, para concretizar-se, depende do reconhecimento e da valorização do encontro singular entre indivíduos, que se processa no necessário convívio do ato cuidador.



## ***5 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS***

## 5.1 - Apresentação dos Resultados

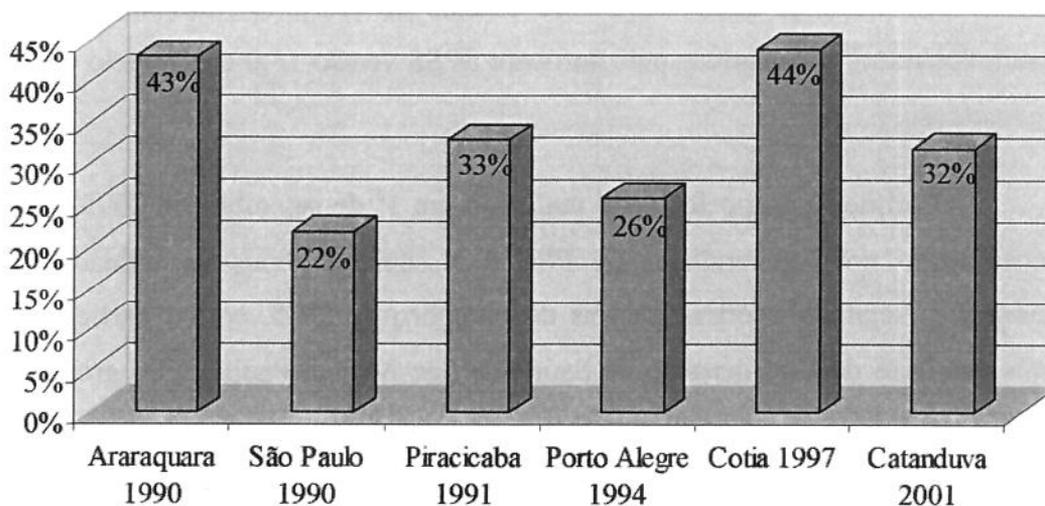
Como já apontamos na Metodologia, o questionário foi aplicado no período de 6 a 12 de dezembro de 2004, no PS de adultos do Hospital Municipal Tide Setúbal. Os resultados foram processados pelo software SPSS versão 13.0 e o modelo CHAID 6.0.2 de segmentação.

O primeiro grupo focal foi realizado em 1º de setembro de 2005, reunindo 14 médicos, sendo nove generalistas de PSF e 5 clínicos gerais de unidades de saúde tradicionais; o segundo ocorreu em seis de setembro de 2005, com a participação de 13 gerentes das UBS da Coordenação de Saúde de São Miguel Paulista. Os grupos duraram, em média, uma hora e quarenta minutos e as falas foram transcritas para uma melhor análise, sendo que parte delas foi aproveitada e citada neste capítulo. A maioria dos participantes dos grupos focais preferiu que não fosse identificado nominalmente nas transcrições, o que foi respeitado.

As auxiliares de enfermagem do Grupo de Pesquisa avaliaram 4.466 usuários adultos (mais de 14 anos de idade) durante os sete dias de pesquisa e identificaram 867 pessoas com risco para HA. Destas, 63 foram descartadas por serem acompanhantes e não se enquadrarem no instrumento de pesquisa. Assim, os números trabalhados foram 4.403 pacientes e 804 potenciais hipertensos.

Estes dados apontam para uma prevalência de HA de cerca de 18% no PS do Hospital Municipal Tide Setúbal, o que é compatível com os dados utilizados pela Sociedade Brasileira de HA, que encontrou variação de 22,3% a 43,9%, após selecionar vários estudos em 2003 acerca de taxas de prevalência de HA na população adulta e urbana do Brasil, conforme mostra gráfico 1, a seguir:

**Prevalência de Hipertensão Arterial: Estudos Populacionais para Pressão Arterial  $\geq$  140/90 mmHg**



Fonte: Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial, A Importância do Problema capítulo I, p. 2.

**Gráfico 1** - Prevalência de Hipertensão Arterial em vários estudos populacionais, reunidos pela Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial, 2004.

Todos os usuários do PS de adultos tiveram sua pressão arterial aferida, e os que apresentavam pressão arterial elevada naquele momento foram entrevistados, segundo os critérios definidos anteriormente.

Do total 804 questionários aplicados, há o predomínio de mulheres em todas as faixas de idade, como mostra a tabela a seguir:

**Tabela 9** - Distribuição dos pacientes com risco para HA, por faixa etária e sexo, no Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal. 6 a 12 de dezembro de 2004

Faixa Etária	Feminino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Até 19 anos	17	2,1	4	0,5	21	2,6
De 20 a 59 anos	321	39,9	275	34,2	596	74,1
Maior que 59 anos	115	14,3	72	9,0	187	23,3
Total	453	56,3	351	43,7	804	100,0

Fonte: Questionário aplicado a potenciais hipertensos no PS. Tide Setúbal

Os resultados preliminares do Inquérito de Saúde Domiciliar no Município de São Paulo (ISA capital) – ISA capital (2003), que é um estudo de corte transversal, único, com coleta de dados por entrevista domiciliar, produzido por pesquisadores da Universidade de São Paulo – USP – Chester Luis Galvão César (Coordenador) e Moisés Goldbaum, Universidade de Campinas – UNICAMP – Marilisa Berti de Azevedo Barros, Universidade do Estado de São Paulo – UNESP – Luana Carandina, Instituto de Saúde – SES – Maria Cecília Goi Porto e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – são interessantes e coincidentes com o trabalho de pesquisa na porta do PS do Hospital Tide Setúbal. Por isso, embora as metodologias sejam diferentes, utilizamos os resultados como referência para análise.

Foram organizados conjuntos temáticos específicos no ISA e deles versou sobre doenças crônicas, em especial a HA. Um dos resultados iniciais mostrou que a HA aparece como a quinta doença crônica referida pela população, sendo mais citada por mulheres de 20 a 59 anos e de 60 ou mais, ou seja, as mulheres predominam em todas as faixas etárias com relação à prevalência de HA, o que também aparece na porta do PS do Tide Setúbal.

O nível de escolaridade dos pacientes entrevistados no PS é baixo, com predomínio do ensino fundamental incompleto para ambos os sexos, como demonstrado na tabela a seguir:

**Tabela 10** - Distribuição dos pacientes com risco para HA, por escolaridade e sexo, no Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal. 6 a 12 de dezembro de 2004

Escolaridade	Mulheres		Homens		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não sabe ler	54	6,7	20	2,5	74	9,2
Sabe ler	13	1,6	6	0,7	19	2,4
Fundamental incompleto	238	29,6	192	23,9	430	53,5
Fundamental completo	57	7,1	52	6,5	109	13,6
Médio incompleto	30	3,7	18	2,2	48	6,0
Médio completo	53	6,6	52	6,5	105	13,1
Superior incompleto	3	0,4	7	0,9	10	1,2
Superior completo	5	0,6	4	0,5	9	1,1
Total	453	56,3	351	43,7	804	100,0

**Fonte:** Questionário aplicado a potenciais hipertensos no PS. Tide Setúbal

O ISA pode demonstrar que quanto menor a escolaridade, maior a referência à HA.

Com relação à ocupação no PS, a maior parcela corresponde a donas de casa (29,6%), seguindo-se de aposentados (12,5%), ajudantes gerais (4,4%), vendedores diversos (3,1%), desempregados (2,9%), motoristas (2,2%), estudantes (2,1%), vigilantes (1,5%) e ocupações diversas (41,7%). Somando donas de casa, aposentados, desempregados e estudantes, observamos que 47,1% dos entrevistados não tinham inserção no mercado de trabalho no momento da pesquisa.

A maioria dos pacientes procedia de São Miguel Paulista (cerca de 60%) e do Itaim Paulista (30%), que é bairro adjacente a São Miguel. Apenas 1% vinha de outros municípios. Esses dados mostram que a clientela do Tide Setúbal é bem regionalizada.

Com relação ao motivo da consulta dos pacientes com risco de HA, no PS, 13,9% alegavam algum trauma, 10,8% hipertensão arterial, 10,3% alguma doença respiratória, 5,9% dores nas costas, 5,4% vieram procurar o psiquiatra, 5,2% apresentavam cefaléia inespecífica e os restantes alegavam as mais diversas queixas - mas todos estavam hipertensos.

Perguntados se era a primeira vez que se consultavam por aquele motivo, 377 (46,9%) afirmaram que não e 427 (53,1%) que sim, o que mostra uma certa recorrência dos problemas. Quase metade dos pacientes (47,9%) declarou que já freqüentava alguma UBS, sendo 276 (70,4%) mulheres, reforçando o fato já apontado por outros estudos sobre a maior utilização das UBS pelas mulheres, como mostra a tabela abaixo:

**Tabela 11** - Distribuição dos pacientes com risco para HA, por sexo e freqüência a UBS/PSF, no Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal. 6 a 12 de dezembro de 2004

Sexo	Freqüência de UBS/PSF					
	Sim		Não		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Feminino	276	70,4	177	43,0	453	56,3
Masculino	116	29,6	235	57,0	351	43,7
Total	392	100,0	412	100,0	804	100,0

Fonte: Questionário aplicado a potenciais hipertensos no PS. Tide Setúbal

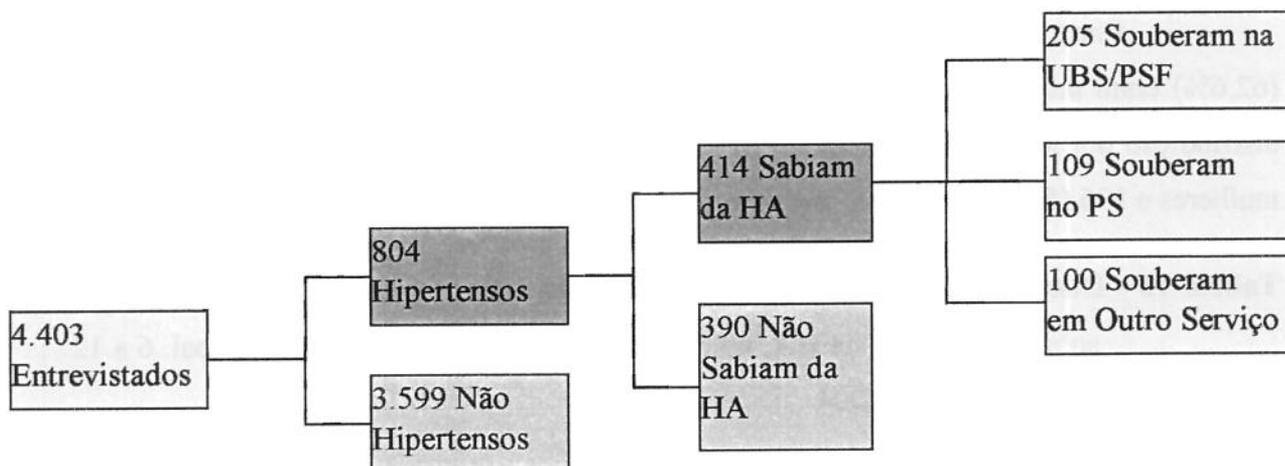
Entre os que afirmaram que sabiam de seu problema (414 ou 51,5%), 259 (62,6%) eram mulheres e 155 (37,4%) homens. Entre os que não sabiam do problema, a distribuição por sexo não apresentou diferença estatística significativa, sendo 194 (49,7%) mulheres e 196 (50,3%) homens, como mostra a tabela abaixo:

**Tabela 12** - Distribuição dos pacientes com risco para HA, por sexo e se sabiam ou não sobre o problema de HA, no Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal. 6 a 12 de dezembro de 2004

Sexo	Sabiam sobre seu problema de HA					
	Sim		Não		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Feminino	259	62,6	194	49,7	453	56,3
Masculino	155	37,4	196	50,3	351	43,7
Total	414	100,0	390	100,0	804	100,0

**Fonte:** Questionário aplicado a potenciais hipertensos no PS. Tide Setúbal

Indagados sobre como descobriram a doença, 205 (49,5%) responderam que o diagnóstico foi realizado na UBS ou PSF, 109 (26,3%) foram informados no PS e 100 (24,2%) em outros serviços (convênio, médico do trabalho, farmácia, médico do quartel, etc).



**Fonte:** Questionário aplicado a potenciais hipertensos no PS. Tide Setúbal

**Fluxograma 1** - Demonstração da distribuição dos entrevistados entre pacientes com risco para HA ou não, e entre os com risco para HA, se sabiam ou não da HA e onde souberam do problema, entre pacientes do Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal. 6 a 13 de dezembro de 2004

Quase metade (390) dos pacientes potencialmente hipertensos, no momento da pesquisa, não sabiam do problema, e talvez demorassem a tomar ciência da questão, já que a aferição de pressão arterial não é rotina de todas as especialidades no PS deste hospital.

Uma das falas colhidas no grupo focal, já aponta para possível explicação para a dificuldade dos pacientes em acessar os serviços de saúde:

Então eu vejo que o Estado precisa melhorar um pouco a permanência do médico, a agenda, porque tem gente (médico) que chega 8:30h e dali a pouco vai embora. E o paciente pra onde vai? Sai por aí procurando médico. Vai ao pronto-socorro. O pronto-socorro faz “empurroterapia”. Tem que sair procurando clínico, procurando endócrino, procurando dermatol... e o paciente vai ficando na mão. Então, é... ta meio complicada a nossa tarefa. E a gente tem que enfrentar tudo isso, quer dizer, o paciente precisa de resposta. No PSF é um pouco melhor, mas também tem essas dificuldades.

Um dos aspectos levantados por um dos médicos foi o fato de a HA ser uma ‘doença silenciosa’:

E eu vejo o atendimento na emergência, tanto no posto como no pronto-socorro, uma grande oportunidade de você provar que é o índice elevado de pressão que pode causar problemas, e é difícil passar isso para eles, que aquela patologia que ele tem é uma doença silenciosa e que eles, mesmo sem dor ou mal estar, correm um risco muito sério tendo problemas de pressão. E é difícil convencer a pessoa de que ela precisa de um tratamento, provar que ela precisa tomar um medicamento para mudar essa situação de emergência. O atendimento na emergência é que deveria dar esse alerta de que a pessoa precisa se medicar, eu acho que isso ajudaria a diminuir esse índice elevado de complicações. Também colocar um hipertenso sintomático com um grupo assintomático pra ele falar assim: olha, eu sei quando a pressão eleva, eu sei quando ela abaixa.

O fluxograma e as falas dos médicos no grupo focal mostram o peso importante e a responsabilidade dos serviços de emergência no diagnóstico e tratamento inicial, inclusive no processo de convencimento do paciente para procurar seguimento ambulatorial. Além disso, constituem uma porta de entrada significativa no Sistema de Saúde, pois um pouco mais de um quarto dos pacientes teve seu primeiro contato com a questão da HA na emergência, como já alertara Cecílio (1997), ao destacar a existência de múltiplas entradas no Sistema de Saúde e apontar para a necessidade de qualificar essas várias portas de entrada.

A se levar em conta o modo de funcionamento dos serviços de urgência/emergência, é de se supor que o número de pacientes hipertensos que procura atendimento é muito maior, visto que esses serviços nem sempre têm a rotina de aferir a pressão arterial, pois trabalham com a lógica da queixa principal e conduta. Além disso, muitos não têm a rotina do agendamento imediato na unidade de saúde ambulatorial dos casos que necessitam de seguimento, o que foi bem confirmado no PS do Tide Setúbal.

Um aspecto positivo observado é que 49,5% dos entrevistados fizeram diagnóstico na UBS/PSF, o que demonstra a presença e importância dos serviços ambulatoriais na região. Este é, sem dúvida, um bom prognóstico em termos de

organização de serviços de saúde, embora a caracterização do sistema local de saúde revele um déficit de unidades de saúde: considerando-se que há cerca de 379.000 habitantes na região e 13 unidades de saúde, isto significaria cerca de 29.000 pessoas por serviço de saúde.

Perguntados sobre o uso de medicamentos, 293 pacientes (70,8%) declararam tomar regularmente e 121 (29,2%) não. Há uma associação estatística significativa entre as variáveis “local onde descobriu o problema” e “tomar remédio” para HA, pelo teste de Qui Quadrado ( $p: 0,000014571$ ), como demonstrado na tabela abaixo:

**Tabela 13** - Distribuição dos pacientes com risco para HA, que sabiam do risco para HA, quanto ao local de diagnóstico e uso de medicamento regularmente para controlar a HA, no Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal. 6 a 12 de dezembro de 2004

Local de diagnóstico	Toma medicamento para HA regularmente					
	Não		Sim		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
UBS/PSF	40	33,1	165	56,3	205	49,5
P.S.	43	35,5	66	22,5	109	26,3
Outro	38	31,4	62	21,2	100	24,2
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>100,0</b>	<b>293</b>	<b>100,0</b>	<b>414</b>	<b>100,0</b>

**Fonte:** Questionário aplicado a potenciais hipertensos no PS. Tide Setúbal

O número absoluto de pacientes que tomavam medicamento regularmente era quatro vezes maior entre aqueles que fizeram diagnóstico da hipertensão na UBS/PSF, o que pode ser uma indicação importante, de como os serviços ambulatoriais de atenção primária são o espaço privilegiado para se construir uma melhor adesão dos pacientes a tratamentos de longo prazo, ou não, pois ser cadastrado em UBS facilita o acesso a medicamentos, não necessariamente tendo relação com adesão ao tratamento.

Aplicando teste entre proporções independentes, a 95% de confiança, encontramos, também, diferença estatística significativa entre local de diagnóstico UBS/PSF e uso de medicamento, na comparação com PS e outros locais. Mas não há diferença entre os dois últimos: dos 205 pacientes que fizeram diagnóstico na UBS/PSF, 80,5% (165 pacientes) tomavam medicamento regularmente, enquanto dos 109 que fizeram diagnóstico no PS, essa proporção era 60,6% (66 pacientes) e entre os 100 diagnosticados em outros serviços, era 62% (62 pacientes).

De qualquer forma, precisaríamos aprofundar os motivos desta diferença, pois embora pareça óbvio que os ambulatórios prescrevam, dispensem e acompanhem o paciente, aumentando, em tese, a adesão ao tratamento. Resta saber se o paciente hipertenso sai dos demais locais de diagnóstico sem receita e sem encaminhamento para seguimento ambulatorial.

No ISA, cerca de 50% dos entrevistados hipertensos declararam tomar medicamentos de rotina (menos que o Tide Setúbal), como uma das medidas para controle da HA, mas a pesquisa era domiciliar, o que, em princípio, deixa o entrevistado mais tranquilo para responder o que realmente faz em seu cotidiano. Uma parcela considerável não referiu uso de remédio nas duas pesquisas, dado ilustrado por uma das falas de médico do grupo focal:

Esse nível de adesão que a gente tem visto em trabalhos é muito importante pra gente perceber a dimensão do problema, quer dizer, você fala pro paciente tomar o remédio certinho, e se você for ver qual paciente que faz exatamente como você pede, prescreve... não existe, a adesão é zero. Você passa na casa dele e ele não tomou o remédio ainda e ele tinha que tomar de manhã! Então a adesão 100% não tem...

A questão da adesão ao tratamento é considerada difícil, principalmente por se tratar de doença assintomática para muitos doentes como já foi referido, e aparece novamente na fala de um médico abaixo:

Eu tenho uma experiência muito pequena com PSF ainda; mas o que eu pude perceber na unidade, na área, é que a maioria dos pacientes hipertensos, boa parte deles, mais da metade, são pacientes totalmente assintomáticos, eles vão fazendo o tratamento, têm índices altos de pressão, aderentes ou não do tratamento, mas são assintomáticos...

Quando se compararam as respostas dos entrevistados por sexo, constata-se uma proporção bem maior de mulheres que tomavam medicamentos, conforme tabela a seguir:

**Tabela 14** - Distribuição dos pacientes com risco para HA, por sexo e entre os que sabiam da HA, se tomavam remédio ou não, no Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal. 6 a 12 de dezembro de 2004

Sexo	Sabia e toma remédio					
	Sim		Não		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Feminino	193	65,9	66	54,5	259	62,6
Masculino	100	34,1	55	45,5	155	37,4
Total	293	100,0	121	100,0	414	100,0

**Fonte:** Questionário aplicado a potenciais hipertensos no PS. Tide Setúbal

Entre os que utilizavam medicamentos, a grande maioria (73,7% ou 216 pacientes) os solicitava na UBS/PSF e apenas 26,3% (77 pacientes) comprava em farmácia. Isso mostra que a assistência farmacêutica pública já consegue cobrir parte significativa da necessidade dos usuários hipertensos, em que pese os problemas de quebra de continuidade por crise de abastecimento ou a baixa cobertura do programa de controle da HA.

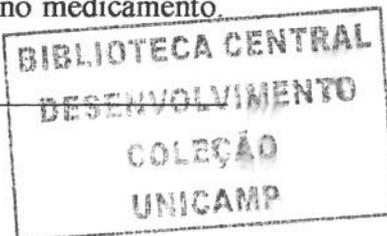
Perguntados sobre quem indicou o medicamento, 179 pacientes (61,1%) responderam que a prescrição foi da UBS/PSF, 64 (21,8%) de outros serviços e 50 (17,1%) do PS.

Como já mencionamos anteriormente, TOSCANO (2004) estima que 40% dos acidentes vasculares encefálicos e em torno de 25% dos infartos ocorridos em pacientes hipertensos poderiam ter sido prevenidos com terapia anti-hipertensiva adequada (TOSCANO, 2004).

KASTARINEN (2002) ressalta a importância dos medicamentos para a redução da morbidade e mortalidade por HA. Cita os resultados do trabalho realizado por Collins e colaboradores, que, após revisar os tratamentos de 37.000 pacientes, realizado durante cinco anos, constataram que os medicamentos específicos reduziram a pressão arterial diastólica em 5 mmHg em média, a incidência de crises hipertensivas em 42% e de doenças cardiovasculares em 14% (Kastarinen, 2002:40). Por isso, as estratégias de busca de adesão e uso regular dos medicamentos devem ser uma preocupação constante das equipes de saúde.

O significado do medicamento para os pacientes, em especial os hipertensos, ainda é uma questão a ser mais explorada. No entanto, recuperando as hipóteses de LEFÈVRE (1991), que investigou o problema de três pontos de vista – como paciente (pois pertence à categoria dos indivíduos doentes), como indivíduo (membro de uma cultura, de uma sociedade) e como consumidor (visto que está inserido em uma relação de consumo de mercadoria) – e chegou às seguintes reflexões:

1. o medicamento ‘químico’ é vivido pelos indivíduos-consumidores como uma ‘alteridade’, uma ‘coisa estranha’, em face da qual desenvolvem uma predisposição positiva ou negativa. Estes ‘fatores que predispoem’ são o reflexo ou reinterpretação, nos indivíduos, da oposição: natural x artificial, presente na cultura;
  2. o medicamento é vivido pelos indivíduos, consumidores, pacientes, como uma mensagem/resposta de saúde a uma mensagem de doença emitida pelo seu organismo, no contexto de uma relação de comunicação em que figuram, também, o médico e os aparatos tecnológicos de ausculta do organismo;
  3. o medicamento é vivenciado pelos seus consumidores como o acesso à saúde nele concentrada, ao mesmo tempo, como testemunho de um estado de doença, ou como manifestação concreta do fato de que a saúde não está onde ‘deveria’ estar, ou seja, no organismo, mas fora dele, no medicamento.
- Em uma palavra, o medicamento é a saúde fora de lugar;



4. para o paciente, a problemática da obediência ou transgressão das ordens médicas, no que se refere ao medicamento, deve ser vista no contexto da autonomia e heteronomia, em que se chocam as perspectivas do paciente e do médico em face da saúde e da doença, buscando o paciente utilizar o medicamento como instrumento desta autonomia, ou seja, do controle do seu próprio corpo;
5. o medicamento é vivido pelo indivíduo/paciente/consumidor no contexto do desejo de obtenção da máxima eficiência e eficácia na eliminação da doença (da dor) e na obtenção da saúde (do prazer);
6. o paciente produz o sentido do medicamento influenciado pela sua condição de portador de sintomas ou sensações, que são ‘semantizados’ pelo sistema social inclusivo (e internalizado pelo paciente) como necessidade. Portanto, o consumidor ‘necessitado’ busca ‘respostas’ sob forma de mercadorias, como o medicamento, que ‘resolvem’ ou consomem estas necessidades (LEFÈVRE, 1991:136-142).

Neste seu interessante trabalho, LEFÈVRE (1991) alerta que, para o paciente hipertenso, o problema do medicamento, considerado na qualidade de consumidor, pode se tornar complicado, caso seu organismo não se comporte como um emissor de mensagens (do tipo: ‘estou doente’, ‘estou sadio’, ‘estou hipertenso’, ‘estou normotenso’), que seja sempre ‘leal’ ou transparente para o ego que lhe corresponde, tornando problemático, para este ego, o exercício da ‘liberdade de medicar-se’, ou seja, de produzir, através do consumo de medicamento, a sua própria saúde como mensagem (LEFÈVRE, 1991:139).

Outro dado importante que o autor destaca é que a hipertensão oferece um exemplo claro do problema moral da obediência x transgressão e da autonomia x heteronomia, pois o medicamento pode assumir sentidos distintos para médico e pacientes (LEFÈVRE, 1991:140).

A hipertensão, para o médico, pode ser vista, sobretudo como um valor numérico (que é um símbolo ou representante ou expressão, na cultura médica, da hipertensão). Esta se inscreve, para ele, na perspectiva temporal da consulta e no espaço do organismo alheio como suporte de uma pressão (LEFÈVRE, 1991:140).

Para o paciente, a hipertensão pode ser representada, simbolizada, expressada, sobretudo, por um sintoma, por uma sensação corporal, que se inscreve na temporalidade do seu dia-a-dia de paciente e no espaço do seu organismo como suporte desta sensação (LEFÈVRE, 1991:140).

Outro aspecto assinalado pelo autor é que, no caso da hipertensão, a eficiência e a eficácia simbólicas menores do medicamento que apenas controla comparativamente ao medicamento que cura decorrem de sua incapacidade (e da frustração a ela associada) de eliminar, de uma vez por todas, o ser doente, já que sua ação se limita ao estar doente (LEFÈVRE, 1991:141).

Conclui-se, assim, que se a adesão ao medicamento é um processo difícil para todos os pacientes, no caso dos portadores de patologias crônicas, incuráveis, como a hipertensão, constitui um conflito permanente, agravado pelos efeitos colaterais, pelas restrições e inconformismo pela não cura.

Apenas 103 entrevistados (24,9%) assistiram a palestras acerca de HA, sendo a maioria em unidade de saúde pública. Este é um dado que merece uma investigação mais aprofundada, pois todos os gerentes de unidade de saúde pública da área declararam ter grupos de hipertensos no serviço, mas que aparentemente não são identificados pelos pacientes como parte do tratamento, como se constata na fala a seguir, de gerente de UBS:

Numa reunião que nós fizemos essa semana em que estava o cardiologista, a nutricionista, e outras pessoas, foi isso que a gente comentou, né? Às vezes o paciente, ele tá recebendo atenção desse, daquele, mas ele não consegue entender que aquilo lá tá fazendo parte de um atendimento que é global e que é voltado pra ele. Não são coisas que ele recebeu por acaso e nem de bom grado, né? Que a consulta médica e coisas do serviço médico é do SUS e que o resto ele tem é de bom grado. Não. Ele precisa saber isso e as pessoas precisam falar pra ele, precisa ser mostrado. Se o médico, de repente, entrar por 5 minutos, no grupinho que a nutricionista tá fazendo, vai fazer o conjunto, vai fazer uma relação e isso tem que ser falado, isso tem que ser mostrado. E a gente tem que saber trabalhar isso, fazer ele entender que não é só o remédio, que o grupo faz parte do todo.

Ou na fala de médico do PSF:

O fundamental para o PSF é que quem entrou ali é porque gosta mesmo. E esse trabalho é muito importante pra gente... poder estar educando esse pessoal pra prevenção. Fazer eles entenderem a gravidade da doença deles e que numa consulta rotineira talvez a gente não consiga, né? Então, o mais importante é esse momento do grupo. Esse negócio de fazer palestra, o pessoal sai de lá sem entender nada mesmo. Tem que fazer dramatização, colocar ele como médico, ter um momento pra ele falar das suas emoções, é muito importante para a adesão, pra criar vínculo. E aí, você tem que ter tempo. Às vezes na consulta você não consegue fazer isso, é só 15 minutos e tchau.

Apenas 22,9% dos entrevistados (95 pacientes) declararam já terem sido internados por HA. Porém, entre os demais, 32,6% (135 pacientes) relataram internação por outros motivos, dos quais nove (6,7%) foram motivadas por doenças cardiovasculares e cerebrovasculares.

Nas 95 internações por HA, observa-se que 70 (73,7%) eram mulheres e 25 (26,3%) eram homens. Em relação à faixa etária, 58 (61,1%) tinham entre 20 e 59 anos de idade e 37 (38,9%) mais de 59 anos. Este dado chama a atenção, pois era de se esperar um número maior de complicações e internações em pacientes mais idosos, que geralmente possuem múltiplas patologias.

Esta questão reforça a necessidade de revermos a assistência a estes doentes, já que não apenas a morbidade é acentuada precocemente, mas também a mortalidade.

Apenas 44 desses pacientes (10,6%) declararam estarem inscritos em algum programa de saúde, ao ser questionado acerca deste item, o que se reflete na fala de uma gerente de UBS no grupo focal:

O que a gente percebe é que existe uma falta de trabalho em cima do paciente. Às vezes você tem até o recurso, mas... às vezes tem um grupo que a gente tá fazendo, né? Tem profissional que dá o atendimento individual, mas eles (os profissionais) não falam.

As unidades no geral estão carecendo dessa... de um momento de discutir no coletivo, de planejar, de... é... enfim dar atenção integral, compartilhar. E eles (os médicos) assim, têm dificuldade até de saber como fazer...é uma coisa que foi, talvez, se perdendo. Existem as coisas. Existe grupo, existem certas ações, existe atividade física dentro da unidade, mas cada um faz uma coisa e fica, assim, bem pontual. E o paciente não se sente, talvez ele não perceba, que aquilo faça parte de um programa.

Entre os pacientes que sabiam da HA, 241 (58,2%) responderam que recebiam tratamento em alguma unidade de saúde, sendo que 175 (72,6%) eram mulheres. Com relação à faixa etária, chama a atenção que entre as mulheres que freqüentavam a UBS, predominavam pacientes entre 20 a 59 anos, enquanto entre homens havia um discreto predomínio de maiores que 59 anos, como mostra a tabela a seguir:

**Tabela 15** - Distribuição dos pacientes com risco para HA, por faixa etária e sexo, que sabiam do risco para HA e se freqüentavam ou não UBS/PSF, no Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal. 6 a 12 de dezembro de 2004

Faixa Etária	Sabia e Freqüenta UBS/PSF					
	Feminino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
De 20 a 59 anos	107	61,1	32	48,5	139	57,7
Maior que 59 anos	68	38,9	34	51,5	102	42,3
Total	175	100,0	66	100,0	241	100,0

Fonte: Questionário aplicado a potenciais hipertensos no PS. Tide Setúbal

Vale a pena citar aqui uma das falas do grupo focal de médicos, que analisou as diferenças entre os comportamentos das diferentes faixas etárias:

Justamente, eu tenho a impressão que você deve dividir em faixas etárias, a impressão que eu tenho é que nas faixas etárias mais jovens é mais difícil, se dividirmos em dois, idosos e mais jovens, adesão é maior, bem maior, e é significativa nos mais idosos. É uma questão que foi colocada aqui, tempo de duração, é..., o tempo é importante considerar. Considerar que o indivíduo vai procurar o centro de saúde e ele perde, perde o trabalho, perde dinheiro, essa talvez seja a

principal causa de não-adesão a programas de hipertensão e também de outras doenças, do tipo diabetes, é porque já é complicada essa situação, é complicada a situação do idoso, como aposentados, que a gente pode chamar de aposentado, então é significativa essa situação, que é o que eu observo, é..., em relação a procura e ao tempo que se leva pra entrar...tempo de porta, né? Tempo de acolhimento no centro de saúde, é..., e a demanda em seguida, com laboratório, eletrocardiograma, e estabelecimento daquele protocolo. Dentro desse grupo mais jovem, existe uma preocupação maior nos períodos, que existe um desemprego maior, é..., porque o individuo não é colocado, ele não é admitido na firma, entendeu? E aquela seleção naquele emprego que ele vai trabalhar...aí sim existe uma adesão forçada. Basicamente é isso, agora a adesão de conscientização no grupo, de uma maneira geral nos dois grupos, conscientização em nível de doença é zero. A população não sabe o que é hipertensão, sabe que hipertensão é pressão alta, mais nada. Não tem idéia das complicações da hipertensão. Basicamente é isso.

Examinando-se as respostas dos entrevistados sobre o número de vezes que compareceram à unidade de saúde nos últimos seis meses, chegou-se a seguinte distribuição:

**Tabela 16** - Distribuição dos pacientes com risco para HA, que sabiam do risco para HA, freqüentavam UBS/PSF e o número de vezes que compareceram à unidade de saúde nos últimos seis meses, no Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal. 6 a 12 de dezembro de 2004

<b>Comparecimento</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulada</b>
Uma vez	35	14,5	14,5
Duas vezes	43	17,8	32,4
Três vezes	35	14,5	46,9
Quatro vezes	20	8,3	55,2
Cinco vezes	12	5,0	60,2
Seis vezes	33	13,7	73,9
Mais que seis vezes	17	7,1	80,9
Não compareceu	46	19,1	100,0
Total geral	241	100,0	100,0

**Fonte:** Questionário aplicado a potenciais hipertensos no PS Tide Setúbal

Como a pergunta não explicitava o motivo do comparecimento, não foi possível chegar a uma conclusão da alta porcentagem (34% dos pacientes) dos que compareceram entre quatro e mais que seis vezes à unidade de saúde, mas chama a atenção o fato de 14,5% ter ido uma vez, já que normalmente se prescreve medicamentos para, no máximo, 60 dias, e 19,1% não ter comparecido nenhuma vez, ou seja, talvez não exista controle efetivo da HA para estes pacientes.

Uma fala de gerente de UBS reconhece que há dificuldades com o seguimento regular dos usuários hipertensos:

Já tem uma sala direcionada pra isso, lá nessa sala, dependendo da queixa, ah eu quero verificar a minha pressão, senta um pouquinho, descansa dez minutos e agente vai aferir. Se ele é diabético, se ele tem um pedido do médico pra vir buscar dextro, todos eles tem que aguardar, tem até um sofá na frente lá, que eles ficam sentadinhos, depois por ordem vão entrando. Só que é assim: eles correm e vão verificar a pressão, eles acordam e vão verificar a pressão e depois passa três horas e eles vão verificar de novo, né? E as meninas falam, não adianta o senhor vir aqui toda hora, se não fizer a dieta, não sei o que, pá, pá, pá, mas ele vai, a porta é aberta.

Com relação aos hábitos que os pacientes adotaram após saber da HA, tivemos os seguintes resultados:

**Tabela 17** - Distribuição dos pacientes com risco para HA, que sabiam do risco para HA, e os hábitos que adotaram após saber do risco ou diagnóstico da HA, no Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal. 6 a 12 de dezembro de 2004

Hábitos adotados após saber da HA	Sim		Não		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Redução de sal	343	82,9	71	17,1	414	100,0
Redução de gordura	309	74,6	105	25,4	414	100,0
Visitou o médico regularmente	222	53,6	192	46,4	414	100,0
Evitou estresse	163	39,4	251	60,6	414	100,0
Emagreceu	148	35,7	266	64,3	414	100,0
Realizou exames complementares	128	30,9	286	69,1	414	100,0
Prática de esportes	95	22,9	319	77,1	414	100,0

Fonte: Questionário aplicado a potenciais hipertensos no PS. Tide Setúbal

A questão da dieta hipossódica deveria ser analisada com cuidado, já que a alimentação é:

“um veículo de configurações concretas e imaginárias construídas pelo pensamento social, adaptadas e readaptadas às condições disponíveis, mas sobretudo experimentadas, com um decodificador que, tal como uma carga genética, é sustentado por matrizes que preservam a história social e individual do sujeito, através do paladar” (GARCIA, 1997).

Redução de gordura é um processo difícil, considerando que os hábitos alimentares culturais incluem alimentos ricos em gordura como forma de realçar o sabor e são relacionadas ao vigor dos alimentos. Além disso, os alimentos processados possuem alto teor de gordura e sódio e estes fazem parte da rotina da maior parte da população.

Vários trabalhos mostram que consultas regulares, em curto espaço de tempo, fazem uma diferença significativa no aumento da adesão ao tratamento, inclusive porque um bom profissional de saúde pode agir sobre alguns agentes estressores, contribuindo para a redução do peso dos mesmos no cotidiano.

O emagrecimento é vital e são inúmeros os estudos que mostram associação entre excesso de peso e deposição de gordura abdominal com doenças cardiovasculares e diabetes mellitus e, mesmo, maior ocorrência de internações. Um exemplo é a pesquisa realizada por AFONSO e SICHIERI (1996), com uma amostragem de 1.446 homens e 1749 mulheres que foram medidos e entrevistados em seu próprio domicílio. O método de regressão logística aplicado a esses casos comprovou a associação (AFONSO e SICHIERI, 2002).

O trabalho de MENDONÇA e ANJOS (2004) mostra que nas últimas décadas houve um aumento quantitativo no consumo de alimentos, como também mudanças na dieta, com ingestão de alimentos com maior densidade energética, produzidos pela industrialização dos alimentos. Com base em dados da Pesquisa de Orçamento Familiar, do IBGE, dos anos de 1988 e 1996, os autores constatam que ocorreu crescimento na aquisição de alimentos ricos em lipídeos e carboidratos simples, em detrimento de alimentos fonte de

carboidratos complexos, representados por aumento na aquisição de carnes, leite e derivados, açúcar e refrigerantes e diminuição de leguminosas, hortaliças e frutas, respectivamente.

Os autores mostram que este padrão foi acompanhado de aumento da aquisição de produtos industrializados e redução de alimentos *in natura*. O preço, o paladar e a nutrição aparecem como critérios de decisão, mas intermediados por um filtro cultural. A apresentação (empanados, recheados, temperados, etc.) e o modo de preparo, geralmente fritura, contribuem para a maior densidade energética.

Um outro dado fundamental é o aumento na alimentação fora de casa, principalmente da refeição rápida “fast food”. O Brasil se destaca como um dos oito maiores mercados do mundo desse tipo de refeição, substituindo a alimentação tradicional do país. Como demonstrou SICHIERI (2002), esse é um fator para obesidade/sobrepeso, visto que o padrão dietético, por ela chamado de tradicional, e que dependia do feijão com arroz como componentes principais, estava associado a risco menor de obesidade/sobrepeso, em comparação com dietas com predomínio de gordura e açúcar, ou dietas de padrão misto, onde nenhum alimento se destaca <sup>1</sup>.

Com relação à prática de esportes, o estudo transversal intitulado “Fatores associados à prática de exercícios físicos em homens voluntários e idosos residentes na Grande São Paulo, Brasil”, realizado por FLORINDO et al. (2001) mostra que a prática de exercícios físicos entre a população foi de apenas 6%, tendo menor prevalência entre aqueles com menor escolaridade.

DOMINGUES e ARAÚJO (2004) produziram um trabalho, onde demonstram que os benefícios específicos do exercício físico são desconhecidos por grandes parcelas da população e o grau de desconhecimento estaria relacionado a sexo, nível social e escolaridade. As mulheres, as pessoas com melhores condições socioeconômicas e maior escolaridade possuem maiores conhecimentos dos benefícios do exercício físico, embora as mulheres não tenham maior índice de atividade física que os homens.

---

<sup>1</sup> SICHIERI *apud* MENDONÇA, C. P.; ANJOS, L. A. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 20 (3): 698, 709 2004.

Outro trabalho realizado no sul do Brasil para avaliar a prevalência de inatividade física na população, também mostra que os índices brasileiros, para a população adulta, são maiores que de países desenvolvidos. O sexo feminino, idades mais avançadas, viver com companheiro e o tabagismo foram associados positivamente a maiores prevalências de inatividade física, enquanto que escolaridade e nível socioeconômico se associaram inversamente (DIAS DA COSTA et al., 2005).

Estes trabalhos confirmam os achados de PITANGA e LESSA (2005), que demonstraram a partir de uma pesquisa realizada em Salvador, que há associação entre os níveis mais baixos de escolaridade e socioeconômico com sedentarismo no lazer.

Não podemos deixar de mencionar as análises de MENDONÇA e ANJOS (2004). Segundo os autores, a redução do nível de atividade física e sua relação com o aumento da prevalência de obesidade decorre de mudanças na distribuição das ocupações por setores (exemplo: da agricultura para indústria) e nos processos de trabalho, com redução do esforço físico e ocupacional, das alterações nas atividades de lazer com substituição de atividades com alto gasto energético, como práticas esportivas, por longas horas diante da televisão e computador, o uso crescente de eletrodomésticos, com redução do gasto energético da atividade, como lavar roupa à máquina ao invés de fazê-lo manualmente, além do uso do automóvel/veículo automotivo para locomoção.

Um gerente de UBS lembrou da incorporação nas unidades de saúde de atividades físicas como parte do tratamento:

Eu só queria fazer uma colocação: a questão dos hipertensos e dos diabéticos é uma dificuldade porque eles não enxergam isso, porque eles não sentem nada e mesmo assim eles precisam passar no médico, e fica então difícil de tratar porque eles têm que entender que eles têm que tomar remédio. Uma outra questão que eu queria colocar pra você é que todas as nossas unidades, UBS e PSF, fazem trabalho especial com hipertenso, né? Nós temos um programa, as meninas que fazem grupos com hipertensos. Então acho que as pessoas do grupo estão controladas. Então são pessoas que vem, são controladas e oferecemos mais uma alternativa, a gente utiliza muito, com os hipertensos, as práticas corporais. Então nós temos, na grande maioria das unidades,

o tai chi, tem a caminhada, tem os alongamentos...tudo dentro da unidade. Chamamos eles pra fazer essas praticas dentro da unidade, porque muitos não vão pra fora sozinhos. Não conseguem caminhar sozinhos. Então geralmente as unidades aqui têm grupos de caminhada pra gente realmente atingir mais esse grupo e fazer as pessoas se relacionarem e se exercitarem.

O tabagismo é um fator de risco importante para várias doenças. Entre os pacientes hipertensos do Hospital Tide Setúbal, 20% declararam fumar como mostra a tabela abaixo:

**Tabela 18** - Distribuição dos pacientes com risco para HA, que sabiam do risco para HA, e que fumavam, e se diminuíram a quantidade, após saber do risco ou diagnóstico da HA, no Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal. 6 a 12 de dezembro de 2004

Tabagismo	Sim		Não		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Fuma	83	20,0	331	80,0	414	100,0
Diminuiu	36	43,4	47	56,6	83	100,0

Fonte: Questionário aplicado a potenciais hipertensos no PS. Tide Setúbal

Dos 83 pacientes que declararam fumar, 36 relataram que diminuíram a quantidade em virtude do diagnóstico de HA.

**Tabela 19** - Distribuição dos pacientes com risco para HA, que sabiam do risco para HA, e que não fumavam, e se pararam de fumar, após saber do risco ou diagnóstico da HA, no Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal. 6 a 12 de dezembro de 2004

Tabagismo	Sim		Não		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não Fuma	331	80,0	83	20,0	414	100,0
Parou	15	4,5	316	95,5	331	100,0

Fonte: Questionário aplicado a potenciais hipertensos no PS. Tide Setúbal

Entre os pacientes que não fumavam (331 ou 80%), 15 (4,5%) afirmaram que haviam deixado o hábito após saber do diagnóstico de HA.

Embora não tenha sido adequadamente mensurado neste trabalho, na literatura encontramos relação entre tabagismo e a HA, como no estudo de KASTARINEN (2002), quando analisa as políticas da Finlândia para o combate das doenças cardiovasculares, com ênfase nas modificações de estilo de vida. Entre outras coisas, demonstrou-se que a nicotina aumenta a atividade simpatomimética e a frequência cardíaca, causa vasoconstrição periférica e aumento do nível plasmático de cortisol e aldosterona, elevando a pressão arterial (KASTARINEN, 2002).

No período de 1972 a 1992, com todo o investimento na Finlândia para modificar estilos de vida, houve redução do tabagismo de 52%, em 1972, para 37%, em 1992, concomitante à redução dos níveis séricos médios de colesterol de 7,1 mmol/l para 5,9 mmol/l e níveis pressóricos diastólicos médios de 92mmHg para 84 mmHg, no mesmo período, o que foi considerado significativo em termos de controle das doenças cardiovasculares (EBRAHIM e SMITH, 1998: 1752).

A ingestão de bebidas alcoólicas foi investigada, por se tratar de um hábito importante em nosso meio. Dos pacientes entrevistados, 10,4% (43 pacientes), declararam beber com frequência, como mostra a tabela a seguir:

**Tabela 20** - Distribuição dos pacientes com risco para HA, que sabiam do risco para HA, e que ingeriam bebida alcoólica, e se diminuíram a quantidade, após saber do risco ou diagnóstico da HA, no Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal. 6 a 12 de dezembro de 2004

Bebida alcoólica	Sim		Não		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bebe	43	10,4	371	89,6	414	100,0
Diminuiu	20	46,5	23	53,5	43	100,0

Fonte: Questionário aplicado a potenciais hipertensos no PS. Tide Setúbal

Entre os pacientes que declararam beber com frequência, 46,5 % (20) afirmaram terem diminuído a ingestão de bebida alcoólica após diagnóstico da doença.

**Tabela 21** - Distribuição dos pacientes com risco para HA, que sabiam do risco para HA, e que não ingeriam bebida alcoólica, e se pararam, após saber do risco ou diagnóstico da HA, no Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal. 6 a 12 de dezembro de 2004

Bebida alcoólica	Sim		Não		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não Bebe	371	89,6	43	10,4	414	100,0
Parou	5	1,3	366	98,7	371	100,0

Fonte: Questionário aplicado a potenciais hipertensos no PS. Tide Setúbal

Daqueles que referiram não beber, 1,3% (5) deixou o hábito após saber da HA.

Embora a pergunta tenha falhas, por não explicitar quantidade e regularidade, vários estudos mostram associação positiva entre ingestão de bebidas alcoólicas e aumento de pressão arterial a partir de duas ou três doses padrão diárias ou 26 g de álcool puro. Por outro lado a restrição do consumo de álcool está relacionada à diminuição de 3,31 mmHg na pressão sistólica e 2,04 mmHg na pressão diastólica, em média, nos estudos de XIN X <sup>2</sup>.

Os mecanismos associados ao aumento da pressão arterial foram vasoconstrição, aumento de catecolaminas plasmáticas, renina, cortisol e cálcio intracelular, causando HA (KASTARINEN, 2002).

Com relação a outros hábitos adquiridos, cerca de 6,3% passou a usar chás para controlar a HA.

Na questão das condutas referidas pelos entrevistados para controle da doença, no ISA cerca de 25% declararam fazer dieta, menos de 5% regime alimentar e 2% atividade física. Cerca de 8% admitiram não fazer nada para controlar o agravo (SÃO PAULO, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2005).

<sup>2</sup> XIN X *apud* KASTARINEN, M. **Community Control of Hypertension: A Study of Trends in Finland with Special Emphasis on Lifestyle Modification**. Kuopio, 2002. Tese – Doutorado – University of Kuopio.

No ISA, o seguimento médico periódico é feito por aproximadamente 55% dos homens e quase 60% das mulheres. Os motivos levantados para o não-seguimento são variados, mas 43% não consideram que isso seja necessário. No PS do Hospital Tide Setúbal, encontramos uma frequência semelhante de comparecimento ao médico regularmente (53,6%).

No que se refere ao estilo de vida, quase 40% dos homens e mais de 10% das mulheres ouvidos no ISA, refere ingerir bebida alcoólica entre 1 a 3 vezes por semana, enquanto no PS do Hospital Tide Setúbal, sem considerar a divisão por sexo, cerca de 10% dos entrevistados admitiram consumir bebida alcoólica, embora quase metade destes tenha declarado que diminuiu a ingestão. Porém, o instrumento é falho neste quesito por não especificar o que seria considerado ‘beber’ com maior precisão.

Consultando o documento “Síntese da situação da cidade de São Paulo em relação às demais capitais” (SÃO PAULO, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2004a), sobre o ISA, observamos que cerca de 23% dos homens e 18% das mulheres declararam-se fumantes, enquanto no PS do Hospital Tide Setúbal este dado ficou em torno de 20%, não considerando sexo.

Considerando, no mesmo documento, todos os entrevistados do ISA no município de São Paulo, o excesso de peso aparece para 41% dos participantes, com predomínio entre os homens, 30% preferem comer frango com pele, 37% referiam comer a gordura visível da carne e 58% prefere beber leite integral, o que mostra situações de risco potencial para várias doenças, inclusive HA.

Tanto a pesquisa no PS do Hospital Tide Setúbal como o ISA mostram que os hábitos não sofrem alterações significativas com a presença da doença; o que pode ser explicado, parcialmente, pois “sendo a doença uma sensação, o paciente não se sente doente. Mas a despeito de não se sentir (para usar o pleonasmo) internamente doente, ele o é externamente” (Lefèvre, 1991).

Uma das falhas do questionário do PS do Hospital Tide Setúbal foi não investigar as recomendações feitas aos hipertensos em seguimento nos serviços de saúde, como mudanças necessárias no estilo de vida para enfrentamento da patologia.

O estudo de PICCINI e VICTORA (1997) mostra que muitos médicos não recomendam exercícios físicos, redução de peso e abandonar o tabagismo como parte do tratamento de HA, e que apesar de metade dos pesquisados utilizar medicamentos, apenas um terço apresentava cifras tensionais controladas.

Quando estudamos a possibilidade de existir uma associação estatística significativa, pelo teste de Qui Quadrado, entre ‘onde descobriu o problema da HA’ e ‘hábitos que adotou após saber da HA’, só encontramos associação significativa com ‘ir ao médico regularmente para controlar a HA’ (p: 0,014695865) e ‘fazer exames complementares de controle da HA regularmente’ (p: 0,000329168), favorável aos que fizeram diagnóstico nas UBS/PSF, como mostramos nas tabela abaixo:

**Tabela 22** - Distribuição dos pacientes com risco para HA, que sabiam do risco para HA, quanto ao local de diagnóstico e mudança de hábito adotada após o diagnóstico/ir ao médico regularmente para controlar a HA, no Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal. 6 a 12 de dezembro de 2004

Local de diagnóstico	Vai ao médico regularmente para controlar a HA					
	Não		Sim		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
UBS/PSF	81	39,5	124	60,5	205	100,0
P.S.	61	56,0	48	44,0	109	100,0
Outro	50	50,0	50	50,0	100	100,0
Total	192	46,4	222	53,6	414	100,0

**Fonte:** Questionário aplicado a potenciais hipertensos no PS. Tide Setúbal

Como a pergunta se referia à mudança de hábitos, observamos que o fato de o diagnóstico ter sido feito em UBS/PSF parece interferir na adoção do hábito de ir ao médico regularmente para controlar a HA, pois as próprias características dos serviços ambulatoriais públicos favorecem, visto ser esta patologia uma das prioridades da assistência. Mas também podemos inferir que os serviços de emergência não encaminham para ambulatórios ou não conseguem convencer da importância quando o fazem.

**Tabela 23** - Distribuição dos pacientes com risco para HA, que sabiam do risco para HA, quanto ao local de diagnóstico e mudança de hábito adotada após o diagnóstico/faz exames complementares para controle da HA regularmente, no Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal. 6 a 12 de dezembro de 2004

Local de diagnóstico	Faz exames complementares para controle da HA regularmente					
	Não		Sim		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
UBS/PSF	123	60,0	82	40,0	205	100,0
P.S.	87	79,8	22	20,2	109	100,0
Outro	76	76,0	24	24,0	100	100,0
Total	286	69,1	128	30,9	414	100,0

**Fonte:** Questionário aplicado a potenciais hipertensos no PS. Tide Setúbal

A realização de exames complementares para controlar HA está vinculada à postura de ir ao médico regularmente. Logo, houve falha na pergunta, pois não sabemos se os médicos pedem o exame e os pacientes não fazem ou se os mesmos não os solicitam. De todo modo, a proporção dos que realizam exames complementares é um pouco mais da metade da proporção dos que freqüentam o médico regularmente. Por isso, haveria necessidade de uma melhor investigação.

Não se encontrou uma associação estatística significativa entre local de diagnóstico e outros hábitos, como diminuição de sal, diminuição de gorduras, prática de exercícios físicos regulares, emagrecimento e controle do estresse.

Perguntados sobre como pretendiam tratar o problema após sair do PS, as respostas foram:

**Tabela 24** - Distribuição dos pacientes com risco para HA, que sabiam do risco para HA, e que se tratavam, e o que farão acerca da HA ao sair do serviço de urgência-emergência, no Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal. 6 a 12 de dezembro de 2004

Sabia e tratava	Nº	%
Continuar tratando	233	96,7
Só P.S.	7	2,9
Outro	1	0,4
Total	241	100,0

**Fonte:** Questionário aplicado a potenciais hipertensos no PS. Tide Setúbal

Os pacientes declaradamente hipertensos afirmaram que continuariam se tratando nas UBS/PSF da área. Uma parcela importante declarou que voltaria ao PS se tivesse problema. Essa é uma questão que exige reflexão, já que é uma opção do paciente, desde que devidamente consciente e informada, e o Sistema de Saúde deve preparar-se para esta demanda e suas possíveis necessidades.

**Tabela 25** - Distribuição dos pacientes com risco para HA, que sabiam do risco para HA, e que não se tratavam, e o que farão acerca da HA ao sair do serviço de urgência-emergência, no Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal. 6 a 12 de dezembro de 2004

Sabia e não tratava	Nº	%
Procurar tratamento	141	81,5
Só P.S.	28	16,2
Outro	4	2,3
Total	173	100,0

**Fonte:** Questionário aplicado a potenciais hipertensos no PS. Tide Setúbal

Entre os entrevistados que já declaravam não estar sob acompanhamento, uma grande parcela manifestava a intenção de procurar uma UBS/PSF para tratamento, mas aumentou muito a quantidade de pacientes que afirmaram que continuariam a utilizar exclusivamente o PS, quando achassem necessário, mostrando que essa é uma opção real para um grande número de pessoas, provavelmente pela facilidade de acesso, comodidade de horário, etc.

**Tabela 26** - Distribuição dos pacientes com risco para HA, que não sabiam do risco para HA, e o que farão acerca da HA ao sair do serviço de urgência-emergência, no Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal. 6 a 12 de dezembro de 2004

<b>Não sabia</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Procurar tratamento	337	86,4
Só P.S.	45	11,5
Outro	8	2,1
<b>Total</b>	<b>390</b>	<b>100,0</b>

**Fonte:** Questionário aplicado a potenciais hipertensos no PS. Tide Setúbal

Esses números mostram semelhança entre as respostas dos que sabiam da HA e não tratavam e as respostas dos que não sabiam do problema, o que evidencia que uma parcela significativa continuará freqüentando o PS, provavelmente apenas quando estiver sintomático.

Se somarmos todos os pacientes que só freqüentarão PS, chegaremos a quase 10% dos 804 potenciais hipertensos captados pelo questionário. Logo, é preciso maior flexibilidade na estruturação dos serviços e programas, de forma a contemplar estes pacientes.

A tabela abaixo mostra o local de diagnóstico e o uso de medicação e internação:

**Tabela 27** - Distribuição dos pacientes com risco para HA, que sabiam do risco para HA, quanto ao uso de medicamentos e relato de internações por causa da HA, no Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal. 6 a 12 de dezembro de 2004

Local de diagnóstico	Uso de medicamento				Internação por HA			
	Sim		Não		Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
UBS/PSF	165	80,5	40	19,5	40	19,5	165	80,5
P.S.	66	60,6	43	39,4	25	22,9	84	77,1
Outros	62	62,0	38	38,0	30	30,0	70	70,0
Total	293	70,8	121	29,2	95	22,9	319	77,1

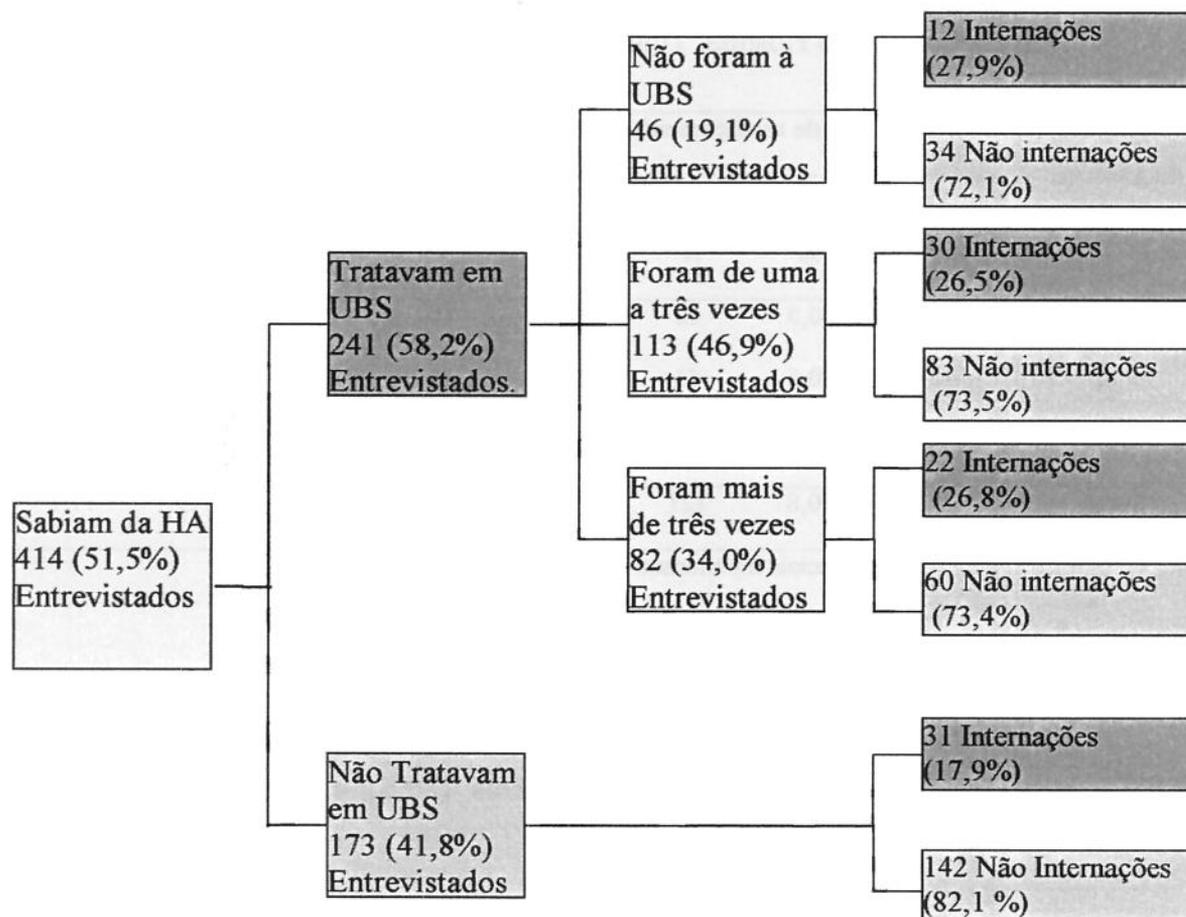
Fonte: Questionário aplicado a potenciais hipertensos no PS. Tide Setúbal

Um aspecto interessante é os pacientes que declararam ter feito o diagnóstico na UBS/PSF mencionarem maior uso de medicamentos (80%) e menor proporção de internações (19,5%).

Esta associação é um achado importante para comprovar a potencialidade que o trabalho ambulatorial possui, no sentido de aumentar a adesão aos tratamentos e reverter indicadores de morbidade e mortalidade.

Embora as diferenças para internação entre diagnóstico na UBS e PS sejam irrelevantes, há uma diferença estatística significativa na proporção de internações quando o diagnóstico é realizado em outros serviços, com intervalo de confiança de 95%.

O número de vezes que a pessoa frequentou a UBS nos últimos seis meses parece não interferir nas internações, não apresentando relação estatística significativa quando aplicamos testes entre proporções diferentes, como ilustra o fluxograma a seguir:



Fonte: Questionário aplicado a potenciais hipertensos no PS. Tide Setúbal

**Fluxograma 2** - Demonstração da distribuição dos pacientes que sabiam do risco para HA, entre os que frequentavam UBS/PSF ou não, frequência do comparecimento e frequência de internações entre todos os grupos, entre pacientes do Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal. 6 a 13 dezembro de 2004

A internação e mudança de hábitos estão relacionadas, como observamos a:

**Tabela 28** - Distribuição dos pacientes com risco para HA, que sabiam do risco para HA, quanto à internação por HA e sua relação com a diminuição de sal na alimentação, no Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal. 6 a 12 de dezembro de 2004

Internação	Diminuição de sal					
	Não		Sim		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não	62	19,4	257	80,6	319	100,0
Sim	9	9,5	86	90,5	95	100,0
Total	71	17,1	343	82,9	414	100,0

Fonte: Questionário aplicado a potenciais hipertensos no PS. Tide Setúbal

A aplicação do teste Qui Quadrado para verificar se existe relação entre as variáveis 'internação' e 'diminuição do sal', demonstrou uma associação estatística significativa, favorável aos pacientes que fizeram a redução de sal na alimentação (p: 0,023749799).

**Tabela 29** - Distribuição dos pacientes com risco para HA, que sabiam do risco para HA, quanto a internação por HA e sua relação com a diminuição de gordura na alimentação, no Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal. 6 a 12 de dezembro de 2004

Internação	Diminuição de gordura					
	Não		Sim		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não	93	29,2	226	70,8	319	100,0
Sim	12	12,2	83	87,8	95	100,0
Total	105	25,4	309	74,6	414	100,0

Fonte: Questionário aplicado a potenciais hipertensos no PS. Tide Setúbal

Também, neste caso, a aplicação do teste Qui Quadrado para verificar relação entre as variáveis, demonstrou uma associação estatística significativa entre as variáveis ‘já foi internado por HA’ e ‘diminuiu a gordura’, favorável aos pacientes que reduziram gordura (p: 0,001158206).

**Tabela 30** - Distribuição dos pacientes com risco para HA, que sabiam do risco para HA, quanto a internação por HA e sua relação com emagrecimento, no Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal. 6 a 12 de dezembro de 2004

Internação	Emagreceu					
	Não		Sim		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não	219	68,7	100	31,3	319	100,0
Sim	47	49,5	48	50,5	95	100,0
<b>Total</b>	<b>266</b>	<b>64,3</b>	<b>148</b>	<b>35,7</b>	<b>414</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Questionário aplicado a potenciais hipertensos no PS. Tide Setúbal

Novamente, a aplicação do teste Qui Quadrado para verificar se existe relação entre as variáveis, demonstrou uma associação estatística significativa entre as variáveis ‘já foi internado por HA’ e ‘emagreceu’, favorável aos que haviam emagrecido (p: 0,000617725).

**Tabela 31** - Distribuição dos pacientes com risco para HA, que sabiam do risco para HA, quanto a internação por HA e sua relação com ir ao médico regularmente, no Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal. 6 a 12 de dezembro de 2004

Internação	Vai ao médico regularmente					
	Não		Sim		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não	158	49,5	161	50,5	319	100,0
Sim	34	25,8	61	64,2	95	100,0
<b>Total</b>	<b>192</b>	<b>46,4</b>	<b>222</b>	<b>53,6</b>	<b>414</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Questionário aplicado a potenciais hipertensos no PS. Tide Setúbal

Neste caso, o teste Qui Quadrado para verificar se existe relação entre as variáveis, também demonstrou uma associação estatística significativa entre as variáveis 'já foi internado por HA' e 'vai ao médico regularmente', favorável àqueles que frequentam o médico regularmente (p: 0,018405196).

**Tabela 32** - Distribuição dos pacientes com risco para HA, que sabiam do risco para HA, quanto a internação por HA e sua relação com fazer exames complementares de controle da HA regularmente, no Pronto-Socorro do Hospital Tide Setúbal. 6 a 12 de dezembro de 2004

Internação	Faz exames complementares para controle da HA regularmente					
	Não		Sim		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não	227	71,2	92	28,8	319	100,0
Sim	59	62,1	36	37,9	95	100,0
Total	286	69,1	128	30,9	414	100,0

Fonte: Questionário aplicado a potenciais hipertensos no PS. Tide Setúbal

Por último, a aplicação do teste Qui Quadrado para verificar se existe relação entre as variáveis, demonstrou uma associação estatística significativa entre as variáveis 'já foi internado por HA' e 'fazer exames complementares de controle da HA regularmente', também favorável a quem faz os exames complementares para controle da HA regularmente (p: 0,000329168).

No presente trabalho, não encontramos associação estatística significativa entre ser internado por HA e praticar esportes, evitar estresse, fumar e ingerir bebidas alcoólicas.

Mas, neste trabalho, diminuir sal e gorduras na alimentação, emagrecer, ir ao médico regularmente e fazer exames complementares de controle da HA apareceram como associadas a menores índices de internação.

A HA já se tornou importante para a população na medida em que é citada como quinta doença crônica no ISA, sendo mais prevalente em mulheres, como na porta do PS do Hospital Tide Setúbal.

Nos dois estudos, pouco mais de 50% dos doentes freqüentavam alguma unidade de saúde, ou seja, quase metade sabia do diagnóstico, mas não fazia seguimento regular em equipamento de saúde.

O ISA identificou que aqueles que não vão aos serviços de saúde alegam não considerar que isso seja necessário, o que mereceria uma investigação.

Os dois estudos mostram que mais de 50% dos doentes tomam medicamento, chegando a 71% no Tide Setúbal, o que evidencia que uma parte o faz sem controle médico. No trabalho de CARVALHO et al. (1998), os autores demonstram que uma parte dos pacientes só toma medicamentos se aparecem sintomas que eles atribuem à HA, justificando que o uso rotineiro é prejudicial, devido aos inúmeros efeitos colaterais. Nessa pesquisa, há a demonstração de que a necessidade de tratamento não é compreendida, visto que a maioria dos entrevistados achava que a doença estava ligada ao estresse da vida moderna, que os doentes traduzem como 'passar muito nervoso'.

Com relação ao exercício físico, os dois estudos mostram diferenças, pois para 35% dos entrevistados hipertensos no ISA e 75% no PS do Hospital Tide Setúbal, a atividade física é insuficiente ou inexistente, respectivamente, o que já foi demonstrado em vários estudos, mas está bem representado por GOMES et al. (2001) em um estudo que avaliou a atividade física em uma amostra probabilística de 4.331 indivíduos com 12 anos ou mais, moradores do Município do Rio de Janeiro, que participaram de um inquérito domiciliar em 1996. Esse estudo mostrou que 59,8% dos homens e 77,8% das mulheres nunca realizavam atividade física de lazer, e que esta tendência aumenta com a idade, principalmente para homens. Quanto maior a escolaridade, maior a freqüência de atividade física em ambos os sexos.

Os outros hábitos também apresentam grande variação, mas no ISA é nítido o comportamento de risco, o que é demonstrado na dieta gordurosa, ingestão de álcool e tabagismo. Por ser domiciliar, os indivíduos devem ter ficado mais à vontade para declarar seu estilo de vida.

Com relação ao padrão de consumo alimentar, é importante lembrar os estudos de SICHIERI et al. (2003), que demonstraram, com base em pesquisas, que escolaridade, renda e a região de residência são variáveis importantes para explicar o consumo alimentar, o que implica a necessidade de entender melhor a questão das dietas inadequadas, ou do comportamento de risco demonstrado pelo ISA em relação à alimentação.

Uma das questões que chama a atenção na pesquisa é que apenas 11% dos hipertensos haviam procurado o PS por esse motivo, o que demonstra a importância de contarmos com mecanismos de identificação, tratamento e encaminhamento do doente nos serviços de urgência/emergência. Reforça essa tese, o fato de 26,3% dos diagnósticos de HA terem sido realizados no serviço de urgência/emergência.

Outro dado que confirma a necessidade de diagnóstico precoce é que 23% dos pacientes declararam já terem sido internados por HA, o que é um indicador bastante significativo da magnitude do problema.

A pesquisa mostra que 58,2% dos entrevistados freqüentavam uma UBS e destes, 55,2% compareceram entre uma e quatro vezes nos últimos seis meses. Ou seja, temos freqüentadores contumazes, mas não investigamos porque retornaram e se foram atendidos pelo mesmo profissional de saúde. Contudo, essas informações são fundamentais, pois como comprova o trabalho de PICCINI e VICTORA (1997), o cuidado médico continuado pelo mesmo profissional como é o único fator significativamente associado com cifras tensionais controladas.

É relevante ainda para a orientação de uma política de atenção integral o fato de que 8,5% dos que sabiam da HA e 11,5% dos que não sabiam terem declarado que voltariam ao PS quando se sentissem mal, ou seja, não fariam seguimento ambulatorial. Isso deve ser levado em conta no planejamento e gestão dos serviços, pois, para estes indivíduos, é preciso pensar estratégias especiais, que respeitem sua autonomia de optar por tratamento ou não, ou de escolher seu local de assistência. Os dados do ISA e do PS do Hospital Tide Setúbal mostram com clareza que os pacientes seguem caminhos próprios para o seu tratamento de HA.

Uma tendência muito forte é a adesão ao medicamento de forma isolada, em detrimento de uma mudança do estilo de vida. Este sofre pouco impacto após o diagnóstico, pois os pacientes mantêm os comportamentos de risco. Isto está presente em toda a literatura e é uma preocupação dos gerentes de UBS/PSF da área:

Na questão da adesão eu queria levantar uma questão: eu queria saber se existe alguma pesquisa dizendo o que a população espera. Porque a gente sabe. Porque se você perguntar pra alguém na unidade ele vai responder: consulta, remédio e exame.

Mediante esse diagnóstico, é preciso uma reflexão sobre a forma como organizamos o programa de saúde relativo a HA. Os dados de mortalidade e morbidade mostram que as mudanças de perfil são muito lentas, apesar do grande esforço da ação programática e parecem isoladas, na sua estratégia, do restante do contexto da vida na sociedade moderna.

FIRMO et al. (2004) estudaram os idosos hipertensos na cidade de Bambuí (Minas Gerais) para determinar os fatores associados ao tratamento da HA e constataram que menor tempo decorrido da última medida de pressão arterial, maior número de consultas médicas nos últimos doze meses, maiores índices de massa corporal, sexo feminino, história de doença coronariana, mudanças na alimentação por causa da HA e maior renda familiar são elementos que estão relacionados ao tratamento regular da doença.

Como afirmam GOMES et al. (2002) “na medida em que se consegue ir para além das falas e das ações em geral, a articulação entre o representado e o vivido do ser doente pode ser conseguida e servir de base para políticas e ações que contemplem os sujeitos para os quais estas se destinam”.

A gestão dos equipamentos de saúde não pode desconsiderar estes dados, sob risco de ineficácia e ineficiência. Além disso, já está mais do que comprovado que a falta de integração entre os serviços agrava o panorama da interferência insuficiente de todos os mecanismos técnicos propostos para controlar o agravo e suas conseqüências.

Esta é uma patologia que requer mecanismos de vigilância, busca ativa e intenso processo de informação para a saúde, para encontrar saídas resolutivas e criativas para as mudanças de comportamento necessárias ao controle da doença.

Também é importante saber que não há sujeito completamente destituído ou excluído, visto que “em alguma medida todos sofrem influência de alguma forma de instituição, e, em consequência, em todos se forma algum tipo, ainda que débil, de superego, de constelação de valores e de um imaginário” (CAMPOS: 2003, 43). Comprova essa afirmação o fato de que uma parte dos hipertensos opta por não seguir planos terapêuticos propostos pelos profissionais de saúde.

Para entender parte dos insucessos dos planos terapêuticos preconizados para a hipertensão arterial e os comportamentos de risco dos pacientes, é preciso entender o significado ou a representação social da doença e da saúde no individual e coletivo. Isso é vital, já que a sintomatologia surge por lesão de órgãos-alvo, demorando anos para que as manifestações se exteriorizem.

Logo, encontrar uma forma de abordar e sensibilizar este paciente precocemente será decisivo para o sucesso terapêutico.

Para nos situarmos neste contexto, é muito útil o conceito de representações sociais utilizado por MINAYO (1996). Trata-se de:

“um termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção anterior ou do conteúdo do pensamento. Nas Ciências Sociais são definidas como categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a” (MINAYO, 1996: 158).

Assim, o que acontece com a HA pode ser a demonstração de que esta patologia não está incorporada no imaginário da população, como os técnicos de saúde a definem e de que não existe coincidência na explicação do agravo por parte do paciente e do profissional de saúde.

MINAYO (1996) sustenta que as representações sociais são fruto da vivência das contradições que permeiam o cotidiano, e que sua expressão marca o entendimento entre pares, contrários e instituições. Para o senso comum, diz a autora, “os atores sociais se movem, constroem suas vidas e explicam-na mediante seu estoque de conhecimentos”. Mas devemos lembrar que podem não ser conscientes, possuem elementos de dominação e

resistência, que se reproduzem e se modificam, sendo ao mesmo tempo ilusórias, contraditórias e verdadeiras, importantes para análise social, para ação pedagógica de transformação, mas não são verdades científicas (MINAYO, 1996: 173 - 174).

A autora conclui que:

“a linguagem é a mediação privilegiada para a compreensão das Representações Sociais, e que as palavras são tecidas por múltiplos fios ideológicos, servindo de trama para as relações sociais em todos os domínios...” (MINAYO, 1996:174).

Logo, sua compreensão requer este entendimento.

Analisando o tema representações sociais de saúde/doença, que nos interessa particularmente neste trabalho, ela afirma que:

“a noção saúde/doença está vinculada ao tema existencial e significativo da vida e da morte; que o esquema interno de explicações da saúde/doença parte de um marco referencial de especialistas (doutores, curandeiros, rezadores, mágicos), mas também da experiência do dia-a-dia, que se expressa através do senso comum...” (MINAYO, 1996:194).

Acrescenta que essas duas modalidades se influenciam mutuamente, embora o saber do especialista seja dominante. Portanto, na construção histórica da saúde e da doença todos são atores e autores, técnicos do setor e população.

É importante sabermos que a população possui:

“um código de resistência ao chamado saber científico, seu esquema está centrado numa visão mais totalizante do fenômeno saúde/doença, que abrange a concepção do homem como corpo/alma, matéria/espírito e incluem relações afetivas, condições de vida e trabalho; por isso, apesar de reconhecerem o poder médico e se subordinarem a medicalização, possuem uma visão crítica, a partir de sua própria experiência, tanto dos profissionais e sua técnica, como do sistema de assistência e serviço que fazem uso. Por isso reinterpretem o esquema racionalizando, usam-no de acordo com seus interesses imediatos e concepções particulares e não legitimam totalmente o saber médico...” (MINAYO, 1996:195).

Na HA esta questão aparece com bastante importância.

Uma questão que não exploramos, mas que aparece em um trabalho de Fortaleza, de LIMA et al. (2004), é a representação da HA para a população, que não deve diferir muito da existente em São Paulo. Através de técnica de grupo focal, indagou-se sobre o conceito, causas, conseqüências e sintomas da HA, e apareceram as seguintes expressões:

“ansiedade, depressão, angústia, desânimo, agitação nos nervos, estado de nervo, raiva, preocupação, aperreio, estresse, loucura, queimadura no corpo, dor de cabeça, dor na vista, tontura, vexame no coração, alteração na temperatura do corpo, problema circulatório, alteração no coração, sangue grosso querendo parar, sangue esquentando que sobe para a cabeça, agitação do sangue e movimento do sangue alterado” (LIMA et al., 2004).

É interessante como os problemas emocionais são relacionados diretamente com a doença, o que confere um peso diferenciado em sua avaliação, por parte da população.

Em relação à HA, enfrentamos os significados da doença para o paciente, mas principalmente a proibição do prazer de comer, beber, fumar e do ócio, em uma cultura que vive o processo de valorizar o aqui-agora e a suposta liberdade de escolha, que é bombardeada pela mídia com imagens e sons vinculados a um comportamento de risco - como é o caso do tabagismo e do etilismo. Pensar no amanhã e preservar o corpo, não tratá-lo como carroceria, é um princípio em desenvolvimento, ainda restrito a uma parcela da população que tem poder aquisitivo e acesso à informação.

No trabalho de LIMA et al. (2004), citado anteriormente, a dieta hipossódica é rejeitada, pois o prazer da degustação do sal é extremamente valorizado pela população, inclusive porque a situação econômica não permite liberdade para escolher alimentos, o que não dá opções agradáveis para o doente.

A evolução silenciosa e crônica da doença é um dos fatores que dificultam ao paciente a correlação com seu estilo de vida.

Para o entendimento dos dados encontrados acerca da hipertensão arterial sistêmica, é importante saber que “a relação dos pacientes com a medicina oficial é sempre precária, provisória e conflitiva” (MINAYO, 1996:198), carregada de significados que traduzem seu imaginário acerca do problema, com suas explicações e soluções que extrapolam o corpo como espaço de saúde e doença, mas que precisamos começar a entender para criar mecanismos que estimulem a aderência a terapias de longa duração.

Esta preocupação está presente em documento da World Health Organization (WHO) (2003), intitulado “Adherence to long-term therapies, evidence for action”.

A aderência é definida nesse trabalho como “a extensão na qual os pacientes seguem as instruções médicas”, visto que uso de medicação é apenas uma parte do problema para vários agravos. Ressalta-se a importância de o paciente não ser passivo no processo de tratamento, mas de ser um ativo colaborador. Assinala-se que a qualidade do cuidado e as relações com a Equipe de Saúde são essenciais na aderência, devendo-se explorar alternativas terapêuticas, negociação, discussão e planejamento (WORD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

O problema tem grande magnitude, pois dados mostram que a taxa de aderência aos tratamentos, nos casos de hipertensão arterial, é baixa mundialmente, em torno de 50% no geral, sobretudo nos países em desenvolvimento, por exemplo: China (43%), Gâmbia (27%), Seychelles (26%) e Estados Unidos (51%), (WORD HEALTH ORGANIZATION, 2003). O mesmo acontece no Brasil, como vemos na literatura, assim como no ISA e na pesquisa no PS do Hospital Tide Setúbal.

O depoimento de um médico do grupo focal é ilustrativo:

Eu sou Élcio (autorizou divulgação do nome), eu trabalho há muitos anos na saúde, já trabalhei nessas áreas, eu consigo ver todas as diferenças. No PSF é uma adesão um pouco maior, porque a gente vai na casa das pessoas. Lá no consultório que eu tava era um consultório normal, o antigo clínico, né? E eu vejo a diferença desses pacientes por onde ele passa. No PS é o paciente que vai somente quando ele tem sintoma. Lá no Estado há uma dificuldade maior na marcação de consultas, porque eu procuro fazer como eu faço no PSF porque eu

tenho experiência no PSF, mas os outros colegas fazem como quiserem, tem aquele número de consultas, tem que esperar vaga. Então, é aí que a gente tenta colocar a garantia de consulta para os diabéticos e hipertensos, que a gente chama de prioridade, né? E aí a gente vai tendo um pouco mais de adesão. No PSF a gente tem mais adesão, é um pouco melhor porque a gente fica mais em cima do paciente. Você vai na casa do paciente, você tem a enfermeira, os agentes comunitários, então, a gente tá sempre mais perto. Mesmo assim a adesão é muito baixa.

As doenças crônico-degenerativas são ainda uma ‘novidade’ para a Saúde Pública. Ainda não desenvolvemos tecnologias de acompanhamento e avaliação, com ênfase no trabalho multiprofissional e interdisciplinar, com forte conteúdo informativo, como já razoavelmente desenvolvido nas atividades mais ‘tradicionais’ da Saúde Pública, tais como a puericultura, o seguimento pré-natal, cuidados dos tuberculosos e hansenianos.

A WHO alerta que 40% dos infartos agudos do miocárdio são devidos à HA, que ela aumenta o risco de doenças cardiovasculares, mesmo nos casos “borderline”. Os estudos mostram que, dos pacientes tratados, em média 25% conseguem níveis pressóricos adequados, citando como exemplos o Reino Unido, os Estados Unidos e a Venezuela, onde dos pacientes tratados, apenas 7%, 30% e 4,5%, respectivamente, conseguem níveis pressóricos ótimos (WORD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

A WHO enfatiza que os pacientes precisam ser apoiados e não culpabilizados, para aderirem aos tratamentos, e critica os serviços de saúde atribuírem exclusivamente aos pacientes as falhas da adesão, não considerando as negligências e fatores relacionados ao próprio sistema de saúde. Os doentes ficam frustrados quando suas preferências em relação ao tratamento não são respeitadas, principalmente no que se refere aos eventuais efeitos colaterais dos medicamentos e ao custo-benefício do plano terapêutico (WORD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Vale reproduzir aqui o depoimento de outro médico do grupo focal, a propósito da relação com o paciente hipertenso:

Eu trabalho no PSF e concordo plenamente com a pesquisa. Eu acredito que pra melhorar a adesão do paciente, você tem que ter um processo bastante dinâmico. Hoje a gente tem um índice bastante baixo de adesão. Eu acredito que pra reverter isso, você tem que dar acesso às informações. Com essas informações, mostrar que a hipertensão é uma doença silenciosa. É só perguntar ao paciente se ele conhece alguém que já teve infarto. Pergunta! A resposta é quase sempre que sim. E aí você pode trabalhar em cima do paciente e justamente é esse trabalho que é o fator mais importante. Eu acho que principalmente, pra que a adesão deixe de ser um problema, é ter um carinho espontâneo, verdadeiro com o paciente. Acho que chegando nesse nível, até ele se sente na obrigação de tomar o medicamento, de fazer o tratamento. É muito comum você ver pessoas que quando o paciente não faz o tratamento, fica bravo com ele. Por que? É como se fosse um filho com o pai. Se você criar uma relação mais ou menos nesse sentido, que a gente tá interessando, o paciente vai sentir que você tem interesse real, ele acaba querendo o tratamento. É como um filho que sente na obrigação até de corresponder, de dar satisfação por aquela atenção que a gente tá dando. E isso é muito simples de conseguir: dois ou três minutos a gente conversando alguma coisa do íntimo do paciente, por exemplo, anota o nome do pai, do filho, a gente pergunta se tá tudo tranqüilo e a pessoa que é a desgraça da família, você coloca no cantinho do prontuário o nome dessa pessoa e na próxima consulta, você pergunta como é que está o fulano de tal. Como vai o seu filho, sua esposa? Tudo isso é muito fácil e acaba que qualquer pedido seu soa como uma ordem, porque ele vê que você gosta dele. É toda uma política de relacionamento.

Estudos demonstraram que o tratamento da hipertensão leve e moderada pode reduzir o risco de crises hipertensivas em 30% a 40%, e de infarto agudo do miocárdio em 15% (WORD HEALTH ORGANIZATION, 2003:36).

A WHO levantou vários fatores que contribuem para a adesão ou não ao tratamento, com a intenção de reunir experiências mundiais dos pesquisadores acerca das dificuldades com adesão, no caso de doenças crônicas e terapias de longa duração, considerando que o tema é objeto de preocupação de vários sistemas e profissionais de

saúde, constituindo um desafio o seu enfrentamento. Ahamos que muitos desses fatores possuem relação com os dados levantados nesse trabalho pelos questionários e grupos focais, e com as informações da bibliografia levantada. Assim, utilizamos a sistematização destes fatores, abaixo, para auxiliar a análise dos temas que apareceram neste trabalho:

1. Fatores demográficos, como idade e escolaridades. Os trabalhos demonstram que jovens e idosos necessitam de cuidados mais intensivos para o tratamento, em virtude, respectivamente, da pouca aceitação e das dificuldades de operacionalização no dia-a-dia dos cuidados necessários. A escolaridade é um fator que influencia diretamente na adesão: quanto mais anos de estudo, mais chance de aderência ao tratamento. Esta questão foi levantada na intervenção de um médico no grupo focal que reproduzimos a seguir:

Eu vejo essa questão, principalmente com os idosos, as pessoas assim, da terceira idade, eles têm seus costumes, a questão cultural mesmo, e eles não aceitam que de repente eles têm que mudar todos os seus hábitos. Agora, eu vejo que tem condição, eu não digo 100%, porque a gente não vai conseguir, é utopia, mas pelo menos uns 50%, 60% você consegue trabalhar quando se tem serviços integrados. A questão da auto-estima, atividade ocupacional, todas as ações sociais, podem ajudar muito para eles entenderem um pouco os seus conselhos. Então, assim, estar pesquisando com eles, o que eles acham melhor, na qualidade de vida deles, o que é que eles estão entendendo por qualidade de vida. Porque assim, eles são o sujeito de direito, então, eles têm que ser mais investigados, colocado a situação de risco da vida deles, se eles não fizerem uma dieta, se não tiverem essas atividades esportivas, ocupacionais. Na nossa unidade, por exemplo, a gente tá assim, fazendo um trabalho, atividades ocupacionais, grupos onde eles vão, eles conversam, eles se sentem ouvidos, né? Tem muitas pessoas idosas que ficam isoladas, as próprias famílias isolam eles. E eles então se sentem doentes. Então eles começam a beber...a questão é que saúde é toda uma questão social mesmo, né? E a pessoa começa a se sentir rejeitada, por exemplo, eu sou aposentada, eu não tenho mais atividade para desenvolver, então ele se sente um pouco isolado, principalmente da família e também da sociedade. Eu acho que tem que resgatar um pouco isso.

2. Entendimento e percepção dos pacientes quanto à doença. Esse é um desafio, já que as vivências individuais e coletivas produzem representações da doença que precisam ser consideradas na elaboração dos planos terapêuticos. Um dos gerentes colocou a questão de trabalhar a aceitação, citando a compreensão da representação, algo como ‘mística’:

Nós tivemos uma experiência com o Dr. Wilson, ele faz toda quarta-feira à tarde todos os grupos e de modo especial de hipertensão. Ele tá fazendo esse trabalho toda quarta-feira, reúne com o pessoal porque o PSF dá essa possibilidade. Então, ele mostra a questão da alimentação, mostra a questão do exercício, mostra também a questão de você participar do grupo comunitário da terapia que tem toda segunda-feira. Então, isso existe, eu acho que melhorou bastante, mas mesmo assim tem aqueles que são rebeldes. Eu acho até que a Eliete colocou muito bem a questão de nos aceitar. Porque existe o remédio, existe a assistência, existe a marcação de consulta pra quem é hipertenso, diabético, não tem fila, é marcado com prioridade pra eles. Então, alguns só são resistentes pela falta de aceitação mesmo. Eu vejo o trabalho, não é só trabalhar a questão da hipertensão e do diabetes, mas trabalhar toda a questão psíquica dele, a aceitação, um trabalho muito mais (...), até a mística dele, independente de religião. Isso a gente vê que traz um certo equilíbrio na vida dele. E tá sendo muito interessante esse trabalho lá na UBS. Isso, eu acho que uma UBS aberta (tradicional) é muito mais difícil e no PSF é mais tranquilo.

Outra gerente colocou sua experiência acerca da percepção dos pacientes e equipe sobre a doença:

Lá na minha unidade, desde o ano passado, a gente vem fazendo bem acima das metas que é exatamente trabalhar essa questão da rede de assistência de tratamento de hipertensos e diabéticos. Então, cada micro-área, a gente, os próprios agentes, enfermeiros identificaram os mais resistentes naquela micro-área. Então cada área tem cem famílias e o trabalho de vigilância. A gente tem um pontinho no prontuário e todo mundo sabe, aquele é hipertenso. Quando ele vier para a unidade todo mundo pega de um jeito ou de outro, enfermeira, médico,

auxiliar, né? Mas o resultado tem sido muito pequeno. Uma dificuldade que foi colocada é que o pessoal misturava remédio. Tomam muito remédio e não se medicava direito, e tal. Fizemos saquinhos com cores diferentes, com lua, com sol, com pratinho e garfo pra quem não sabe ler, principalmente os idosos. Aí tem um questionário que mensalmente os agentes pegam esses vinte da sua micro-área pra ver o que é que tem aparecido. E mais significativamente, em todas as micro, aparece mais o conceito de saúde que essas pessoas tem. E o conceito de saúde pra eles é o seguinte: é não estar doente. Estar doente significa sentir dor ou se sentir mal. Quando ele não sente dor e não se sente mal ele não tá doente. Então, não tem essa perspectiva de saúde integral, de prevenir coisas pro futuro. Não. Porque quando a doença aparece você vai no médico, ele dá o remédio, você toma o remédio e fica bom. Então, isso tá assim, saltando de uma forma, assim muito clara, e que a gente fica quebrando a cabeça pra ver como é que a gente vai abordar esse tipo de questão, né? Mas, o que a gente percebe é isso, é o conceito mesmo de saúde e doença que tem que mudar.

Um dos médicos, também psicanalista, fez uma longa abordagem de seu ponto de vista:

Eu estou a um mês, há exatamente um mês, na base. E eu estou trabalhando lá (...) Para quem conhece aqui na região de São Miguel o trabalho que existia a vinte anos atrás, vinte e cinco anos e que começou em 80 e foi até o final da década de 80, chamado SOF, Serviço de Orientação da Família, eu digo que o Qualis foi copiado do SOF que a estrutura de trabalho é muito parecida. É a conclusão que eu chego voltando depois de 20 anos quase, a trabalhar com a rede pública, porque até então eu estava no particular. Eu sou ginecologista, faço clínica geral, sou psicanalista, trabalhando com psicanálise há nove anos. Então, misturando tudo isso minha experiência com o SOF e vendo tua pesquisa é que eu vejo que falta, primeiro a noção do que é a doença, a importância da doença, que ela não é uma doença que vai ser tratada só com remédio, vai ficar bom e pronto. A gente precisa de uma continuidade, o que é uma continuidade? Aí a gente tem detalhes de continuidade, o ser humano é muito mais da cultura atual, não existe uma idéia de prevenção, a gente tem de ser autodidata, ter uma autopercepção, isso é pra todo ser

humano. Quem a gente é, o meio que a gente vive, o que a gente come, o que é comida, pra que a gente come, porque a gente come, a importância de selecionar os alimentos, esse auto-conhecimento que eu tenho a impressão que o serviço propõe, eu acredito que deve ser incrementado, aí as questões das atividades físicas, da importância da funcionalidade, da fisiologia, para que se tenha o equilíbrio tanto psicossomático, psicoenergético, somático, eu trabalho com bioenergia, então eu faço essa mistura, né? Eu sou leitor de expressão corporal, então eu vejo, o paciente já me liga e eu reconheço aonde estão os problemas emocionais, isso também pode ser desenvolvido ao nível de grupo, a regra é bem simples. A agenda para atendimento de consulta ainda tem uma massificação da cultura, mesmo para divisão dos postos, mas eu creio que é por aí a minha consciência, primeiro o que nós somos? Entender um pouco de fisiologia, a gente pode usar uma linguagem simples que aborda o que eles entendem, segundo, porque a doença se estabeleceu? Porque tem num monte de condições para que ela se estabeleça, terceiro, que ela não é só interna, que ela pode ser modificada pelo menos. A pesquisa nos remete a isso, à consciência do que cada um pensa da vida.

3. Modo de realizar os cuidados de saúde e conduzir os tratamentos. Apesar de não existirem estudos mais sistemáticos, sabemos que falta de conhecimento por parte dos profissionais, tempo de dedicação insuficiente, falta de incentivo e retorno do desempenho, diminuem a efetividade dos tratamentos. O depoimento de um médico do grupo focal é ilustrativo:

Deveria priorizar a questão da mudança de estilo de vida, mas não se dá a devida importância, não se cobra isso, não se vê resultados. Mudar hábitos de vida é muito difícil. Precisa ter mais grupos de hipertensos, mesmo pra trazer a realidade do indivíduo. Muitas vezes tem um certo padrão sócio-econômico que a gente não dá importância e na verdade é a base pra gente trabalhar a questão da hipertensão. Um indivíduo que vem do nordeste tem como base alimentar comidas pouco saudáveis. A gente precisa ter mais tempo com esses pacientes, estudar...analisar.... Mas, é dada importância pra quantas consultas você atendeu hoje. Atendeu 20? Qual a sua produtividade esse mês? E vai deixando de lado outras coisas importantes. Outra coisa é a falta de colegas no posto, acho que por causa dos baixos salários que recebemos.

4. **Relacionamento entre pacientes e profissionais que cuidam da saúde.** Empatia, não julgamento, assistência incondicional, disponibilidade, boa comunicação e interação são essenciais. A questão da culpabilidade apareceu na fala de uma gerente de serviço de saúde:

Eu quero colocar, assim: Eu já tive oportunidade de trabalhar com equipe multiprofissional, quer dizer, hipertenso que ta tudo errado, alimentação, então você vai ser assistido pela nutricionista e mesmo assim, todos que eram assistidos pela nutricionista, fazem dieta e todos engordam, todos mantiveram os mesmos hábitos. Então, assim, eles não aceitam e não tomam os medicamentos periodicamente. Eles só vão tomar quando eles se sentem mal. Esse é o primeiro passo da hipertensão. Então assim, no início, a não ser que teve alguma coisa que assustou muito, que já veio de uma forma ruim, aí eles fazem a adesão ou quando a pessoa ta muito idosa. Do contrário, enquanto é um pouco mais novo, eles não aderem, eles acham assim: ah, eu tomei, eu controlei, agora não vou tomar mais e abandona mesmo. Então assim, eu acho que é aceitação do paciente. Só. Porque remédio tem disponível na rede, tratamento tem, grupos tem, tudo bem. Ele não faz, porque ele não aceita mesmo!

A fala de dois médicos do grupo focal aborda a relação com o usuário:

Eu vejo uma questão prática que é a consciência do indivíduo que ele tem da relação médico-paciente, que a gente sabe que é a questão do respeito que um tem pelo outro, talvez mudar um pouquinho a visão que temos de que somos superiores, mas sim que somos pessoas que temos um conhecimento diferente do deles e que pode contribuir com o indivíduo. E essa visão de interesse, de carinho verdadeiro que ele comentou é que faz com que o vínculo seja duradouro. Há dificuldade em estabelecer uma consciência maior com as pessoas sobre seus problemas. Há uma forma muito simples de se aprofundar com um grande número de pessoas que são os próprios grupos, pela própria experiência. Não um grupo em que se dá uma palestra ou mesmo um simpósio, mas um grupo em que possa estabelecer a troca de experiências, onde cada pessoa fala e nós ou alguém ou em conjunto. Eu trabalhei muito com psicodrama e a gente precisa de outra pessoa

pra ajudar no psicodrama, que já tem como premissa criar uma situação especial. Então, ter dois profissionais é a garantia de interpretação do que acontece no grupo. Tirando isso, um indivíduo só pode fazer essa troca de experiências com o grupo. Um grupo bom é um grupo com 20 pessoas, até 30 pessoas pode ser trabalhado. Um grupo com menos de 10 pessoas não é um grupo muito útil. Então, a partir daí, reunir 20 pessoas uma vez por semana na unidade e que cada um possa falar da sua melhora, dos seus problemas, que tenha pelo menos dois ou três minutos pra falar, que é um bom tempo, e depois alguém pra fazer a finalização, é um grupo muito bom, um grupo prático. Até pra eles compreenderem melhor o nosso papel e as nossas dificuldades também.

Outro médico argumenta:

Eu não estou atendendo mais, eu tenho alguns anos de experiência no tratamento de hipertensão. Eu acho que essa pesquisa, ela reflete quase tudo aquilo que a gente tem estudado aí. Então, me preocuparam duas coisas que aparecem na pesquisa: os pacientes que não fazem exames solicitados, isso é uma coisa que preocupa muito. Isso é uma coisa associada à não-adesão ao medicamento e mudanças no estilo de vida, uma coisa que preocupa muito. Outra coisa, é que uma hora é o Estado que não tem condição, outra é porque o paciente não achou necessário. Muitas vezes a hipertensão está ligada a questão social, né? E outra coisa que apareceu numa pesquisa do Ministério e que não apareceu nas respostas dessa pesquisa, é que normalmente, e é um trabalho feito no Rio Grande do Sul por encomenda do Ministério, 30% dos abandonos era por mau relacionamento médico-paciente e isso não foi citado nenhuma vez nessa pesquisa que você mostrou, que o pessoal foi em casa, que as pessoas estavam em casa respondendo (ISA). Na pesquisa do Ministério os pacientes se referem ao mau relacionamento médico-paciente. Isso é um mundo de gente, é um mar de gente. Se você olhar que do total de hipertensos, 30% abandonaram por isso, isso é um absurdo. Então, quando a gente vê a unidade do PSF, que garante seis consultas por ano, que até é um número, além do que é necessário, é de se esperar que a adesão seja muito maior e da UBS seja menor. Por que? É o que ele falou: a gente conhece o paciente. Acho que se tivesse uma coluna UBS tradicional e PSF, acho que o

PSF teria uma adesão muito maior que da UBS. Como é que o Estado pode intervir nisso? É fazer o que estamos fazendo agora. Metade das nossas unidades, já estão fazendo o grupo de medicamento. A pessoa vai lá, ouve, participa do grupo e já sai com o seu medicamento pra 30, 60 dias, dependendo da disponibilidade da UBS. Isso causa a adesão. Não fica na fila da farmácia, tem a consulta garantida. A pesquisa reflete bem isso, só não apareceu esse dado da relação médico-paciente e isso apareceu na pesquisa do Ministério e é um numero gritante. Essa é a diferença que eu vejo entre o mundo real e esse dado aí.

5. Influências do Sistema de Saúde. Organização da atenção básica de forma a permitir fácil acesso e acesso a drogas anti-hipertensivas, principalmente entre os pacientes de baixo nível socioeconômico, que é uma das responsabilidades dos sistemas de saúde. Um dos médicos testemunha:

Eu trabalho na UBS. Queria falar algumas coisas sobre a adesão ao tratamento. Em primeiro lugar sobre a falha referente à marcação de consulta. No pronto-socorro, o plantonista manda para o posto de saúde e o paciente chega lá e não tem vaga para clínico, marca para 60, 90 dias. E aí o paciente, às vezes, desiste. Outro item é a falta de medicamentos que são padronizados. Tomam 4, 5 tipos diferentes de remédio, mas chegam na farmácia só tem 2 e faltam os outros. O terceiro ponto é o próprio paciente que não segue o que a gente manda. No meu posto tem grupos de palestra sobre hipertensão, alimentação e isso ajuda muito. O quarto ponto é a relação médico-paciente. Se você não ganha a confiança do paciente, ele não vai seguir suas indicações. Tem que conversar um pouco, desviar o assunto para ir ganhando a confiança.

Na mesma linha, outro médico afirma:

Acho que é o principal mesmo, é que se não tiver remédio no posto ele (o paciente) não tem como tratar mesmo, o pessoal que a gente atende aí é muito, muito carente. Falar: ah, tem que pegar em tal lugar, não tem dinheiro pro passe para ir buscar o remédio. Eu acho que é: os medicamentos no posto e facilitar a quantidade de consultas do paciente, pois ele até tem vontade de ter mais retornos, mas muita das vezes ele vai, não tem vaga, demora muito, ele acaba se desestimulando.

O PSF é considerado por muitos como uma forma melhor de organizar a assistência na atenção básica. Mas ainda tem seus problemas, como outros níveis do serviço, como ressalta a fala de um médico do grupo focal:

Eu sou do PSF de São Miguel e estou lá há cinco anos. Eu concordo com o que ele falou: que criar o vínculo é fundamental, todo mundo sabe. Quando a pessoa se descobre hipertenso, ele vai ter que mudar na vida dele muitas coisas, às vezes coisas pequenas que a gente vai falar parece que vai passar batido, mas que vai fazer diferença pra ele. A gente trabalha com uma população, pelo menos eu trabalho com uma população que, culturalmente, não tem o hábito de ter alimentação saudável, de comer verdura, que culturalmente tem o hábito de comer muita comida com sal, pimenta. Então, pra você mudar isso no paciente é muito complicado. No PSF melhora isso sim, melhora esse vínculo. Eu concordo com o colega ali que falou que a nossa condição é um pouco melhor, mas não é tão melhor, porque a gente não consegue fazer tantos grupos quanto gostaria de fazer, que a gente não consegue fazer todas as visitas que a gente gostaria de fazer. Eu acho, principalmente agora que os prontos-socorros estão passando por uma crise, então o nosso fluxo na unidade aumentou, de consultas não marcadas, de acolhimento que a gente chama de consultas eventuais. Então isso começa a prejudicar o nosso atendimento e a gente é obrigado a diminuir o tempo de consulta de alguma forma. A gente não consegue fazer visita porque não consegue sair da unidade. Poderia ser bem melhor e aí, eu não sei se eu entendo direito quando ouço as pessoas falarem que poderia ser uma estratégia do serviço de emergência fazer essa orientação. Eu também sou do PS, então, nessa hora, agora, é impossível você fazer qualquer tipo de orientação mais detalhada, porque não tem pessoal, não tem como fazer. A “empurroterapia” que o colega falou, às vezes não é “empurroterapia”. É na verdade “desesperoterapia”, porque você está na porta do P.S. e se vê sozinho, às vezes dá vontade de chorar, de sair correndo. Então, é difícil. Você quer fazer um trabalho melhor e não consegue. Então, eu acho que tá na hora de pensar numa reestruturação do nosso serviço de saúde. Então, eu acho que a coisa tem que mudar. E o PSF eu acho que veio pra melhorar isso. Acho que é a única estratégia hoje em dia que você consegue um tempo

maior com o paciente, um vínculo maior. Você pode entrar na casa do paciente, você pode ir na hora do almoço e dar um flagra nele. Então, eu acho que essa é a melhor estratégia mesmo.

6. Regime complexo de drogas anti-hipertensivas. Já está comprovado que esquemas terapêuticos complexos não promovem a adesão ao tratamento. Os pacientes alegam a inviabilidade desses esquemas no cotidiano e solicitam poucas doses diárias e monoterapia, e também preferem que se evitem mudanças turbulentas nos tratamentos. Um dos médicos reporta o caso de pacientes idosos que chegam a tomar 8 a 9 drogas por dia:

A falta de medicamento, a quebra da continuidade da entrega do medicamento é um fator preponderante. Eu acho importantíssimo fazermos os grupos de hipertensos pra você passar, porque a gente tá lidando com uma doença que a parte medicamentosa é importante. Agora, é uma coisa difícil. Mais ou menos 90% dos meus pacientes são idosos e eles tem hipertensão, diabetes, artrose... às vezes fazem uso de 8, 9 itens de medicamentos e você só tem 3, 4. Não cria vínculo e é difícil usar tudo isso...

7. Baixo nível socioeconômico, analfabetismo e desemprego. Os trabalhos mostram que os pacientes nestas condições apresentam maior risco de complicações, pelas dificuldades de acesso aos cuidados e de entendimento da doença, assim como de operacionalização de suas formas de tratamento. Um dos médicos do grupo focal relata:

Eu sou da UBS Progresso, e, por exemplo, pegando o que ele falou, a maioria dos meus pacientes não são nem muitos idosos e nem jovens. É na média, a maioria deles são aposentados e eu tenho um pessoal que a gente trabalhou em grupo e teve uma adesão boa dos pacientes. E realmente eles não têm, não tem noção do perigo da hipertensão, não tem noção que a doença possa existir. Então, eles não tem ainda essa noção. E a gente sempre tem que estar frisando, é o problema da pobreza, da falta de cultura, da falta de opções.

8. Aceitação da doença e compreensão do risco. Vários estudos mostram que há dificuldade dos pacientes com hipertensão arterial de aceitarem que são doentes, principalmente os assintomáticos, e de relacionarem a patologia com lesões em longo prazo. Essa questão é bem demonstrada na fala de uma gerente de PSF e também paciente de HA:

Na unidade do PSF, a gente faz essa conexão. É até indicação do próprio médico. Então, essa questão do tai chi, da caminhada, do alongamento e do exercício físico ta acoplado a isso, né? Agora na verdade tem que ter ação. É aquela história: eu sou hipertenso ou estou, né? É a tentação. Isso é muito triste. Eu falo por mim, que sou uma recente hipertensa. Então, primeiro tem a resistência. Só quando para pra pensar, que você, né? Depois tem uma mudança de hábito. Realmente, eu não sou alcoólatra, mas gosto de tomar uma cerveja. E quando você sai comigo, não é um copo, dois. Ou então quebra, vou no suco. Você toma como qualquer ser humano que gosta de uma cerveja, né? Então muda muito, Você tem mudança de hábito alimentar, eu adoro o sal. Isso tudo é muito cruel. E assim, vem o envelhecer, vem a mudança. Eu não consigo lidar com os meus limites, mudança de comportamento, de alimentação, de tudo. Como você se sente com a medicação. Você vê três bolinhas e você dependendo como se fosse uma pílula da vida. Eu vejo assim, né? Mas é muito ruim. Eu não vou no médico pra esquecer que tenho doença. É a negação. Eu entendo que muita coisa, é o ser humano mesmo negando todo o processo da vida. A gente vai envelhecer e alguma doença vai ter. O legal é a gente evitar apologias que é um embuste, que a saúde publica é mais barato e depois, se piora, fica mais caro, aquela coisa toda. E ter uma pessoa na sua casa que fica dependente é deprimente. Mas é o processo de envelhecer. Ta certo que muita gente nova tem, mas é a aceitação também do envelhecer.

9. Avaliação do custo e benefício do tratamento. Considerar esta questão tem sido vital na relação com os pacientes de terapias de longa duração, pois medidas agressivas e que acarretam menor qualidade de vida devem ser avaliadas com cuidado, juntamente com o paciente. Essa recomendação de cautela aparece no depoimento de um gerente de UBS, que considera as

grandes dificuldades dos pacientes hipertensos em relação à sociedade moderna e ao indivíduo:

Acho que a gente tem que analisar um pouco o contexto do indivíduo, né? É tudo, assim, quando chega na doença crônica não é como três dias de medicamentos que a gente vai conseguir melhorar. A gente vive numa sociedade muito imediatista. Você precisa de uma informação você liga a televisão, você vai na internet. Antigamente pra confeccionar uma roupa a gente ia comprava o pano, costurava, fazia um crochê. Hoje em dia não. A gente vai na loja comprar aquela roupa. É tudo muito rápido. A sociedade tudo pode, as coisas são rápidas, tem que ser produtivo, tem que ser...então, não pode parar pra acudir o próprio corpo, também não pode parar se seu pai ficar doente e também não pode mostrar que está doente também, às vezes também, pra força de trabalho. Então a gente tem que ser tudo isso e tem que colocar isso nesse contexto, onde ele (o paciente) está e como a gente consegue trabalhar isso. É difícil mesmo. Uma pessoa que tem um hábito a vida toda e depois de 40 anos falar pra ele: você tem que mudar, tem que fazer atividade física, é muito difícil.

10. Participação ativa dos pacientes no monitoramento da doença, com possibilidade do indivíduo tomar decisões sobre o manejo da doença. Experiências clínicas mostram maior sucesso e adesão se os pacientes participam da elaboração do plano terapêutico. Existem várias experiências que já resgatam estas questões, como a que foi descrita por um dos médicos:

Eu sou chegado recentemente aqui na região e estou trabalhando um pouquinho com o PSF. Eu acho muito importante e eu concordo com o senhor ali. O processo educativo deve ser em comunhão, tanto com o funcionário que trabalha no PSF e com a população que é o alvo do nosso trabalho. Dentro desse processo educativo, o jeito de levar as coisas para essa população é muito importante. Porque, pelo geral, nós estávamos a transmitir nossos conhecimentos de forma, de um jeito que já se falou aqui, através de palestrinha, da projeção de certas questões e esperávamos que a população absorvesse tudo isso. Mas, na verdade, a gente encontrava muita dificuldade quanto a isso.

A falta de escutar essa população, porque não existe uma forma de participação mais ampla em decorrência desse jeito de levar as coisas para a população. Permitindo a participação do jeito que está falando aquele senhor ali, permitindo, digamos, que cada um dos presentes no grupo, troquem experiências, é muito mais importante do que quando ele vai nas consultas, sem desmerecer o ato da consulta médica. Por que? Porque ao permitir essa participação em grupo a comunidade vai conscientizando-se mais e melhor. E desse jeito eles vão conseguir relacionar-se melhor conosco e com eles mesmos de forma que permita, digamos, uma colaboração, uma ajuda entre eles mesmos. Porque não é somente entre o médico, as enfermeiras, o pessoal paramédico, os agentes comunitários, certos profissionais e a população. Precisa existir colaboração entre os cidadãos de uma determinada região para que eles também sejam elementos que ajudem em nosso trabalho. Então, eu acho que a educação, o processo educativo é aí que está o fundamental e a base para que a gente pudesse melhorar nosso trabalho e a população se servisse disso e se beneficiasse do nosso trabalho.

Outro profissional médico também fala de sua experiência:

Faço parte da UBS São Manuel, e pelo que eu percebo nesse levantamento estatístico, ele é um pouquinho da minha história de vida no PSF. Eu estou indo pra três anos de PSF, até então não tinha contato nenhum, sabia mais ou menos as diretrizes de um PSF. Vim de curioso, convidado. E o que eu vi e que eu achei interessante e que é importante, são os resultados bastante promissores, quando se fala de UBS, em relação à adesão e tratamento, é a oportunidade de mostrar resultado do tratamento aos pacientes, eu acho isso fundamental. Talvez no PS você não tenha essa oportunidade, porque quando passar de novo já é outro médico, e quando precisar de novo é outro médico. Lá não. Na nossa unidade, por exemplo, a gente tem grupos de hipertensos e diabéticos com certa regularidade. E a agenda, ela já é montada pro ano inteiro, então é garantia de que o paciente passe no mínimo seis consultas pro ano todo e assim tem mais chances de passar outras vezes, e a gente tem a oportunidade de inventar coisas, por exemplo, a gente fecha um grupo de caminhada. Então tem gente incentivando a caminhada e, então, depois de dois

meses a gente mostra o resultado da caminhada e eles observam que não foi uma coisa teórica, que a gente quis propor e não tem resultado, e eles realmente vêem resultado, a gente mostra. E a gente trabalha coisa simples, por exemplo, se eu puder mostrar pra ele o quanto de sal que ele pode comer, representando uma colher, isso causa um impacto muito grande, eles vêem que com o que eles temperavam o feijão, por exemplo, é o sal que ele pode comer o dia inteiro, entendeu? É que esses trabalhos de grupo é criar, é recriar mesmo a relação médico-paciente, e eu acho que isso é um incentivo pra mim e o paciente.

Estes dez pontos levantados pela WHO (2003) recuperam vários aspectos ligados ao tratamento da HA, considerando o paciente, os profissionais de saúde e o meio social construído, que interfere na vida e nas relações entre os diversos atores do problema da adesão ao tratamento. Mas não é uma receita pronta para o sucesso, já que os discursos avançados não tem sido acompanhados de práticas transformadoras.

As falas dos grupos focais demonstram que os profissionais de saúde da região estudada possuem uma percepção ampliada da questão no discurso, mas a macropolítica e micropolítica do trabalho impedem avanço, pois não sofreram a transformação necessária para mudar a lógica de organização dos serviços e incorporar a centralidade que o usuário deve ter neste processo, desde as condições em que as pessoas vivem, trabalham e se relacionam, até as concepções do que seja saúde, doença e até mesmo educar x informar.

Uma das questões que merece destaque e apareceu no grupo focal de gerentes foi a polêmica sobre o PSF e as UBS tradicionais em relação à adesão ao tratamento, que aparece nas falas a seguir:

Eu acho que o PSF vê a questão familiar, né? O contexto todo, né? Então, realmente a equipe invade, né? O médico, a enfermeira, o auxiliar conhece toda a história daquela família, como vive. Então, essa proximidade faz ter uma cumplicidade a nível de tratamento. Esse contato, até pela questão da organização, da área de abrangência, o PSF tem mais condições, lógico, de estar desenvolvendo isso. E não ter médico especializado, então ele trata o ser como um todo, é aquela questão de ver o inteiro, né? E a proximidade é um fator contribuinte.

Esta idéia não foi compartilhada por outra gerente de UBS tradicional que já havia gerenciado PSF:

Tem alguns pontos a se considerar aí. O PSF tem o generalista tratando tudo, também de uma forma superficial. Na unidade tradicional você tem o profissional que é o especialista tratando da questão. E ele estabelece um vínculo, e esse vínculo pode ser duradouro também. Não quer dizer que ele depende só do médico de família. Então, sim, depende muito do profissional. Depende também do ponto de compreensão do paciente, né? O paciente que tem o poder de compreensão daquelas orientações que ele está recebendo, ele saber traduzir em mudanças? Esse paciente vai ser bem sucedido? Tem uns que não entendem a fala do médico. Ele não entende o que o médico está querendo dizer com aquilo e se sente constrangido de estar perguntando. Então, por isso a abertura dos grupos para eles estarem se abrindo um pouquinho mais. Mas eu tinha essa visão que o PSF tinha mais. Hoje eu percebo que a unidade básica estabelece vínculos até maiores. Porque às vezes a gente vê profissionais que não são da área, tipo, um generalista que tá fazendo papel de ginecologista e não estabelece vínculo nenhum. Então, vai da competência do profissional. Eu acho que está muito ligado ao profissional não se é UBS ou PSF.

A fala acima foi endossada por mais uma gerente:

Eu concordo com a Ana, nesse contexto, por que eu trabalho em unidade mista, né? Que é tradicional, então vai muito do médico, viu Ana. Porque tem médico da tradicional que é excelente, tem um vínculo, estabelece um vínculo mesmo com o usuário, né? E tem também no PSF profissional que tem dificuldade, apesar do PSF ser um programa que tenha que estabelecer o vínculo mesmo. Eu acho que o contexto de um tempo pra cá vem mudando, essa coisa de o médico atender o paciente e falar, olha, é assim, assim, e fala: é problema dele, eu já orientei. Hoje não, o médico insiste, ele persiste, ele fala, ele dá bronca, ele encaminha pro grupo, ele faz, ele tenta, acho que acaba sendo mesmo um aprendizado com o paciente, desenvolvendo com ele, estabelecendo aquela coisa de cobrar mesmo, de pedir, de orientar, então, tanto o tradicional como o PSF, hoje a gente vê que acontece isso, não é mais uma coisa largada, vai se

quiser, se não quiser, eu já fiz a minha parte, hoje não, hoje a gente batalha, não só o médico como os outros profissionais. Insiste, persiste e trata como se fosse da família, como a Eliete falou. Que hoje você sabe que as pessoas têm a resistência, você se comove com aquilo, se tenta ajudar mesmo, qualquer profissional faz isso.

Mais uma fala de gerente acerca desta questão:

Só reforçando um pouco o que as meninas colocam, eu vejo assim, que existe profissionais e profissionais de saúde, não é verdade? Então, tem aqueles profissionais que realmente vestem a camisa, tem aqueles outros que, infelizmente, falam: eu preciso trabalhar, preciso ganhar dinheiro. Então, eu vejo muito assim, a questão realmente do compromisso daquele profissional com o paciente.

No grupo focal de médicos pareceu mais consensual que o PSF é um modelo de atenção básica mais eficaz, pois incrementa o processo de trabalho com atividades novas e cria vínculos diferenciados com os usuários, mas também não é isento de problemas, por exemplo, na equipe, onde parece que o trabalho continua centrado no médico nesta região e a prática clínica, apesar das inovações, ainda restrita.

Alguns detalhes apareceram nas entrelinhas, como a prática clínica chamada de “superficial” e a falta de integração da equipe, relatado por gerentes, a sobrecarga de consultas médicas restringindo o tempo para outras atividades, como grupo e visita, relatado por um médico.

Estas questões são objeto de vários estudos e merecem uma reflexão cuidadosa, pois os gerentes de UBS/PSF parecem não compreender que, além do vínculo e do compromisso, há o modo necessariamente diferente de operar a clínica, o espaço da clínica para repensar a integralidade da assistência, por exemplo.

Para finalizar, acho interessante relembrar a fala de uma gerente de serviço de saúde acerca do trabalho com hipertensos:

Então é assim, eu acho que tudo isso é importante, mas falar um pouco isso que a Rosa falou: a própria pesquisa mostra que, bem ou mal, 50% você tem como intervir e tem resposta. Então, diminui 50%

de fumar, diminui, né? E se é um negócio feito na UBS e se eles tem um acompanhamento assim, que realmente faz até com que ele mude completamente, que tem como a gente intervir melhor e melhorar a qualidade e prevenir as complicações. Eu acho que o nosso trabalho ele pode ser melhorado. E eu acho que ele dá resultado. Porque se tem um ou outro que tem dificuldade de aceitar o diagnóstico, de mudar comportamento, tudo bem. Mas a gente tem que pensar que 50% a gente pode mudar a história dele, eu acho que é significativo.

## 5.2 - Análise na Ótica da Integralidade

No PS do Hospital Tide Setúbal, metade dos pacientes potencialmente hipertensos não sabiam do problema. Entre os que sabiam, uma parte não tratava. Mudanças na forma de viver por causa da doença foram discretas.

É importante olhar a demanda de adultos neste serviço de urgência/emergência, pois dos 804 potenciais hipertensos, temos 259 mulheres (32,2%) que sabiam da HA, 155 (19,2%) homens que sabiam da HA, 194 (24,2%) mulheres que não sabiam da HA e 196 (24,4%) homens que não sabiam da HA, ou seja, um terço dos usuários do PS são mulheres e sabem do diagnóstico de HA.

Continuando, 379 (47,1%) pessoas se declararam, indiretamente, fora do mercado de trabalho (donas de casa, aposentados, desempregados e estudantes), e 425 (52,9%) trabalhadores das mais diversas ocupações, em atividade.

Neste PS temos um pouco mais de mulheres e pessoas inseridas no mercado de trabalho, enquanto usuários.

Utilizando o modelo CHAID de segmentação, considerando a variável “frequente UBS ou PSF” (pergunta nove do questionário), como a melhor variável independente, observamos que 48,8% da amostra são frequentadores de UBS/PSF, e que o perfil destes usuários pode ser resumido em:

- 1 o maior percentual de frequentadores de UBS/PSF são aposentados ou donas de casa, predominando mulheres, que sabiam do problema; e
- 2 o menor percentual de frequentadores de UBS/PSF são trabalhadores, desempregados ou estudantes, do sexo masculino, e que não sabiam do problema de pressão arterial.

Estas informações são importantes para a organização dos serviços, porque seria necessário compreender que estes diferentes perfis, exigem estratégias também diferentes do Sistema de Saúde, tanto na abordagem inicial, como no plano terapêutico proposto.

Quando analisamos as idéias apresentadas acerca da integralidade, com os resultados obtidos no PS do Hospital Tide Setúbal, embora eles não sejam muito diferentes dos encontrados em outros trabalhos, inclusive nos internacionais, somos forçados a uma reflexão: nosso trabalho de estruturação do SUS precisa repensar suas estratégias no macro e no micro do trabalho.

O trabalho mostra que as ações de saúde são desarticuladas, juntando as falas dos profissionais de saúde nos grupos focais com os resultados dos questionários, observamos distância entre discurso e prática, tanto nas relações entre os membros das equipes de saúde, como nas relações com os pacientes.

Esta problemática se traduz em pouca escuta da equipe em relação às reais necessidades dos usuários e na fragilidade dos planos terapêuticos, que são unilaterais, não consideram os aspectos levantados pela WHO para a questão da adesão e resultam em indicadores de saúde insatisfatórios.

Tudo isso demonstra a falta de integralidade no conceito definido por este trabalho.

Na questão do trabalho cotidiano, o PS do Hospital Tide Setúbal demonstrou que o vínculo com uma UBS/PSF faz diferença em termos de adesão, mas uma grande parte dos usuários da urgência/emergência não chegam a este serviço ambulatorial, o que mostra a falta de articulação entre as unidades assistenciais, que trabalham isoladas em si mesmas.

Outro aspecto é o que acontece na UBS/PSF, como é realizado o trabalho no cotidiano, como e se é estabelecido vínculo com aquele usuário hipertenso, várias falas dos grupos focais mostram uma falta de integração do trabalho interno na unidade de saúde, repercutindo no usuário. O trabalho ainda não é coletivo, reflexivo e totalizador e a prática clínica parece não ter se modificado.

Para analisar na ótica da integralidade vamos retomar conceitos colocados anteriormente.

Pensando nas definições de MATTOS (2001), que invocam o texto Constitucional de 1988 para definir parte da integralidade, vamos observar que o atendimento integral, com ênfase para atividades preventivas, colocado na macropolítica do trabalho, exige uma articulação nacional de todos os setores envolvidos com a vida e reprodução da vida social para que o trabalho preventivo realmente exista e se propicie a integralidade.

Usando o exemplo da Finlândia, o combate às doenças cardiovasculares transformou-se em uma política de Estado, onde houve interferência na produção de alimentos, no trabalho, na mídia, na cultura e no Sistema de Saúde, aglutinando em torno do projeto várias forças governamentais e não governamentais.

Em janeiro de 2005, Pekka Puska, Diretor Geral do Instituto Nacional de Saúde Pública da Finlândia, realizou conferência sobre cuidados de saúde em Brussels, fazendo uma retrospectiva do Projeto Karelia do Norte, relatando que, após a segunda guerra mundial, houve um rápido incremento das doenças cardiovasculares, dos anos 50 ao 60, cuja resposta veio nos anos 60, com início de várias ações de enfrentamento do problema no país (PUSKA, 2005) (anexo 4).

Segundo Puska (2005), o Projeto da Karelia do Norte foi baseado na atenção primária, em estudos prévios, nas recomendações coletivas internacionais e na situação epidemiológica da região. Os principais fatores de risco encontrados foram o tabagismo, colesterol sérico elevado e níveis pressóricos elevados (PUSKA, 2005).

A província da Karelia do Norte foi um projeto piloto para as ações nacionais, de 1972 a 1977, mas continuou até 1995, como demonstração nacional, com um bom seguimento científico e uma abrangente avaliação das ações nacionais (PUSKA, 2005).

Colaboraram para o sucesso as pesquisas locais e internacionais, os serviços de saúde, em especial a atenção primária, programas de promoção da saúde (coalisões de vários setores, mídia, organizações não governamentais etc), escolas,

instituições educacionais, indústrias, empresas, as estruturas políticas, colaboração intersetorial, legislação e um sistema de monitoramento do comportamento da saúde, fatores de risco e nutrição, com colaboração internacional (PUSKA, 2005).

O consumo de todas as gorduras foi reduzido em torno de 10%, a média de colesterol sérico em homens de 30 a 59 anos caiu em todas as províncias de 6,8 mmol/l para 5,5 mmol/l, as razões de mortalidade por doença coronariana caíram 82% na Karelia do Norte e 75% na Finlândia como um todo, a prevalência de obesidade aumentou ao longo dos anos, mas menos que em outros países da Europa, principalmente para mulheres (PUSKA, 2005).

Concluindo, Puska (2005) afirma que a prevenção de doenças crônicas é possível e compensa, deve ser baseada no trabalho preventivo, com mudanças de alguns estilos de vida (individuais, familiares, comunitários, nacionais), mas através de ações em nível global, a influência da dieta nacional é fundamental, muitos resultados ocorrem rapidamente e outros mais tarde, ações abrangentes, com grande colaboração, liderança e dedicação do governo, além de suporte e estrutura política são imprescindíveis (PUSKA, 2005).

No Projeto das Três Cidades, na Califórnia, após cinco anos de existência do programa observou-se uma importante redução da mortalidade geral (15%) e da incidência de doença coronariana (16%), além de modificações positivas no perfil de risco populacional<sup>3</sup>.

Aliás, neste texto, CHOR (1999), enfatiza que houve um papel central da organização das respectivas comunidades e também dos serviços de saúde no êxito dos respectivos programas, pois mudanças individuais de atitudes, bem como o maior nível individual de informações a respeito das doenças cardiovasculares, que são preconizados pelos programas tradicionais de saúde, foram fatores necessários, mas não suficientes para que mudanças significativas se verificassem na população, inclusive, esta estratégia centrada na mudança individual de hábitos e comportamentos, aprofundou desigualdades sociais relacionadas à saúde, já que as mudanças dependem de vários fatores, culturais e econômicos, e não apenas da “vontade de mudar” (CHOR, 1999).

---

<sup>3</sup> FARQUHAR, 1977. In: CHOR, D. Doenças cardiovasculares: panorama da mortalidade no Brasil. In: MINAYO, M. C. S. **Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80**. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1999. p.57-86.

Um programa de saúde, como o de controle da HA, que pode impactar nos 65% de óbitos da população adulta, nas 40% de aposentadorias precoces, e nos 14% de internação na faixa de 30 a 69 anos (1.150.000/ano), tudo em decorrência das doenças cardiovasculares (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005a), não pode ser conduzido isoladamente pelas estruturas de saúde.

Outro aspecto significativo é a população-alvo, que deveria ser todo brasileiro acima de 18 anos, o que dá um número muito grande, para uma política de apenas um Ministério. Mesmo priorizando os indivíduos com 40 anos ou mais, considerando cerca de 75% SUS/dependente, teremos 31.410.603 de pessoas que deverão ser acompanhadas pela rede de serviços de saúde (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005a).

Neste aspecto, considerando a magnitude do problema, a atenção ainda não é feita de forma integral, pois não envolve mudanças estruturais nacionais, na produção de alimentos, trabalho, cultura, que seriam necessárias ao programa de HA, deixando esta responsabilidade para o paciente, que não possui condições de, isoladamente, efetuar as mudanças necessárias, podendo, inclusive, em decorrência das restrições, piorar sua condição de vida, como foi alertado anteriormente, aprofundando desigualdades sociais.

A outra parte da definição da integralidade nos remete ao microtrabalho em saúde, que envolve a organização dos serviços e as práticas dos profissionais de saúde, considerando toda a imprevisibilidade e subjetividade, e os alertas de Madel Luz e Camargo Jr. quanto à necessidade de não trabalhar com modelos ideais e valorizar as experiências em curso.

Neste aspecto, lembrando as falas dos grupos focais de médicos e gerentes, observamos um esforço para a mudança, centrado no comportamento dos profissionais e na de revisão metodologias para tarefas já realizadas, como os grupos. Existem as inovações como a inclusão das atividades físicas como parte do tratamento orgânico e psicológico (espaço de socialização), mas persiste o isolamento entre unidades com funções diferentes, como o PS e os ambulatórios, que aparece nas críticas.

Também a introdução do PSF, como modalidade de atenção básica, tem colaborado para repensar a prática no restante dos ambulatórios, sendo a comparação entre os modelos motivo de polêmicas entre os profissionais e causa de um certo distanciamento entre serviços com a mesma finalidade.

Mas, refletindo sobre as necessidades de saúde dos usuários, mediante CECÍLIO e PUCCINI (2004), quando falam da valorização do encontro singular de indivíduos no ato de cuidar e da concretização do direito à saúde, observamos que o usuário ainda não é o centro da discussão no Sistema de Saúde, o que impede a integralidade, pois não se muda a gestão, a formação de recursos humanos e a organização interna dos serviços em sua essência.

Na verdade, as falas dos grupos focais tendem a classificar os pacientes de ‘resistentes’. Logo, a culpa sempre está nele nas dificuldades durante o tratamento. Alguns já conseguem verbalizar o contexto social e cultural onde a vida acontece, enxergando além, como na fala do gerente que aponta a necessidade de rever o conceito de saúde, como Madel Luz aponta em vários momentos.

Pensando nestas questões, inferimos que não há integralidade ainda no cotidiano, mas um grande esforço de mudança para que ela ocorra, e isso é uma transição histórica que deve ser registrada, investigada e apoiada intensamente, pois o discurso está ganhando espaço e tende a impor-se no cotidiano.

Os profissionais médicos, nesta região, tanto os do PSF, como os das UBS tradicionais, já pensam mais na relação médico-paciente, embora ainda considerem o restante da equipe como seu apoio, como se percebe nas falas. A revisão da relação talvez não aconteça pelo reconhecimento do direito do usuário ou de sua condição de sujeito neste processo, mas pela busca da resolutividade, pelo sucesso do tratamento.

Para atingirmos a integralidade “factível” como PINHEIRO e LUZ (2003:) colocam em seu texto, é preciso repensar os modelos assistenciais, admitir várias portas de entrada no Sistema, preocupar-se com relações horizontais entre as instituições, entre as equipes e os profissionais de saúde, construir linhas de cuidado que extrapolam as paredes das unidades e alinham uma rede de proteção e cuidado com participação de toda a sociedade, uma teia que possa ‘capturar’ as pessoas para um trabalho coletivo e de autocuidado, oferecendo assistência e promoção de forma democrática, respeitando a cidadania de todos, dentro do contexto histórico do lugar, do tempo e das necessidades construídas coletivamente.

Mas, também, que permita aprofundar nosso entendimento do comportamento de risco dos usuários, para aprofundar a aproximação, lembrando de CZERESNIA (2004), em seu artigo “Ciência, técnica e cultura: relações entre risco e práticas de saúde”, quando coloca que:

“a sociedade contemporânea é a sociedade do risco, considerado elemento central para a tomada de decisão racional em face do crescimento da incerteza na cultura moderna tardia. O indivíduo moderno é concebido como o senhor de seu próprio destino, dono de sua biografia e identidade. Através da racionalidade, ele amplia o poder de controlar as situações da vida. Exerce sua autonomia mediante a capacidade de realizar, ativa e livremente, escolhas informadas que minimizam os riscos. Os sujeitos utilizam reflexivamente sistemas de especialistas que gerem a vida cotidiana. A vida social é regulada pela confiança em sistemas abstratos que, baseados no conhecimento científico, orientam as escolhas através de cálculos de risco” (CZERESNIA, 2004).

Na opinião da autora o conceito de risco, como modelo abstrato, reduz a complexidade dos fenômenos que estuda, e a apreensão da realidade mediante esta abstração gera valores e significados.

A questão assume grande significado se lembrarmos das indagações de Almeida-Filho acerca da chamada saúde no nível individual, pois ‘nem todos os sujeitos sadios acham-se isentos de doença e nem todos os isentos de doença são sadios’, portanto a saúde não é o oposto lógico de doença, e o risco seria uma aproximação de segunda ordem do fenômeno da doença (ALMEIDA-FILHO, 2000).

Citando CANGUILHEM<sup>4</sup>, CZERESNIA coloca que:

“a técnica médica lida com a doença dividindo-a em uma multiplicidade de mecanismos funcionais alterados. Porém, a saúde e a doença são acontecimentos que dizem respeito ao organismo na sua totalidade. O organismo apresenta um conjunto de propriedades

---

<sup>4</sup> CANGUILHEM *apud* CZERESNIA, D. Ciência, técnica e cultura: relações entre risco e práticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (2): 447,55 2004.

singulares que só pertencem a ele, graças às quais ele é capaz de se preservar defendendo-se da destruição. Por mais ampliado que seja o poder de intervenção da técnica baseada na ciência, haverá sempre lacunas importantes entre o conhecimento de mecanismos funcionais e o conjunto de circunstâncias que interferem na saúde e na doença do homem. A medicina enquanto técnica que se vale da ciência humana, é o prolongamento de uma propriedade vital. Enquanto prolongamento do vital a técnica é indispensável, mas relativa” (CZERESNIA, 2004).

Outro aspecto desta relatividade, segundo a autora, diz respeito aos limites do aferimento experimental, que fundamenta o conhecimento e intervenção técnica, em relação às atividades funcionais fora do laboratório. Há uma tendência de desconsiderar o aspecto redutor do conhecimento e das técnicas que se produzem por meio dele e não lembrar que este processo incorpora as conseqüências da inversão da anterioridade da experiência vital na configuração da técnica.

Desta forma, a questão da individualidade no contexto da racionalidade das ciências da vida deve distinguir dois aspectos dos seres vivos: matéria e forma, sendo o primeiro divisível e estudado pela biologia, e o segundo é uma totalidade indivisível, não existe sem estar inserido em um meio que lhe é adequado, sendo objeto de reflexão filosófica. Mas, ao mesmo tempo em que o ser vivo preserva sua individualidade, ele também faz trocas com o meio que o circunda, o que permite a sobrevivência. Estas idéias construíram as teorias sobre propagação de doenças, principalmente de contágio, onde o corpo estaria aberto ao contato (CZERESNIA, 2004).

CZERESNIA coloca que:

“o conceito de risco é uma alternativa da sociedade moderna para lidar com o medo do contato, promovendo mudanças concretas até mesmo na prevenção de doenças, onde a relação entre o cuidador e o necessitado de cuidado, é substituída por dissolução do sujeito ou indivíduo concreto, com a prevenção sendo feita pela diminuição da freqüência de ocorrência na população de comportamentos indesejáveis que produzem risco em geral, exercendo uma função disciplinar de controle e regulação, centrada na responsabilidade dos

sujeitos em realizar, voluntariamente, escolhas saudáveis orientados por cálculos de risco. Neste contexto, risco na sociedade de hoje é compreendida como tecnologia moral, onde há uma autonomia regulada” (CZERESNIA, 2004).

Continuando, a autora coloca que o controle dos riscos é um componente importante do esforço progressivo de buscar proteção contra as ameaças à vida humana, um dos elementos centrais do processo civilizador; mas cita Freud para analisar que as ameaças são de três fontes: o mundo externo, o próprio corpo, e as relações entre os homens, sendo que as conquistas da civilização para proteção contra ao sofrimento humano implicam em mal-estar, pois exigem renúncia e insatisfação de instintos poderosos, causando frustração cultural (CZERESNIA, 2004).

Neste ponto, é lembrado que as pessoas cada vez mais se apercebem como indivíduo autônomo e separado, inteiramente independente. No entanto, a vida, tanto do ponto de vista biológico, como filosófico, é capacidade de preservar a individualidade, estando em relação, pois do contrário, esvazia-se o sentido da existência (CZERESNIA, 2004).

A própria vida nas cidades é organizada para dessensibilizar o corpo, tornando-o indiferente às dores alheias, com projetos arquitetônicos que produzem privação sensorial, passividade e cerceamento tátil. Se o nosso entendimento em relação ao corpo não mudar, dando lugar à consciência da incompletude, o reconhecimento da nossa própria inaptidão que possibilita a compaixão cívica e a solidariedade não se desenvolverá (CZERESNIA, 2004).

Isto contrasta com o discutido no texto acerca da construção do conhecimento com abstração do sujeito, de ‘esquecimento’ de dimensões vitais à sua singularidade, mas a lógica de uma sociedade que busca controlar os riscos, pode colocá-la em mais perigo, pois estes não desaparecem simplesmente porque procuramos evitá-los. As imagens idealizadas de plenitude contrastam com a necessidade de confrontarmos nossa fragilidade, encontrando formas mais elaboradas de lidar com as contradições e mesmo paradoxos inerentes à condição humana (CZERESNIA, 2004).

Czeresnia (2004) coloca que a forma como se configurou a individualidade em relação ao mundo externo na civilização ocidental merece muita reflexão, pois todas as representações de corpo, indivíduo e de suas fronteiras com o mundo externo, geraram uma tensão entre individual e coletivo nesta sociedade ocidental (CZERESNIA, 2004).

Os conceitos de célula, transmissão e risco contribuíram na construção destas representações, e, apesar de mudarem significativamente o perfil de morbidade e mortalidade das populações, tiveram seus “efeitos colaterais”, que foram analisados acima. O aumento da capacidade técnica da medicina diminuiu sofrimentos, mas o afastou de seus sofrimentos concretos, por isso CZERESNIA cita ELIAS <sup>5</sup> ao afirmar “o cuidado com as pessoas às vezes fica muito defasado em relação ao cuidado com seus órgãos” (CZERESNIA, 2004).

Relembra que o problema está relacionado à tensão entre técnica médica e necessidades vitais, cuja raiz está na duplicidade da percepção dos seres vivos: matéria e forma. A técnica médica se constrói privilegiadamente com base na percepção do ser vivo enquanto matéria, já o vital manifesta-se no ser vivo enquanto forma, a primeira diz respeito à noção de vida das ciências da vida, do estudo de mecanismos físico-químicos, fundamento cognitivo das intervenções da técnica médica, a segunda diz respeito à vida que se manifesta como acontecimento, em sua totalidade (CZERESNIA, 2004).

A autora conclui dizendo que encontrar modos conscientes e criativos de considerar a complexidade desta duplicidade é um desafio para os que buscam alternativas mais consistentes de transformação das práticas de saúde, citando SANTOS <sup>6</sup> para enfatizar que, além de uma mutação tecnológica, precisamos de uma filosófica, para conviver individualidade e alteridade, com valorização de ambos, o que não seria possível sem rever a opção da civilização para o pólo da ordem, da defesa e do controle. Em relação ao risco, uma abertura para além de seu controle, é condição básica para se conquistar e promover saúde (CZERESNIA, 2004).

---

<sup>5</sup> ELIAS *apud* CZERESNIA, D. Ciência, técnica e cultura: relações entre risco e práticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 20 (2): 447,55 2004.

<sup>6</sup> SANTOS *apud* CZERESNIA, D. Ciência, técnica e cultura: relações entre risco e práticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 20 (2): 447,55 2004.

Juntando estas reflexões sobre a produção do conhecimento e a técnica, com o que já discutimos acerca de conceito de integralidade, e recuperando as falas dos grupos focais, observamos que há um certo diagnóstico consensual sobre as mudanças necessárias para aumento da adesão dos pacientes, mas isso envolve a construção de um processo longo que envolva aspectos objetivos e subjetivos, para usuários e profissionais, pois a mudança fala de ampliação e qualificação do conteúdo, de visão de mundo, de uma aproximação concreta no cotidiano, considerando as diferenças, mas encontrando um lugar singular para o verdadeiro encontro, de forma que isso faça diferença no individual e no coletivo, mudando a história e subvertendo a lógica da própria história natural da doença que vem e vai, muitas vezes sem nenhuma intervenção real dos serviços de saúde.



## *6 - CONCLUSÃO*

Concluimos este trabalho retomando o objetivo geral da presente pesquisa, que era avaliar a assistência aos portadores de hipertensão arterial, sob a ótica da integralidade do cuidado, na região de responsabilidade da Coordenação de Saúde de São Miguel Paulista. Cremos poder afirmar que os questionários aplicados em 804 pessoas e os grupos focais com médicos e gerentes que atuam na região conseguiram iluminar algumas das dificuldades para se garantir a integralidade do atendimento, em particular a baixa ou quase nula integração entre os vários serviços de saúde, a postura de passividade dos profissionais no seu cotidiano e na relação com os pacientes, o que afinal se acaba traduzindo na baixa adesão aos tratamentos prescritos, além de um universo expressivo de pessoas sem vínculo com nenhum serviço e, não menos importante, desconhecedoras da própria condição de doentes.

Neste sentido, é possível dizer que esta pesquisa reforçou os dados encontrados em estudos anteriores sobre incidência, percentual de conhecimento da doença, de adesão a tratamento e grau de controle, como observamos no ISA, no trabalho de FIRMO et al. (2004) e no texto da WHO (2003). Mas, também, procurou incorporar, mesmo que de forma precária, o universo das representações dos gerentes e profissionais de saúde que atuam na área em que a pesquisa foi realizada, tentando lançar alguma luz sobre o problema.

Cremos poder afirmar que os objetivos específicos da pesquisa foram alcançados, os quais são:

1. Identificar a prevalência de Hipertensão Arterial entre os usuários do PS do Hospital Municipal Tide Setúbal que é a referência de urgência/emergência da Coordenação de Saúde de São Miguel Paulista. Este objetivo foi atingido, estando a prevalência de hipertensão arterial estimada em 18% nesta pesquisa; mas não podemos deixar de destacar que quase metade dos pacientes desconhecia a possibilidade de ser hipertenso.
2. Descobrir o comportamento dos hipertensos em relação a alguns aspectos do tratamento proposto aos portadores da patologia. Houve uma aproximação do comportamento através do questionário, mostrando como grande parte

dos hábitos de vida considerados importantes para o controle da doença não são efetivados. Faltou perguntar porque isso acontece, embora o documento da WHO sobre adesão nos dê elementos importantes para entender este processo. No entanto, um aspecto interessante demonstrado pelo questionário e que precisamos relembrar, é que os pacientes que declararam ter feito o diagnóstico na UBS/PSF, mencionaram maior uso de medicamentos (80%) e menor proporção de internações (19,5%). No entanto, quando estudamos a possibilidade de existir uma associação estatística significativa, entre onde descobriu o problema da HA e hábitos que adotou após saber da HA, só encontramos associação significativa com ir ao médico regularmente para controle e fazer exames complementares de controle regularmente, favorável aos que fizeram diagnóstico nas UBS/PSF. Não se encontrou uma associação estatística significativa entre local de diagnóstico e outros hábitos, como diminuição de sal, diminuição de gorduras, prática de exercícios físicos regulares, emagrecimento e controle do estresse. Logo o seguimento ambulatorial não parece interferir na adoção destes outros hábitos nesta pesquisa. Diminuir sal e gorduras na alimentação, emagrecer, ir ao médico regularmente e fazer exames complementares de controle da HA apareceram como associadas a menores índices de internação, indicando que são medidas importantes no controle da patologia. Uma questão importante é a opção de uma parte dos pacientes (cerca de 10%), por uso do serviço de urgência emergência e não dos ambulatórios para tratamento, o que nos obriga a repensar o Sistema de Saúde sob forma de pirâmide, hierarquizado, com fluxos verticais, retomando as idéias de CECÍLIO (1997) sobre o círculo, com múltiplas alternativas de entrada e saída, que não hierarquiza e rompe com radicalidade os discursos racionalistas.

3. Fazer uma aproximação da visão dos profissionais de saúde sobre a doença, o comportamento dos pacientes, e as dificuldades em tratar a HA, através de técnica de Grupo Focal. Nos grupos focais, a necessidade de vínculo, escuta e equipe multidisciplinar é reconhecida pelos profissionais de saúde, mas

prevalece uma marcada opinião de que os pacientes são ‘rebeldes’, ‘resistentes’ e não ‘obedecem’ o tratamento proposto, o que denota uma visão ainda muito normativa e autoritária dos trabalhadores em relação aos usuários que são acompanhados nos serviços de saúde, possivelmente dificultando o reconhecimento de suas necessidades singulares. Os profissionais reconhecem a dificuldade de integração da equipe para o trabalho coletivo, mostrando contradição entre a prática efetiva cotidiana e o discurso idealizado da necessária integração e complementariedade do trabalho dos profissionais de saúde.

4. Avaliar a integração dos serviços públicos municipais e a integralidade da atenção prestada aos hipertensos da região. O serviço de urgência/emergência estudado é a referência da região, mas não possui relação gerencial e assistencial construída para integrar uma rede real e construir uma linha de cuidado para a hipertensão arterial, de forma que pudesse ocorrer a transversalidade, necessária à integralidade, atendendo às necessidades dos usuários (CECÍLIO e MERHY, 2003:200). O PS é citado como um lugar de ‘empurroterapia’, mas os profissionais não avaliaram sua responsabilidade neste processo. Apenas um médico revelou que encaminha do serviço de urgência para o ambulatório e o paciente não é priorizado. Não pudemos perceber entre as unidades ambulatoriais nenhuma relação que pudesse lembrar uma rede. Ao contrário, algumas pareciam isoladas em seu território, com seus problemas e suas soluções locais. Desta forma, o estudo permite afirmar que não há integralidade na atenção prestada aos hipertensos da região estudada, não havendo a configuração de uma rede articulada de serviços que assuma, efetivamente, a responsabilização e acompanhamento dos hipertensos.

Uma das questões que chamaram atenção durante o trabalho, foi a distância entre as falas de ‘grande esforço e prioridade na assistência’ dos profissionais e o fato dos pacientes não estarem suficientemente controlados e que, de certa forma, não colocam o serviço ambulatorial como sua referência pessoal para o agravo, tudo isso, apesar de se ter

estruturado, na região, um sistema local de saúde bastante abrangente e completo, com potencial para se garantir a integralidade. Pode-se afirmar que os recursos para o cuidado, mesmo escassos, em princípio seriam suficientes para se avançar na integralidade do cuidado, colocando-nos a questão de por que isso não ocorre.

Em relação ao serviço de urgência do PS do Hospital Tide Setúbal, os resultados da pesquisa mostraram 18% dos pacientes da amostra com risco para HA e que apenas para 10% destes a motivação da consulta, no momento da entrevista, era a HA. Metade dos pacientes hipertensos tinha relação com UBS/PSF, mas estavam usando o PS naquele momento, o qual, em que pese todo esforço da direção para humanizá-lo e qualificá-la, continua funcionando da forma tradicional, com uma clínica reducionista, na base da queixa-conduta, como a maioria dos serviços de urgência/emergência (CECÍLIO e MERHY, 2003:200), com o paciente sendo tratado como objeto e a assistência como produto, semelhante aos achados de PINHEIRO e GUIZARDI (2005:44). Isto nos leva a refletir sobre o que acontece na relação com os usuários quando atendidos na rede básica, em particular o quanto esta tem conseguido dar respostas efetivas às necessidades portadas pelas pessoas que buscam seus serviços.

Se analisarmos o Sistema de Saúde de São Miguel, conforme as proposições de SILVA JR. e MASCARENHAS (2005:254-255), utilizando o acolhimento, a responsabilização e a percepção da qualidade da atenção como indicadores ou critérios para a avaliação da qualidade do processo de trabalho, podemos afirmar, a partir dos achados da pesquisa, que:

- Acolhimento: apesar do PS e das UBS possuírem ‘serviços de acolhimento’, o nível de compreensão e escuta dos usuários, a relação entre os membros da equipe, o desenvolvimento de técnicas específicas adequadas de cuidado parecem apresentar dificuldades, como demonstra a fala dos gerentes nos grupos focais. Não se procura entender qual a necessidade que o paciente verbaliza e nem se busca onde é possível atender esta demanda, de forma integrada, dentro do sistema local de saúde. Este é um problema agudo na urgência, mas também presente nas UBS, onde se procura enquadrar o paciente em alguma das ações previamente ofertadas pela unidade,

desconsiderando outras necessidades. Os grupos focais mostraram que não há funcionamento em rede, que o sistema de referência da urgência para ambulatorios é precário, visto que este paciente não é priorizado ou acolhido adequadamente, como já foi dito. Logo, ainda temos um alto grau de exclusão no Sistema de Saúde, motivada pelas mais variadas dificuldades.

- Responsabilização: o fato de não existir integração do trabalho dentro das equipes, como apareceu nos grupos focais, acaba se refletindo em uma série de atividades isoladas que não são entendidas pelos pacientes como integrantes de um mesmo tratamento, fazendo com que o doente seja, para muitos profissionais, apenas ‘do médico’ e não da equipe. Não há discussão de casos em equipe. Há pouca consideração pelas particularidades dos pacientes e a culpa pela baixa adesão é referida a ele pela maioria dos participantes dos grupos focais. O serviço de urgência é totalmente desvinculado dos ambulatorios, não se constituindo enquanto parte de uma linha de cuidado, pois “a linha de cuidado pensada de forma plena atravessa inúmeros Serviços de Saúde” (CECÍLIO e MERHY, 2003:200).
- Percepção sobre a qualidade da atenção: poucos profissionais nos grupos focais conseguiram ter uma avaliação do seu trabalho; a maioria acha que ‘seus’ hipertensos estão controlados, não tendo prática regular, nem instrumento, para auto-avaliar seu trabalho, muito menos formas de devolver ao paciente e equipe os resultados negativos e positivos. Esta, aliás, é uma característica comum aos serviços de saúde, qual seja, a baixíssima capacidade da equipe de se apropriar, de forma criativa e protagonista, da enorme quantidade de dados que produz, como mostram outros estudos (FIALHO JR., 2003).

Apesar da indicação de MERHY <sup>1</sup> de que o trabalhador de saúde deveria utilizar técnicas de conversa e outras “tecnologias leves implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos, que só tem materialidade em ato”, na busca de entendimento e

---

<sup>1</sup> MERHY, E. E. *apud* TELXEIRA, R. R. O Acolhimento num Serviço de Saúde Entendido como uma Rede de Conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS – UERJ/Abrasco, 2003. p.89-112.

negociação permanente de necessidades a serem satisfeitas, para se decidir a trajetória de cada usuário dentro do serviço, percebe-se, nas falas dos grupos focais, que não é só o paciente que fica em silêncio, pois parte da equipe também silencia.

No encontro entre profissional de saúde e usuário, há necessidade de reconhecimento da condição de indivíduo singular (único) e incompleto (ninguém sabe tudo da vida), bilateralmente; o verdadeiro diálogo entre estas duas pessoas trará possibilidades de resultar em respeito e aprendizado mútuos, com construção de verdades particulares que servem para aquela relação instituída.

Pudemos observar nas falas dos grupos focais, em especial, nos gerentes, o mesmo resquício autoritário com os pacientes e visível distanciamento com os médicos. Esta questão também se estende à relação do restante da equipe, que continua ancorada nos médicos, esperando a tal equipe multidisciplinar (não percebem que parte dela já está lá), e seus membros não se comportam enquanto sujeitos individualizados neste processo, não encontrando tecnologias de trabalho ‘em coletivo’. Logo, não podemos dizer que são ‘equipe’, aquela definida pelo dicionário Aurélio “conjunto ou grupo de pessoas que se dedicam a uma tarefa ou um determinado trabalho”. Esta questão, se por um lado perpetua a condição do médico enquanto potencial ‘liderança’ e ‘legitimador’ da tal equipe, por outro lado alivia a ‘culpa’ de todos em caso de fracasso do ato de cuidar.

Uma questão que apareceu em relação aos médicos é a forma de avaliar o trabalho, pela produção e a sobrecarga de consultas atrapalhando as atividades de grupo e visita domiciliar, o que faz pensar se outros membros da equipe assumem seu papel na atenção ao usuário, inclusive na consulta clínica; como, por exemplo, a enfermagem, que tem condições técnicas para realizar estes procedimentos.

Além disso, as falas dos médicos generalistas de PSF e dos clínicos gerais mostram que a questão do vínculo, da preocupação com uma visão do modo de vida dos pacientes e uma prática assistencial mais integral, são tidas como preocupações inerentes ao trabalho no PSF. Os clínicos gerais colocam as dificuldades, mas ficou claro que não consideram possível estas questões estarem presentes no trabalho ambulatorial tradicional. Um deles disse que os médicos do PSF possuem ‘perfil’ para este trabalho mais integral.

No grupo focal de gerentes de unidades de saúde ocorreu polêmica nesta questão, pois uma parte considerava que uma relação do médico mais próxima e com compromisso com a equipe e os usuários, dependia do profissional, e não do modelo assistencial, sendo este ponto de vista majoritário.

Tudo isso acaba por produzir problemas na relação com os usuários, que podemos sintetizar utilizando os mesmos pontos que SILVA JR. et al. (2003) em seu artigo “Refletindo sobre o Ato de Cuidar da Saúde”:

- A capacidade de ouvir o usuário e acolher sua demanda - a pesquisa mostrou que é bastante restrita na região, pois raríssimas vezes se trabalha o conteúdo das falas deste usuário, para identificar a real necessidade e dar a adequada e ‘esperada’ resposta. Há uma ‘surdez relativa’ às considerações dos pacientes, já apontada pela WHO (2003), como fator de pouca adesão aos tratamentos propostos.
- A capacidade de articular conhecimentos gerais e especializados na investigação dos problemas - é pouco utilizada pelo que observamos na pesquisa, restringindo o diagnóstico e as condutas, empobrecendo a prática clínica e culminando com planos terapêuticos inviáveis para alguns pacientes, por estarem em desacordo com as possibilidades físicas, psicológicas, sociais ou culturais do doente.
- O projeto terapêutico individualizado e as tecnologias de saúde - nos grupos focais observamos que os pacientes são colocados no programa de HA, mediante o protocolo existente, principalmente para tratamento medicamentoso, mas que boa parte destes pacientes não segue as orientações, e a equipe sabe disso. No entanto, não percebemos preocupação em individualização de plano terapêutico, embora tenham sido feitos relatos de incorporação de trabalhos coletivos, como o grupo e as atividades físicas. Neste aspecto é preciso lembrar VALLA et al. (2005) que colocam que cuidado requer atitude de envolvimento, de preocupação e de responsabilização para com o sujeito, com escuta, respeito pelo sofrimento e

pela sua história de vida, sendo a relação não de domínio sobre, mas de convivência, e sua centralidade não é ocupada pelo *logos* (razão), mas pelo *pathos* (sentimento) VALLA et al. (2005:111). Os profissionais de saúde precisariam se capacitar no campo relacional, pois confiar na sensibilidade e habilidade pessoais, pode não ser suficiente para garantir uma boa prática. Também é preciso rediscutir o que é educação em saúde, pois os grupos focais mostraram que a idéia predominante é a tradução do termo ‘educar’, que vem do latim *educare*, que significa conduzir, e esta proposta ‘conducente’, deve ser abandonada em favor de propostas que contribuam, efetivamente, para aumentar o grau de autonomia das pessoas, em particular sua capacidade de (re)construir seu “modo de andar a vida”. Muitas pessoas não devem (e muitas não querem, com razão) ser ‘educadas’, mas ao contrário, com a ajuda e dialogando com a informação técnica devidamente decodificada, conduzir sua vida (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2004:59-60).

Outra questão que deve ser lembrada é a extensão da palavra sofrimento, de modo que se tenha:

“uma compreensão ampliada do processo de adoecimento e sofrimento, para além do campo biológico e da patogênese. Isso implicaria que os profissionais de saúde, na sua prática clínica cotidiana, levassem em consideração a maneira como cada sujeito ficou afetado em sua existência<sup>2</sup> e os sentidos e significados que as situações representam na vida de cada um<sup>3</sup>.”

Por tudo que levantamos até agora, é compreensível o comportamento dos pacientes hipertensos em relação a pouca mudança nos hábitos de vida, entre aqueles que sabiam do diagnóstico. Também precisamos refletir sobre a motivação dos pacientes que só freqüentarão PS em caso de achar necessário, o que também nos pensar o quanto que o

---

<sup>2</sup> HAHNEMANN, S.; KENT, J. T. *apud* LACERDA, A.; VALLA, V. V. As Práticas Terapêuticas de Cuidado Integral à Saúde como Proposta para Aliviar o Sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado as fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: IMS – UERJ/CEPESC/Abrasco. 2005:93.

<sup>3</sup> CASSEL, J.; COHEN, S.; SYME, L.; LELOUP, J. Y. *apud* LACERDA, A.; VALLA, V. V. As Práticas Terapêuticas de Cuidado Integral à Saúde como Proposta para Aliviar o Sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado as fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: IMS – UERJ/CEPESC/Abrasco. 2005:93.

serviço de urgência atende certas necessidades para determinadas pessoas, como um ‘cuidado pontual’ e rápido, sem maiores exigências ou implicações. Esse aspecto da liberdade de escolha, da construção de modos alternativos de construir o próprio cuidado, nem sempre de acordo com o que nós, os técnicos, supomos ser o melhor e mais ‘racional’, precisaria ser levado em conta nas propostas de organização da assistência. Temos trabalhado com propostas muito prescritivistas e normalizadoras dos fluxos das pessoas reais, com suas singularidades, dentro do sistema de saúde. Uma má consequência desta postura tem sido a dificuldade de flexibilizarmos o modo de organização dos serviços: mais do que programar as pessoas para utilizarem os serviços de saúde, devíamos programar os serviços de saúde para atender às necessidades das pessoas.

Por outro lado, um gerente de unidade de PSF, falou de sua experiência com sistema de vigilância local, construído pelos profissionais de saúde, para a HA, através da identificação dos pacientes, visita especial e periódica, por parte dos agentes de saúde, com questionário de seguimento específico e tratamento diferenciado por parte de toda a equipe, quando o doente entra na unidade. Aparentemente, segundo o relato do gerente, estas práticas não resultaram em aumento da adesão ao tratamento, o que motivou processo reflexivo nos trabalhadores de saúde no sentido de apontar a necessidade de se trabalhar, com mais atenção, as representações das pessoas acerca dos termos saúde e doença. De qualquer forma, este tipo de trabalho relatado no grupo focal, mostrando como alguns profissionais e ou gerentes tem se ocupado com a construção de tecnologias locais para o cuidado e acompanhamento, indica que a preocupação com o tema está presente e mobiliza as pessoas.

O desafio de mudar indicadores de mortalidade e morbidade relacionados a HA, é uma luta pelo prolongamento da vida e pela criação de condições mais saudáveis na terceira idade, com redução de mortes precoces e seqüelas que retiram autonomia e diminui a dignidade da forma de se viver. As consequências da HA são danosas e todo esforço é justificado para adiar o mais possível seu aparecimento.

Experiências de programas como o da província da Karélia do Norte, na Finlândia, que apresentava nos anos 70 uma das maiores taxas de mortalidade por doença coronariana do mundo, merece destaque, pois mostra que os resultados aconteceram com o

envolvimento de toda a sociedade. Após dez anos de um programa abrangente, que incluiu a substituição de produtos tradicionalmente cultivados e industrializados por outros mais saudáveis, campanhas educativas através da mídia e engajamento do sistema de saúde, houve redução dos principais fatores de risco e, em 24% da mortalidade por doença coronariana. Nesse mesmo período, o declínio apresentado na área de referência (controle) foi de apenas 11 % (PUSKA, 1985)<sup>4</sup>.

Portanto, a questão da HA requer envolvimento de toda a sociedade, em uma tarefa nacional, sob liderança do governo federal, que interfira na produção de alimentos, na organização do trabalho, na mídia para criação de uma nova cultura do jeito mais saudável de se viver, nas escolas, organizações sociais não governamentais, etc., não podendo ser tarefa de um setor apenas. Aliás, retomando citação de LEFÈVRE e LEFÈVRE (2004) sobre promoção de saúde, que recupera a Carta de Ottawa:

“a responsabilidade não exclusiva do setor saúde implica entender que o chamado ‘setor saúde’ tem sido, sobretudo, responsável pelo atendimento à doença e que a saúde não será obtida pelo mero atendimento à doença, mas, que para a sua obtenção (o que está presente na mesma Carta na sessão: ‘Pré-requisitos para a saúde’) os recursos necessários são paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social, equidade, e que para a mobilização destes recursos seria necessária a participação de outros setores” (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2004:27-29).

Apesar desta compreensão de que a abordagem mais eficaz para o controle das doenças crônico-degenerativas, aliás, como de todas as doenças, é um problema que só se enfrenta através do desenvolvimento de macropolíticas, não é razão se para eximir os serviços de saúde da sua responsabilidade de buscar as formas mais adequadas de apoiar as pessoas em suas necessidades.

---

<sup>4</sup> PUSKA, P. *apud* CHOR, D. Doenças cardiovasculares: panorama da mortalidade no Brasil. In: MINAYO, M. C. S. **Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80**. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1999. p.57-86.

Neste sentido, muita coisa pode ser feita e muito há para se aprender. Se, na tradição da Saúde Pública, desenvolvemos muita tecnologia tanto para o enfrentamento das doenças infecto-contagiosas como para o acompanhamento de grupos mais vulneráveis como as crianças e as mulheres grávidas, pouco ainda sabemos como organizar nossos serviços para o acompanhamento e cuidado de um imenso contingente de pacientes que ‘não terão alta nunca’, como é o caso dos portadores de hipertensão arterial. Como acompanhar, como cuidar, como construir autonomia dos portadores de HA, como avaliar o cuidado que prestamos? Penso que temos muito ainda que aprender, em particular como organizar um trabalho efetivamente de equipe, como contribuir para o aumento da autonomia das pessoas, como fugir da hegemonia do modelo biomédico e medicamento centrado. São estas questões que a presente investigação nos impõem com muita força e para qual ainda não temos respostas.

Uma das questões importantes é que sem os profissionais de saúde compreenderem como as pessoas pensam e se sentem diante de seus problemas, não conseguiremos formular e concretizar processos informativos, considerando o sujeito em seu ambiente, na sua realidade, de forma que este sujeito possa construir a mudança e sustentação de estilos de vida mais saudáveis. O desenvolvimento de habilidades que permitam à população uma postura mais crítica diante de seus problemas de saúde, com capacidade de exercer um controle sobre si mesmo e o ambiente em que vivem, é uma das saídas para o enfrentamento da HA.



***7 - REFERÊNCIAS  
BIBLIOGRÁFICAS***

AFONSO, F. M.; SICHIERI, R. Associação do índice de massa corporal e da relação cintura/quadril com hospitalizações em adultos do Município do Rio de Janeiro, RJ. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 5 (2): 153,163 2002.

ALMEIDA, M. F.; BARATA, R. B.; MONTERO, C. V.; SILVA, Z. P. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7 (4): 743,56 2002.

ALMEIDA-FILHO, N. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 3 (1-3): 4,20 2000.

ALMEIDA-FILHO, N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9 (4): 865,84 2004.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7 (3): 401,12 2002.

BOFF, L. **Ética & Eco-Espiritualidade**. Campinas: Verus Editora, 2003. p.203.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas Técnicas para o Programa Nacional de Educação e Controle da Hipertensão Arterial (PNECHA)**. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica SIAB Indicadores**. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS 01/2001**. Brasília, DF, Ano II, agosto 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto dos Indicadores de Atenção Básica**. Brasília, DF, Ano II, 9, maio 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, Cadernos de Atenção Especializada**. Brasília, DF, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica SIAB Indicadores**. Brasília, DF, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância em Saúde Dados e Indicadores Seleccionados 2004**. Brasília, DF, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Intersetorialidade e integralidade: Prioridades no cuidado aos Hipertensos e Diabéticos**. Brasília, DF, Ano VI, julho/agosto 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde: Um Pacto pela Saúde no Brasil**. Brasília, DF, 2005b.

CAMARGO JR., K. R. As Muitas Vozes da Integralidade. In: LAPPIS – Integralidade em Saúde, 2001. Rio de Janeiro. Disponível em: [http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=25&infoid=104&tpl=view\\_participantes](http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=25&infoid=104&tpl=view_participantes) Acesso em 25 de ago. de 2005.

CAMARGO JR., K. R. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.(Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS – UERJ/Abrasco, 2003. p.35-44.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma**. Repensando a Saúde. São Paulo: Hucitec, 1992. 220.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e a reforma das pessoas. In: CAMPOS, G. W. S.; MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 29-88.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, 14(4): 863-70, 1998.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Revista de Saúde Pública**, 30 (3): 285-93, 1996.

CARVALHO, F.; TELAROLLI JUNIOR, R.; MACHADO, J. C. M. S. Uma investigação antropológica na terceira idade: concepções sobre a hipertensão arterial. **Cadernos de Saúde Pública**, 14 (3): 617,21 1998.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, 20 (5): 1400,10 2004.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, 13 (3): 469,78 1997.

CECÍLIO, L. C. O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS – UERJ/Abrasco, 2001. p.113-26.

CECÍLIO, L. C. O; MERHY, E. E. A Integralidade do Cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS – UERJ/Abrasco, 2003. p.197-210.

CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P.; LAURENTI, R.; GOTLIEB, S. L. D., JORGE, M. H. P. M. Mortalidade por doença hipertensiva em mulheres de 20 a 49 anos no Município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 7 (3): 252,8 2004.

CHOR, D. Doenças cardiovasculares: panorama da mortalidade no Brasil. In: MINAYO, M. C. S. **Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80**. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1999. p.57-86.

COHN, A.; ELIAS, P. E. M. Equidade e reformas na saúde nos anos 90. **Cadernos de Saúde Pública**, 18 (supl.): 173,80 2002.

CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 20 (5): 1417,23 2004.

COSTA, A. M. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. **Saúde e Sociedade** 13 (3): 5-15, 2004.

COSTA, R. S.; SICHIERI, R. Relação entre sobrepeso, adiposidade e distribuição de gordura com a pressão arterial de adolescentes no município do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 1 (3): 268,79 1998.

- CZERESNIA, D. Ciência, técnica e cultura: relações entre risco e práticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 20 (2): 447,55 2004.
- DÂMASO, R. Saber e Práxis na Saúde Coletiva. In: TEIXEIRA, S. M. F. (Org.). **Reforma Sanitária: Em Busca de uma Teoria**. São Paulo: Editora Cortez, 1989. p.89.
- DIAS DA COSTA, J. S.; HALLAL, P. C.; WELLS, J. C. K.; DALTOÉ, T.; FUCHS, S. C., MENEZES, A. M. B. et al. Epidemiology of leisure-time physical activity: a population-based study in southern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, 21 (1): 275,82 2005.
- DOMINGUES, M. R.; ARAÚJO, C. L. P. Conhecimento e percepção sobre exercício físico em uma população adulta urbana do sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 20 (1): 204,15 2004.
- DUARTE, L. F. D. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8 (1): 173,83 2003.
- EBRAHIM, S.; SMITH, G. D. Health promotion for coronary heart disease: past, present and future. **European Heart Journal**, 19: 1751,7 1998.
- FIALHO JR., R. B. **Informações em saúde e Epidemiologia como coadjuvantes das práticas em saúde, na “intimidade” da área e da microárea - como (o) usar mesmo**. Campinas, 2003. (Dissertação – Mestrado – Universidade Estadual de Campinas).
- FIRMO, J. O. A.; UCHÔA, E.; LIMA-COSTA, M. F. Projeto Bambuí: fatores associados ao conhecimento da condição de hipertenso entre idosos. **Cadernos de Saúde Pública**, 20 (2): 512,21 2004.
- FLORINDO, A. A.; LATORRE, M. R. D. O.; TANAKA, T.; JAIME, P. C.; ZERBINI, C. A. F. Fatores associados à prática de exercícios físicos em homens voluntários adultos e idosos residentes na Grande São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 4 (2): 105,13 2001.
- GARBIM, W. Secretaria Municipal da Saúde, evolução histórica de sua forma de atuação. In: Conferência Municipal de Saúde de São Paulo, 1999, **Termos de Referência**, São Paulo: PRODAM, 1979. p.64-77.

GARCIA, R. W. D. Práticas e comportamento alimentar no meio urbano: um estudo no centro da cidade de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, 13 (3): 455,67 1997.

GOMES, M. A. S. M. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9 (4): 1080,2 2004.

GOMES, R.; MENDONÇA, E. A.; PONTES, M. L. As representações sociais e a experiência da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, 18 (5): 1207,14 2002.

GOMES, V. B.; SIQUEIRA, K. S.; SICHIERI, R. Atividade física em uma amostra probabilística da população do Município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, 17 (4): 969,76 2001.

GUEDES, A. E. Da Integração de Programas à Integralidade de Ações de Saúde: algumas reflexões preliminares. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS – UERJ/Abrasco, 2001. p.127-156.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A.-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, 20 (Supl.2): 331,6 2004.

HORTALE, V. A. Fórum: a integralidade na perspectiva da formação, das práticas e da avaliação em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 20 (5): 1398,9 2004.

JORGE, E. São Paulo a Metrópole Adere ao SUS. **Ser Médico**, Ano IV, 15, Abril/Maio/Junho 2001. p.12-6.

KASTARINEN, M. **Community Control of Hypertension: A Study of Trends in Finland with Special Emphasis on Lifestyle Modification**. Kuopio, 2002. (Tese – Doutorado – University of Kuopio).

LACERDA, A.; VALLA, V. V. As Práticas Terapêuticas de Cuidado Integral à Saúde como Proposta para Aliviar o Sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado as fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: IMS – UERJ/CEPESC/Abrasco. 2005. p.91-102.

LEFÈVRE, F. III – Conclusões. In: LEFÈVRE, F. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Editora Cortez, 1991. p.135-52.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. A Crítica dos conceitos. In: LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **Promoção de Saúde – a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004. p.11-65.

LANDSBERGIS, P. Jornadas de trabalho longas, hipertensão e doença cardiovascular. **Cadernos de Saúde Pública**, 20 (6): 1746,8 2004.

LESSA, I. Epidemiologia da Hipertensão Arterial. In: LESSA, I. **O adulto Brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis**. São Paulo-Rio de Janeiro: Editora Hucitec/Abrasco, 1998. p.77-96.

LESSA, I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9 (4): 931,43 2004.

LIMA, M. T.; BUCHER, J. S. N. F.; LIMA, J. W. O. A hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, 20 (4): 1079-87, 2004.

LOTUFO, P. A. Por que não vivemos uma epidemia de doenças crônicas: o exemplo das doenças cardiovasculares? **Ciência & Saúde Coletiva**, 9 (4): 844,7 2004.

LUZ, M. T. Políticas de Descentralização e Cidadania: Novas Práticas de Saúde no Brasil Atual. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS – UERJ/Abrasco, 2001. p.17-38.

LUZ, M. T. Fragilidade Social e Busca de Cuidado na Sociedade Civil de Hoje. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). **Cuidado as fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: IMS – UERJ/CEPESC/Abrasco, 2005. p.9-20.

MACIEL-LIMA, S. M. Acolhimento solidário ou atropelamento? A qualidade na relação profissional de saúde e paciente face à tecnologia informacional. **Cadernos de Saúde Pública**, 20 (2): 502,11 2004.

MACHADO, C. V. Regulação da Política Nacional de Saúde: Estratégias e Tendências. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. Á. (Org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: SOBRAVIME/CEALAG, 2002. p.505-24.

MACHADO, F. R. S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. As Novas Formas de Cuidado Integral nos Espaços Públicos de Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado as fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: IMS – UERJ/CEPESC/Abrasco. 2005. p.57-74.

MATSUMOTO, N. F. **A Operacionalização do PAS de uma unidade básica de Saúde do Município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das Necessidades de Saúde**. São Paulo, 1999. (Dissertação – Mestrado – Universidade de São Paulo).

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS – UERJ/Abrasco, 2001. p.187-204.

MATTOS, R. A. Integralidade e a Formulação de Políticas Específicas de Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS – UERJ/Abrasco, 2003. p.45-60.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, 20 (5): 1411,6 2004.

MENDES, E. V. Polarização maniqueista dificulta entendimento real do problema. **Jornal do Cremesp**, São Paulo, novembro de 1997. p.3.

MENDONÇA, C. P.; ANJOS, L. A. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 20 (3): 698,709 2004.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção – uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R.; MALTA, D. C.; REIS, A. T.; SANTOS, A. F.; MERHY, E.E. (Org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Editora Xamã, 1998. p.103-20.

MERHY, E. E. **O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Unicamp/Hucitec, 2003. p.15-35.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1996. 254.

ORTIZ, E. R., Enfoque de Risco e Planejamento de Ações de Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde.** 3ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1988. p.449-61.

PEREIRA, J. B. **O SUS em Mauá: Desafios na Construção.** Campinas, 2000. (Dissertação – Mestrado – Universidade Estadual de Campinas).

PICCINI, R. X.; VICTORA, C. G. How well is hypertension managed in the community? A population-based survey in a Brazilian city. **Cadernos de Saúde Pública**, 13 (4): 595,600 1997.

PINHEIRO, R. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: IMS – UERJ/Abrasco, 2001. p.65-112.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Quando Dádiva se Transforma em Saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado as fronteiras da Integralidade.** Rio de Janeiro: IMS – UERJ/CEPESC/Abrasco, 2005b. p.37-56.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas Eficazes x Modelos Ideais: ação e pensamento na construção da integralidadedo. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: IMS – UERJ/Abrasco, 2003. p.7-34.

PITANGA, F. J. G.; LESSA, I. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. **Cadernos de Saúde Pública**, 21 (3): 870,7 2005.

PUCCINI, P. T.; CECÍLIO, L. C. O. A humanização dos serviços à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 20 (5): 1342,53 2004.

PUSKA, P. Successful prevention of non-communicable diseases: 25 year experiences with North Karelia Project in Finland. **Public Health Medicine**, 4(1): 5-7, 2002.

PUSKA, P. Case Study of Finland: concerted national public health actions. In: Healthcare Conference, Brussels: 2005. Disponível em: <http://www.european-voice.com/downloads/Puska.ppt>. Acesso em: 25 ago. 2005.

SAWYER, D. O.; LEITE, I. C.; ALEXANDRINO, R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7 (4): 757,76 2002.

SÃO PAULO, Secretaria Municipal de Saúde. Plano Geral Distrital 2001 – Distrito de São Miguel Paulista. São Paulo, Distrito de Saúde de São Miguel, 2001.

SÃO PAULO, Secretaria Municipal de Saúde. Coletânea de textos dos boletins do PRO-AIM. São Paulo, CEINFO Secretaria Municipal de Saúde, PRO-AIM, 2003. 86-94

SÃO PAULO, Secretaria Municipal de Saúde. Inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis - ISA, Síntese da situação da Cidade de São Paulo em relação às demais capitais. São Paulo. CEINFO Secretaria Municipal de Saúde, setembro de 2004a.

SÃO PAULO, Secretaria Municipal de Saúde. Painel de Monitoramento por Subprefeituras do município de São Paulo. CEINFO Secretaria Municipal de Saúde, julho de 2004b.

SÃO PAULO, Secretaria Municipal de Saúde. 2º Caderno de Apoio ao Acolhimento. Orientações, rotinas e fluxos sob a ótica do risco / vulnerabilidade. São Paulo. Coordenação de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2004c.

SÃO PAULO, Secretaria Municipal de Saúde. ISA–Capital Inquérito de saúde no município de São Paulo: Uso de serviços de saúde segundo motivo de procura/procedimento realizado, tipo de serviços, fonte de financiamento e escolaridade. In: Boletim CEINFO ISA-Capital, São Paulo, julho de 2005.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5 (1): 187,92 2000.

SICHERI, R.; CASTRO, J. F. G.; MOURA, A. S. Fatores associados ao padrão de consumo alimentar da população brasileira urbana. **Cadernos de Saúde Pública**, 19 (Supl. 1): 47,53 2003.

SILVA JR., A. G.; MERHY, E. E.; CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o Ato de Cuidar da Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS – UERJ/Abrasco, 2003. p.113-28.

SILVA JR., A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a Ótica da Integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado as fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: IMS – UERJ/CEPESC/Abrasco. 2005. p.241-58.

SCHILLER, P. Diagnóstico do bom-senso. **Ser Médico**, Publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Ano IV, 15, abril/maio/junho 2001. p.17,9.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2002. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/documentos/index.asp>. Acesso em: 25 ago. 2005.

SOUZA, N. S. S.; CARVALHO, F. M.; FERNANDES, R. C. P. Hipertensão arterial entre trabalhadores de petróleo expostos a ruído. **Cadernos de Saúde Pública**, 17 (6): 1481,8 2001.

TEIXEIRA, R. R. O Acolhimento num Serviço de Saúde Entendido como uma Rede de Conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS – UERJ/Abrasco, 2003. p.89-112.

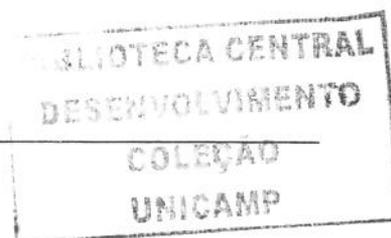
TOSCANO, C. M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9 (4): 885,95 2004.

USP; UNESP; UNICAMP; Instituto de Saúde, SES. Inquérito de Saúde no Município de São Paulo – 2003: ISA-Capital. São Paulo. SMSP, 2004.

VALLA, V. V.; GUIMARÃES, M. B.; LACERDA, A. Religiosidade, Apoio Social e Cuidado Integral à Saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado as fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: IMS – UERJ/CEPESC/Abrasco. 2005. p.103-18.

VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G.; KAC, G. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, 19 (Supl. 1): 4,5 2003.

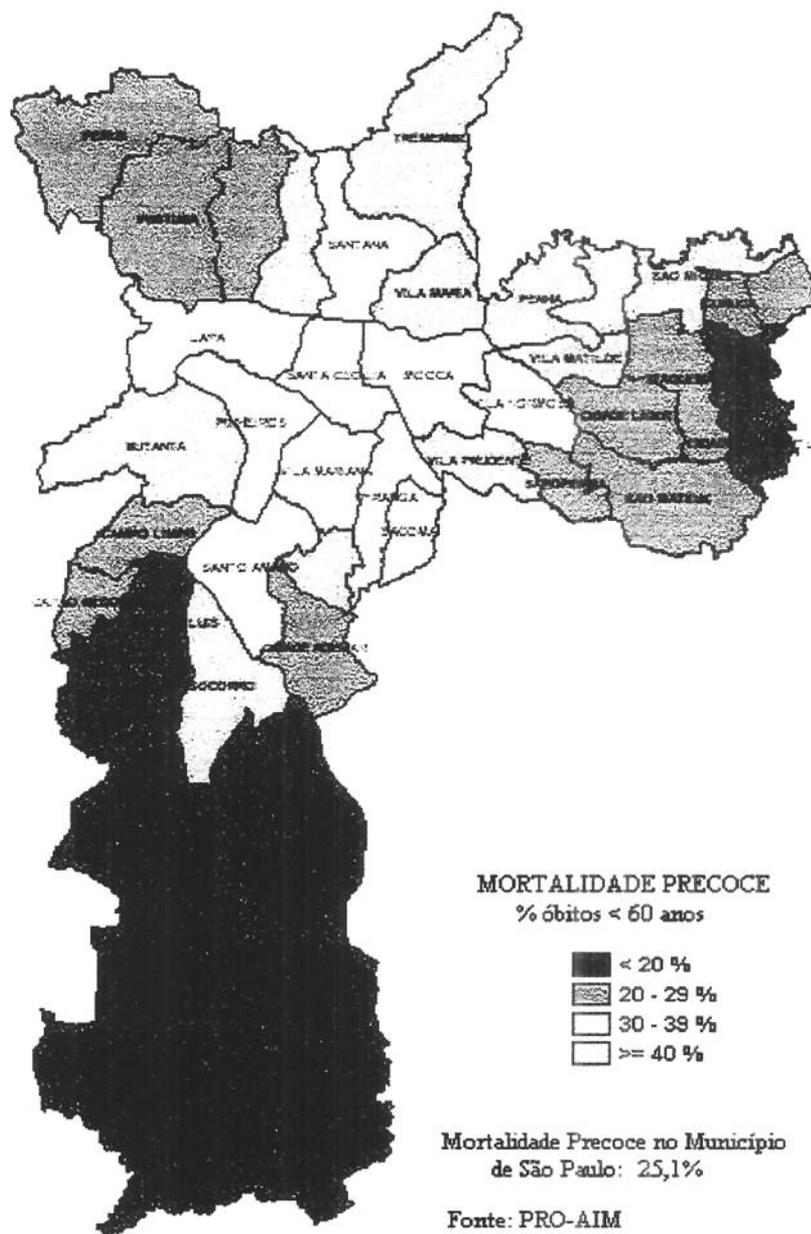
WORD HEALTH ORGANIZATION. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. Geneve: 2003. Disponível em: [http://www.who.int/chronic\\_conditions/adherencereport/en](http://www.who.int/chronic_conditions/adherencereport/en). Acesso em: 25 ago. 2005.



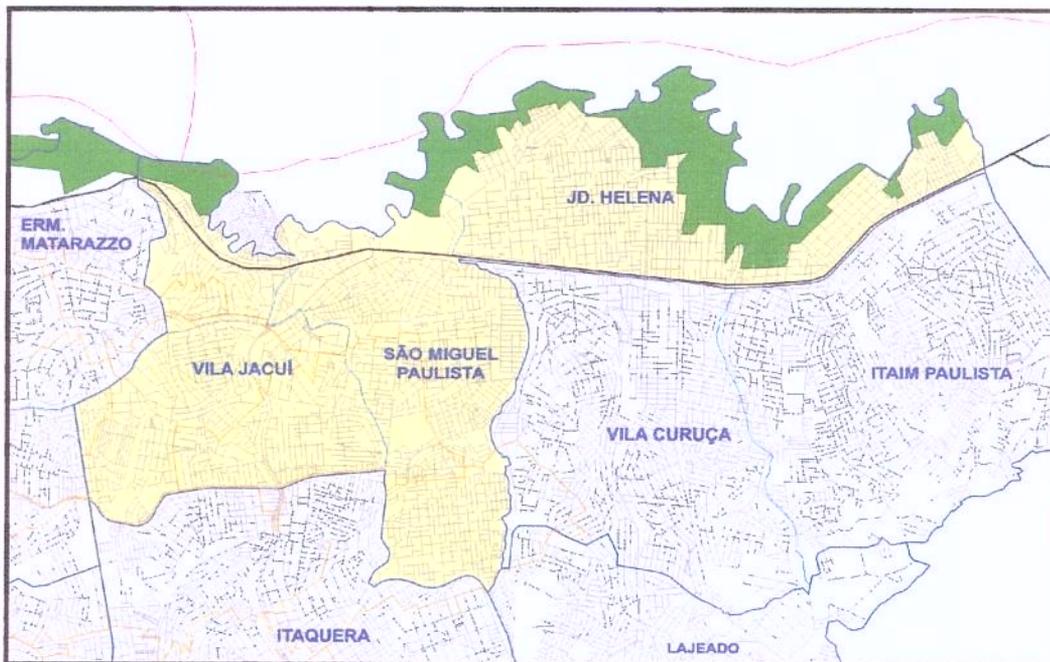
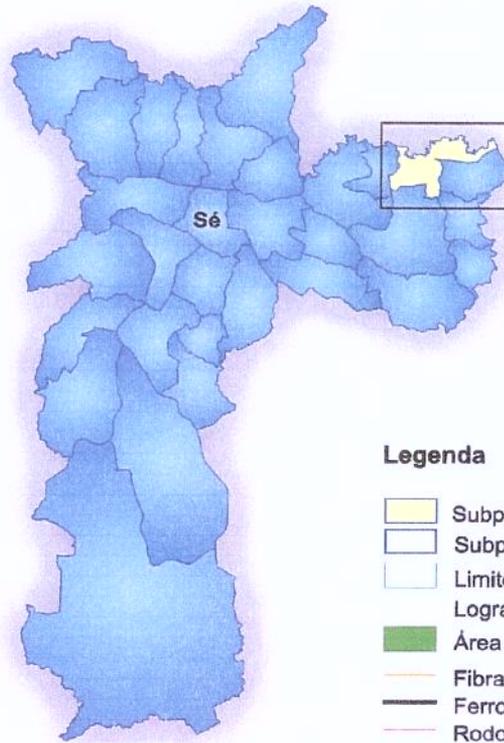


**8 - ANEXOS**

Mortalidade precoce (< 60 anos) por doenças isquêmicas do coração, doenças hipertensivas e doenças cerebrovasculares, segundo distrito de saúde  
Município de São Paulo  
2001



Localização da Subprefeitura de São Miguel Paulista



## QUESTIONÁRIO

Pressão Arterial /

Número da ficha de controle / /

1 Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ b001 / /

2 Idade: \_\_\_\_\_ (em anos completos) b002

3 Sexo:

1 Masculino 2 Feminino b003

4 Grau de instrução:

1 1º grau 2 2º grau 3 3º grau 4 só sabe ler 5 não sabe ler b004a

1 Completo 2 Incompleto 3 Nunca frequentou b004b

5 Ocupação: \_\_\_\_\_

6 Bairro de origem: \_\_\_\_\_

7 Motivo principal da Consulta: \_\_\_\_\_

8 É primeira consulta por este motivo?

1 Sim

2 Não b008

9 Frequenta Unidade Básica de Saúde ou PSF?

1 Sim - qual? \_\_\_\_\_

2 Não b009b

10 Sabia que tinha problema de pressão arterial?

1 Sim

2 Não (pule para questão 19) b010

11 Onde descobriu o problema?

1 Na UBS ou PSF

2 No PS

3 Outro - qual? \_\_\_\_\_ b011b

12 Toma medicamentos para pressão alta regularmente?

1 Sim - qual? \_\_\_\_\_

Como consegue o medicamento?

1 Compra

2 Pega na UBS - qual? \_\_\_\_\_ b012b |\_\_|

2 Não (pule para questão 14) b012d |\_\_|

13 Quem indicou os remédios para a pressão alta?

1 A UBS ou PSF

2 O PS

3 Outro - qual? \_\_\_\_\_ b013b |\_\_|

14 Assistiu alguma palestra sobre hipertensão arterial?

1 Sim - onde? \_\_\_\_\_

2 Não b014b |\_\_|

15 Já foi internado por causa da pressão alta?

1 Sim

2 Não b015a |\_\_|

Foi internado por algum outro problema?

1 Sim - qual? \_\_\_\_\_

2 Não b015c |\_\_|

16 Está inscrito em algum Programa de Saúde?

1 Sim - qual? \_\_\_\_\_

2 Não b016b |\_\_|

17 Trata em alguma Unidade de Saúde?

1 Sim - qual? \_\_\_\_\_

quantas vezes foi à Unidade de Saúde nos últimos seis meses? \_\_\_\_\_ b017b |\_\_|

2 Não b017c |\_\_|

18 Quais os hábitos que você adotou após saber da hipertensão arterial ?

(marcar 1 para Sim e 2 para Não, para cada cuidado)

Diminuição do sal b018a |\_\_|

Diminuição das gorduras b018b |\_\_|

Prática de exercícios físicos regularmente b018c |\_\_|

Emagrecimento b018d |\_\_|

Evita estresse b018e |\_\_|

Vai ao médico regularmente para controlar a HA	b018f  __
Faz exames complementares de controle da HA regularmente	b018g  __
Fuma	b018h  __
Se sim. Diminuiu	b018i  __
Se não. Parou por causa da HA	b018j  __
Ingere bebidas alcoólicas regularmente	b018k  __
Se sim. Diminuiu	b018l  __
Se não. Parou por causa da HA	b018m  __
Outro: _____	b018n  __

19 Como pretende tratar o problema após sair do Pronto-Socorro?

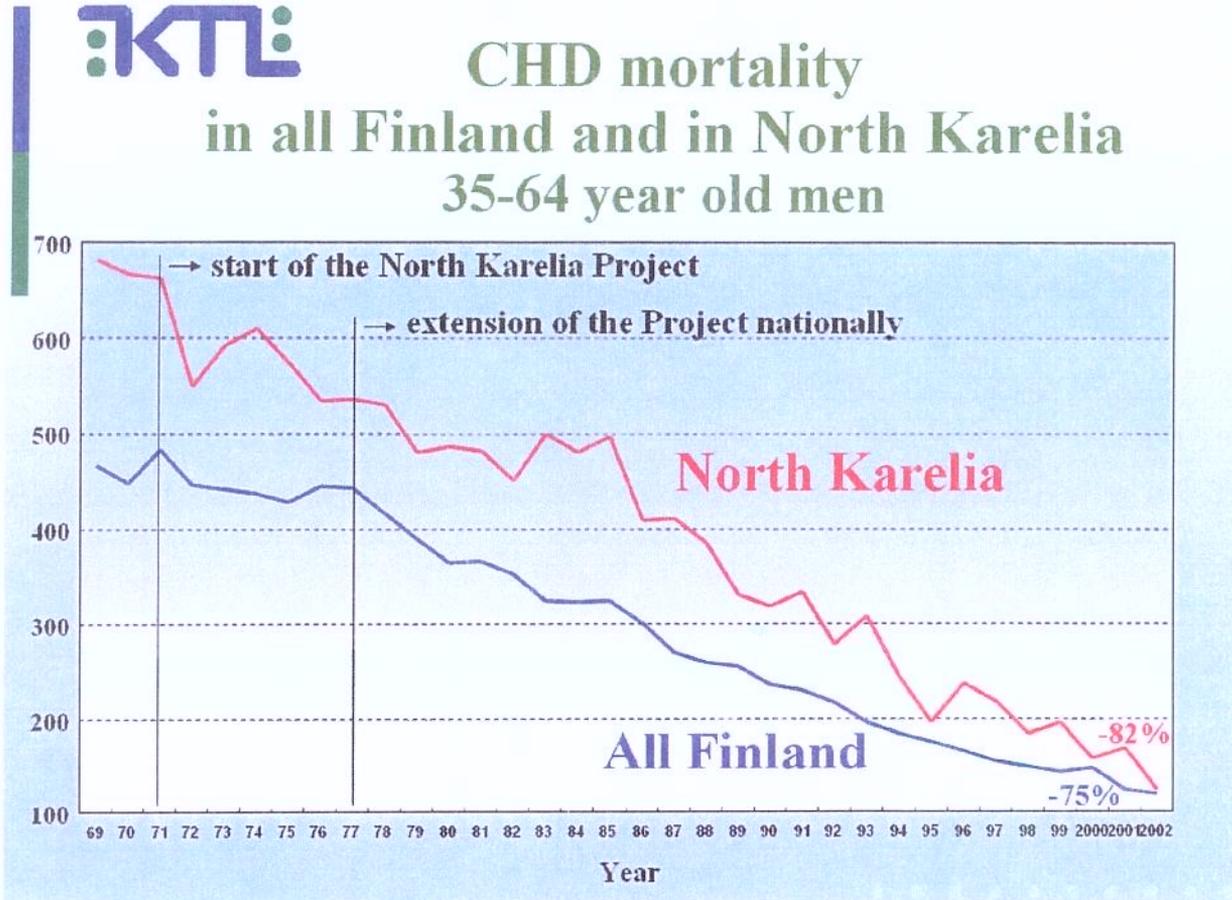
1 Vai continuar o tratamento - onde: \_\_\_\_\_

2 Vai procurar o tratamento - onde: \_\_\_\_\_

3 Apenas voltará ao Pronto-Socorro quando se sentir mal

4 Outro - qual? \_\_\_\_\_

b019d |\_\_|



Fonte: Case Study of Finland: concerted national public health actions. PUSKA (2005)