

## Avaliação do processo de atendimento a pacientes portadores de doença crônico-degenerativa em uma unidade básica de saúde

### *Evaluation of management of patients with chronic degenerative diseases in a primary health clinic*

Arnaldo Sala \*, Diane D. Cohen \*, Ana S. W. Dalmaso \*, Ângela M. M. Lima\*, Ricardo R. Teixeira\*

SALA, A. et al. Avaliação do processo de atendimento a pacientes portadores de doença crônico-degenerativa em uma unidade básica de saúde. *Rev. Saúde Pública*, 27: 463-71, 1993. Avalia-se o desempenho de ações de saúde desenvolvidas em uma unidade básica de saúde, relativas ao controle da hipertensão arterial sistêmica (HAS) enquanto estratégia de redução de morbi-mortalidade por doença cardiovascular baseada no "enfoque de risco". Estas ações estruturam-se a partir da detecção da hipertensão arterial na população adulta atendida no serviço e do controle dos níveis pressóricos nos indivíduos portadores de HAS, incluindo outros fatores de risco conhecidos, bem como tratamento de eventuais complicações. Analisaram-se 3.793 usuários que compareceram pelo menos uma vez à consulta médica no serviço de Assistência ao Adulto de um Centro de Saúde-Escola, do Município de São Paulo (Brasil), no período de 1º de junho de 1990 a 31 de maio de 1991. Para cada um dos usuários foram considerados os diagnósticos realizados, bem como a concentração de cada modalidade de consulta realizada (pronto-atendimento e consulta agendada). Destes, 839 eram portadores de hipertensão arterial e/ou diabete e foram agrupados em quatro categorias: os exclusivamente hipertensos, os hipertensos com outra doença crônica associada (exceto diabete), os diabéticos e os diabéticos com hipertensão arterial. Os resultados deste estudo mostraram: 1) baixa cobertura de indivíduos hipertensos e diabéticos em atendimento no serviço, quando se considera a população atendida pelo Centro de Saúde; 2) a existência de pacientes diagnosticados como hipertensos em consultas de pronto-atendimento, que não retornaram ao Centro de Saúde para seguimento médico programático, apontando para dificuldades na captação efetiva destes indivíduos. Esta "perda" deveu-se tanto a faltas dos pacientes às consultas agendadas para seu seguimento quanto ao não agendamento de consultas de seguimento por parte do serviço; 3) para os pacientes que aderiram ao seguimento, a concentração de consultas médicas e a concentração de faltas apresentaram números compatíveis com a proposta de agendamento trimestral; 4) a categoria dos exclusivamente hipertensos apresentou, quando comparada com as demais, menor concentração de consultas e maior proporção de faltas por consulta agendada. Discutem-se os limites das ações baseadas no "enfoque de risco" para controle de doenças crônico-degenerativas em população.

**Descritores:** Avaliação de processos e resultados (cuidados de saúde). Hipertensão, prevenção. Avaliação de programas.

### Introdução

Já há algum tempo, a magnitude das doenças cardiovasculares como causa de óbito e morbidade tem suscitado estudos que relacionam certos fatores (tabagismo, alcoolismo, hipercolesterolemia, obesidade, "stress", diabetes melitus, hiper-

tensão arterial e outros), ao aparecimento dessas doenças<sup>5</sup>.

No intuito de tentar evitar a morte precoce e a morbidade por essas citadas doenças, em sua maior parte incapacitantes, têm-se formulado duas estratégias básicas: a do "enfoque de risco" e a do "enfoque populacional"<sup>7</sup>. O primeiro propõe o controle de exposição a fatores de risco em indivíduos com alto risco para doenças cardiovasculares (DCV), em trabalho realizado indivíduo a indivíduo. Já o "enfoque populacional" pretende alcançar a redução dos fatores de risco na população, realizando-se a abordagem ao nível do coletivo. Ambas as estratégias têm como pressuposto que a supressão de um ou mais fatores de risco acarretaria diminuição da mortalidade e morbidade por DCV.

\* Centro de Saúde-Escola Prof. Samuel B. Pessoa - Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo, SP - Brasil

Separatas/Reprints: A. Sala - Av. Vital Brasil, 1490 - 05503-000 - São Paulo, SP - Brasil

Edição subvencionada pela FAPESP. Processo Medicina 93/0208-5.

Em dezembro de 1986, o Ministério da Saúde, pela sua Divisão Nacional de Doenças Crônicas-Degenerativas, lançou as "Bases Estratégicas e Operacionais" para o controle das DCV, em documento<sup>6</sup> onde faz uma breve avaliação do trabalho realizado naquele ano e expõe sua proposta de atuação. O documento prevê que a abordagem do problema seja feita através dos dois enfoques, o de risco e o populacional.

O trabalho de prevenção pela "estratégia populacional" seria realizado por meio de campanhas anti-fumo, a favor dos exercícios físicos e da dieta mais equilibrada. Já o trabalho de prevenção pela "estratégia de alto risco" seria realizado pela assistência médica prestada aos indivíduos de alto risco, especialmente hipertensos, com a detecção e controle dos principais fatores de risco, tais como fumo, obesidade, hipercolesterolemia, entre outros.

A avaliação de programa de controle de DCV, baseado no "enfoque de risco", deveria conter, em última instância, apreciação de seus resultados finais sobre o comportamento desse grupo de doenças na população, finalidade última do citado programa. Contudo, algumas dificuldades operacionais e conceituais dificultam, na prática, a realização de tal procedimento. Primeiramente, seria necessário obter cobertura suficientemente expressiva de indivíduos com risco para DCV para que se observasse uma modificação significativa no perfil epidemiológico; isto impediria uma avaliação ainda na fase de implantação do programa. Em segundo lugar, o grupo de indivíduos com risco para DCV não produz a maioria dos casos de doença, na medida em que é um grupo numericamente bem menor que o dos indivíduos de baixo risco (e portanto não objeto do programa); desta forma, a melhoria dos indicadores de morbi-mortalidade por DCV seria sempre parcial. Em terceiro lugar, a obtenção desse efeito desejado na população não se faria de imediato, mas após um período de vários anos, o que dificultaria o processo de reorientação contínua das ações. Esse tipo de avaliação de resultados finais não permitiria visualizar o desempenho dos elementos constitutivos do processo de atendimento desses indivíduos de risco, não possibilitando, assim, localizar no conjunto das ações desenvolvidas, aquelas que necessitam prioritariamente de alterações.

Assim, uma metodologia de avaliação que possa apreender os elementos do trabalho que envolvem o atendimento desses indivíduos de risco para DCV parece ser mais pertinente, principalmente quando se considera uma fase ainda de implantação do programa (de ordenamento do trabalho e de extensão de cobertura). Esta pers-

pectiva avaliatória parte do suposto de que se o processo de trabalho não for adequado, do ponto de vista de sua coerência com os objetivos finais a serem alcançados, os resultados finais (controle da DCV na população) não devem estar sendo alcançados. Embora não podendo apreender esses resultados finais, essa avaliação permite identificar pontos no conjunto do trabalho que necessitem modificações.

A *avaliação do processo de trabalho* não deve ser confundida com *avaliação de processo*, tal como proposta por Donabedian<sup>3</sup>. Embora seja possível identificar algumas semelhanças entre os respectivos meios de avaliação, tratam-se de perspectivas conceituais distintas que produzem, conseqüentemente, uma visibilidade diversa das ações de cuidado à saúde. A perspectiva proposta por Donabedian<sup>3</sup> busca avaliar, em última instância, a racionalidade das ações, tomando como elemento invariante, a cada momento, o conhecimento médico estabelecido. Nesses termos, a avaliação deve ser capaz de identificar possíveis (e prováveis) desvios e distorções na aplicação do conhecimento médico disponível, no momento da efetivação do cuidado à saúde.

Na perspectiva proposta no presente texto, a da avaliação do processo de trabalho<sup>8</sup>, busca compreender as relações que se estabelecem, no processo de trabalho em saúde, entre os elementos que o constituem: objeto do trabalho, meios de trabalho (onde se incluem, além dos instrumentos materiais, o conhecimento clínico e o conhecimento epidemiológico), e agentes do trabalho; estes são determinados, em última instância, pela necessidade social de obtenção dos produtos desse processo de trabalho. Nesses termos, a avaliação deve reconhecer quais são essas necessidades (ou, pelo menos, qual é sua expressão hegemônica), e verificar se o *processo efetivamente realizado* é adequado à satisfação dessas necessidades sociais. É evidente que a satisfação efetiva dessa necessidade só pode ser apreendida pelo próprio conjunto social que, ao fazê-lo, reitera, modifica ou substitui aquele processo por outro\*.

Deste modo, três enfoques aparecem como pertinentes para a avaliação do processo de trabalho relativo a ações programáticas dirigidas ao controle de DCV: avaliação da cobertura, avaliação do uso do serviço, e avaliação do conteúdo das ações, dos quais apenas os dois primeiros serão considerados enquanto objeto da presente investigação.

\* Para aprofundamento da questão relativa ao processo de trabalho, ver Gonçalves<sup>4</sup>.

Na avaliação da cobertura considera-se, fundamentalmente, a relação entre a demanda que efetivamente compareceu ao serviço para atendimento no programa e a demanda potencial constituída pelos indivíduos suscetíveis ao desenvolvimento de DCV, pertencentes à área de abrangência do serviço.

Na avaliação do uso do serviço, a questão central é a da verificação da ocorrência de uma *concentração mínima necessária* de determinadas atividades (adequada para cada situação de ação programática), incidindo sobre cada indivíduo, tendo como pressuposto que se o uso do serviço não for adequado (baixa concentração das atividades por paciente), então o conjunto do trabalho deve ser insuficiente para a detecção de fatores de risco, bem como para o controle da doença já instalada.

O terceiro ponto, não considerado no desenho da presente investigação, consiste na avaliação do conteúdo das ações, que envolve a análise de múltiplos aspectos, no sentido da verificação da eficácia dos processos de diagnóstico, de identificação de fatores de risco em cada indivíduo e dos processos terapêuticos. Esta eficácia não deve ser entendida apenas no sentido restrito aos parâmetros técnicos definidos pelo conhecimento médico; seu sentido, pois, deve ser ampliado para compreender o conjunto do trabalho, em perspectivas complementares que envolvem desde as demandas e expectativas do usuário em relação ao atendimento, a aderência dos agentes (médicos, enfermagem e outros) envolvidos no atendimento, os processos diagnósticos e terapêuticos, até a articulação entre as diferentes atividades que compõem o conjunto das ações programáticas.

O presente estudo tem por objetivo avaliar o desempenho de um programa de controle de doenças crônico-degenerativas operado concretamente em uma unidade básica de saúde que tem suas ações orientadas a partir da integração entre práticas programáticas e assistência médica à demanda espontânea<sup>9</sup>. Esta avaliação, realizada a partir de informações de prontuário dos indivíduos atendidos durante o período do estudo, vai enfocar questões relativas à cobertura na população adscrita à unidade, à captação da demanda de "indivíduos de risco" para DCV e ao uso do serviço.

## Material e Método

O material empírico é referente aos usuários de um Centro de Saúde-Escola (CSE) do Município de São Paulo, atendidos no setor de assistência ao adulto, no período compreendido entre primeiro de

junho de 1990 e 31 de maio de 1991, enfocando tanto as modalidades de atendimento a que foram submetidos os pacientes, quanto aos diagnósticos relativos às doenças crônicas, objetos de atividade programática. Esse Centro está localizado no bairro do Butantã, e atende a uma população geograficamente delimitada, constituída por 47.016 habitantes, em 1991 (Censo 1991\*, IBGE, dados por setor censitário), da qual estima-se que 60,4% têm 20 anos de idade ou mais.

### Centro de Saúde-Escola

No CSE estudado, as ações de controle de DCV seguem a padronização do Ministério da Saúde<sup>5</sup>, no que diz respeito ao cuidado através da "estratégia do alto risco".

A organização das atividades no setor de assistência ao adulto do CSE foi concebida como subordinada à questão do envelhecimento<sup>1</sup>. No entanto, o cuidado aos pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas foi implantado em curto espaço de tempo, ficando as ações dirigidas ao conjunto da população que envelhece com um ritmo mais lento de implantação, dada a natureza de seu próprio objeto. Deste modo, na fase inicial, a organização das atividades aparentava possuir dois programas distintos - o de crônicos e o de idosos - que apenas em período posterior ao presente estudo apresentam-se, de fato, integrados.

A organização dos cuidados dirigidos aos pacientes portadores de doença crônico-degenerativa possui, no CSE, dois momentos principais: o atendimento não programático e o acompanhamento médico programático. O primeiro, ou pronto-atendimento (PA), tem dois objetivos básicos: o atendimento médico imediato aos pacientes que procuram o serviço sem consulta agendada e com queixa e a captação ativa de demanda para as atividades programáticas realizadas no serviço (Programa de Assistência à Saúde no Envelhecimento, incluindo o Programa de Controle de Doenças Crônicas, Programa de Assistência à Saúde do Adolescente e Programa de Assistência à Saúde da Mulher).

O acompanhamento médico programático envolve, basicamente, consultas médicas agendadas e atendimentos em grupo realizados com a participação de pessoal auxiliar de enfermagem.

Especificamente para o Programa de Controle de Doenças Crônicas, a captação ativa de demanda é realizada da seguinte forma: mede-se a pressão arterial de todos os indivíduos que passam pelo pronto-atendimento, independentemente da queixa

\* Dados inéditos.

que apresentem. Também é verificada a pressão arterial de todos os pacientes que fazem seguimento programático no serviço, em qualquer um dos programas, pelo menos uma vez por ano.

O paciente considerado hipertenso é encaminhado para a consulta de início do seguimento, uma consulta médica que pretende fazer levantamento de outros fatores de risco aos quais o indivíduo estaria submetido. A seguir, o paciente entra numa rotina de seguimento, o que significa dizer que ele terá uma consulta médica agendada, como norma geral, trimestralmente, além de realizar exames complementares, anualmente, com o objetivo principal de detectar complicações bem como diagnosticar, de forma precoce, alguns outros fatores de risco para DCV.

#### Coleta de Dados

No CSE estudado, desde 1989, coletam-se dados dos prontuários de todos os atendimentos realizados, como também dos faltosos ao agendamento, que são organizados em arquivo informatizado, através da utilização do *software* FoxBASE+. Os dados contidos nesse arquivo são: sexo; idade; tipo ou modalidade de atendimento (PA, início de seguimento, retorno agendado, atendimento em grupo e atendimento de enfermagem); nome do programa (Mulher, Gestante, Crônicos, Adolescentes e Outros); comparecimento/falta ao atendimento; diagnóstico de doença crônica (HA (hipertensão arterial), DM (diabetes melito), cardiopatia, DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica), obesidade e epilepsia) presentes nas consultas realizadas no período.

Para se proceder à análise dos usuários do setor, no período de um ano, utilizaram-se dados dos atendimentos realizados (todos os tipos) e das faltas ocorridas no período.

Assim, a partir de um processamento do arquivo de atendimentos, foi elaborado um outro arquivo, de usuários do setor de assistência ao adulto. Este processamento consistiu, basicamente, na contagem dos atendimentos em cada uma das modalidades a que se submeteu cada usuário, assim como na verificação da presença de cada um dos diagnósticos de doença crônica em pelo menos uma das consultas realizadas no período. Esse arquivo de usuários contém os seguintes dados, que foram utilizados diretamente para a produção dos resultados da presente avaliação:

- 1 - idade;
- 2 - sexo;
- 3 - concentração de atendimentos realizados (todos os tipos) nos programas de Mulher, Gestante, Crônicos e Outros;

- 4 - concentração de atendimentos realizados (todos os programas) nos tipos de atendimento, consulta de PA, consulta agendada, atendimento de enfermagem e atendimento em grupo;
- 5 - concentração de consultas médicas do programa de Crônicos;
- 6 - concentração de faltas em consultas médicas agendadas de pacientes do programa de Crônicos;
- 7 - diagnóstico, onde os pacientes foram agrupados em 5 categorias nosológicas, a partir da presença ou ausência de cada um dos 6 diagnósticos inicialmente considerados, em pelo menos uma das consultas realizadas, com a seguinte nomenclatura:

- HA EXCLUSIVO: portador exclusivo de hipertensão
  - HA: portador de hipertensão com outra doença crônica, exceto diabete
  - DM: portador de diabete com outra doença crônica, exceto hipertensão
  - HA+DM: hipertenso e diabético, com ou sem outras doenças crônicas
  - NÃO CRÔNICO: não portador de hipertensão, nem de diabete, com ou sem outros diagnósticos de doença crônica
- 8 - uso do serviço, categorizado em usuário exclusivo do PA e em usuário de consulta agendada (quando foi realizada pelo menos uma consulta em qualquer um dos programas, tendo ou não sido realizadas consultas de PA).

Deste modo, de um total de 16.809 registros de atendimentos ou de faltas, foi organizado um arquivo com 3.793 usuários matriculados que compareceram pelo menos uma vez a qualquer modalidade de consulta.

O processamento desse arquivo de usuários, para a elaboração das tabelas de distribuição de frequência e para a análise estatística, foi realizado através do *software* EPIINFO. Foi utilizada análise de variância unifatorial para os dados numéricos com distribuição normal, e o teste de Kruskal-Wallis nas situações em que estes não possuem distribuição normal. Para análise dos dados categóricos foi utilizado o teste de *Chi* quadrado.

A análise da cobertura tem como referência a estimativa de prevalência de hipertensão arterial<sup>1</sup> e diabete<sup>2</sup> na população geral.

A análise da utilização do serviço, considerada a partir de cada uma das quatro categorias de pacientes agrupados pela sua situação diagnóstica, percorreu inicialmente a concentração de atendimentos em consultas agendadas. A expectativa do

Programa é de quatro consultas programáticas, agendadas por ano, para os indivíduos que iniciaram o seguimento antes do período de estudo, e um número baixo de consultas de pronto-atendimento, na medida em que o atendimento programático deve resolver a maior parte dos problemas de saúde daquele indivíduo, sejam estes problemas relacionados ou não às doenças crônico-degenerativas, objeto do programa. A observação das faltas ocorridas no período completa a análise inicial da utilização do serviço naquilo que se pode denominar como aderência ou assiduidade ao atendimento. No conjunto de todos os atendimentos realizados no setor de atendimento ao adulto do CSE, tem-se uma proporção de aproximadamente 30% de faltas sobre o total de agendamentos\*.

A análise da utilização de serviço completa-se com a verificação da presença de atendimentos programáticos, durante o período de estudo, contra a presença exclusiva de consultas de pronto-atendimento, em cada um dos quatro grupos de pacientes considerados. Procura-se verificar não só a existência de um padrão homogêneo na distribuição de cada grupo de pacientes, segundo a presença de atendimento programático, mas também o volume de indivíduos que permanece exclusivamente no pronto-atendimento, o que revelaria dificuldades na captação destes para a assistência programática.

## Resultados

Os dados apresentados permitem considerar as seguintes questões:

### Cobertura

A cobertura de hipertensos e diabéticos é baixa, estando ao redor de 2,7% e 0,7%, respectivamente, quando se considera a população adulta (indivíduos com 20 anos de idade ou mais) residente na área do CSE. Mesmo considerando que um segmento dessa população tenha acesso a outros serviços de assistência médica além do CSE, é provável que um grupo significativo de hipertensos e de diabéticos não estejam sendo submetidos a nenhum controle de saúde, ou mesmo não tenham sido nem objeto de diagnóstico.

A Tabela 1 mostra a prevalência de indivíduos portadores de "doenças crônicas" na população adulta usuária do serviço, mostrando prevalência acima de 50% na faixa etária com 50 anos e mais.

**Tabela 1.** Taxa de prevalência anual das "Doenças Crônicas" por 100 pacientes, em 3.793 pacientes atendidos no setor de assistência ao adulto do Centro de Saúde-Escola, segundo grupo etário. Período de junho de 1990 a maio de 1991.

Diagnóstico*	N	Faixa Etária	
		12 - 49	50 e mais
DM	62	0,5	5,3
HA	177	1,9	13,9
HA-DM**	137	0,7	13,3
HA excl.	461	6,8	30,1
Total %	22,0	9,9	62,6
Número	837	289	548

\* DM = diabete com ou sem outra doença crônica (exclui HA).

HA = hipertensão com outra doença crônica (exclui diabetes)

HA-DM = hipertensão e diabetes com ou sem outra doença crônica.

HA excl. = HA exclusiva.

\*\* Houve perda de 2 casos sem informação sobre idade.

### Uso do serviço

Considerados apenas os pacientes inscritos no Programa antes do período estudado, os dados sobre concentração de atendimentos de *Hipertensos, Diabéticos e Hipertensos Diabéticos* mostra médias compatíveis com a proposta de agenda-

**Tabela 2.** Distribuição percentual de pacientes crônicos, segundo concentração de comparecimentos em consultas agendadas e situação diagnóstica, em pacientes inscritos no programa até o início do período estudado\*, junho de 1990 a maio de 1991.

Concentração de comparecimentos	Diagnóstico**				
	DM	HA	HA-DM	HA Exc	Total
1 e 2	20,0	15,2	8,8	38,3	25,8
3 a 5	40,0	57,1	46,1	45,6	47,9
6 e 7	22,9	18,8	32,4	13,3	19,1
8 e +	17,1	8,9	12,7	2,8	7,2
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Número	35	112	102	248	497
Média	5,2	4,5	5,2	3,4	4,2
D.P.	3,3	2,0	2,1	2,0	2,3

p < 0,05

\* Exclui 234 pacientes que fizeram inscrição durante o período do estudo e 108 pacientes não inscritos

\*\* DM = diabete com ou sem outra doença crônica (exclui HA).

HA = hipertensão com outra doença crônica (exclui diabetes).

HA-DM = hipertensão e diabetes com ou sem outra doença crônica.

HA excl. = HA exclusiva.

Nota: Existe diferença estatisticamente significativa entre o grupo de HA excl. e os demais crônicos.

\* Dados do Boletim de Produção do CSE - documento interno.

mento trimestral de consulta, com pequena proporção de pacientes com apenas uma consulta programática (Tabela 2). Os *Hipertensos Exclusivos* apresentam menor número de consultas realizadas no período, sugerindo aderência ou assiduidade significativamente menor à proposta de agendamento trimestral\*.

Desta forma, pode-se concluir que o uso do serviço, indicado pela concentração de consultas do Programa (Tabela 2) e de PA (Tabela 3), pode ser considerado como adequado, exceto para o grupo dos hipertensos exclusivos.

**Tabela 3.** Distribuição percentual de pacientes crônicos, segundo concentração de comparecimentos ao pronto-atendimento e situação diagnóstica. Período de junho de 1990 a maio de 1991.

Concentração de comparecimentos	Diagnóstico*				Total
	DM	HA	HA-DM	HA Exc	
0	29,0	40,1	38,1	34,3	35,8
1	27,4	27,1	32,4	38,6	34,3
2	25,8	17,0	15,8	15,6	16,7
3 e +	17,8	15,8	13,7	11,5	13,2
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Número	62	177	139	461	839
Média	1,5	1,3	1,2	1,1	1,2
D.P.	1,5	1,5	1,5	1,2	1,3

p < 0,05

\* DM = diabetes com ou sem outra doença crônica (exclui HA).  
HA = hipertensão com outra doença crônica (exclui diabetes).  
HA-DM = hipertensão e diabetes com ou sem outra doença crônica.  
HA excl. = HA exclusiva.

Nota: As diferenças não são estatisticamente significativas.

Pode-se afirmar, no entanto, que a menor "aderência" dos pacientes *Hipertensos Exclusivos* não é compensada por consultas mais frequentes ao PA. Trata-se, pois, de um grupo de indivíduos que efetivamente utiliza menos o serviço (Tabela 3). Da mesma forma, esses pacientes possuem maior índice de falta às consultas médicas do Programa (Tabela 4).

O grupo de pacientes *Hipertensos Exclusivos* é constituído por uma população significativamente mais jovem (Tabela 5) do que a dos outros grupos de crônicos. Nesse grupo é que se observa quanti-

**Tabela 4.** Distribuição percentual de pacientes crônicos\*, segundo faltas por 100 agendamentos de consultas médicas e situação diagnosticada. Período de junho de 1990 a maio de 1991.

Faltas por 100 agend.	Diagnóstico**				Total
	DM	HA	HA-DM	HA Exc	
0	61,1	54,4	57,3	54,9	55,7
1 a 14	5,5	7,6	9,6	1,6	4,8
15 a 29	7,4	18,1	16,9	13,2	14,6
30 a 49	16,7	12,9	12,5	11,9	12,6
50 a 100	9,3	7,0	3,7	18,4	12,3
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Número	54	171	136	370	731
Média	13,8	13,1	12,1	17,9	15,4
D.P.	21,5	17,0	17,0	23,3	20,9

p < 0,05

\* Exclui 108 pacientes não inscritos no programa (não possuem consultas agendadas)

\*\* DM = diabetes com ou sem outra doença crônica (exclui HA).

HA = hipertensão com outra doença crônica (exclui diabetes).

HA-DM = hipertensão e diabetes com ou sem outra doença crônica.

HA excl. = HA exclusiva.

Nota: As diferenças encontradas são estatisticamente significativas.

**Tabela 5.** Distribuição percentual de pacientes crônicos, segundo idade e diagnóstico. Período de junho de 1990 a maio de 1991.

Faixa etária	Diagnóstico*				Total
	DM	HA	HA-DM**	HA Exc	
12 a 19	3,2	-	0,7	0,7	0,7
20 a 49	22,6	31,1	14,6	42,1	33,8
50 a 59	29,0	23,7	26,3	23,6	24,5
60 e +	45,2	45,2	58,4	33,6	41,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Número	62	177	137	461	837
Média	56,3	57,3	60,0	52,3	54,9
D.P.	16,2	12,9	11,2	13,7	13,7

p < 0,05

\* DM = diabetes com ou sem outra doença crônica (exclui HA).

HA = hipertensão com outra doença crônica (exclui diabetes).

HA-DM = hipertensão e diabetes com ou sem outra doença crônica.

HA excl. = HA exclusiva.

\*\* Há perda de informação de idade em 2 casos de HA-DM.

Nota: As diferenças observadas são estatisticamente significativas.

dade expressiva de indivíduos atendidos apenas em PA (não tendo comparecido a nenhuma consulta do Programa) (Tabela 6), indicando que o grupo, portador apenas de um dos fatores de risco

\* Foram excluídos os pacientes inscritos no atendimento programático durante o período do presente estudo, na medida em que, em função de situações clínicas bastante variadas, a proposta de agendamento trimestral não se aplica, em geral, às primeiras consultas.

para DCV investigados pelo serviço, parece ter menor "aderência" a uma proposta de controle de saúde, em situação de ausência relativa de sintomas, em contraste com os pacientes nas outras categorias nosológicas. O termo 'aderência' refere-se, na realidade, ao não comparecimento do indivíduo à consulta agendada, podendo implicar desde a negação total ou parcial da proposta de atendimento oferecida até questões de dificuldades operacionais para comparecer ao serviço no dia e hora marcados. A Tabela 7 mostra que a distribuição por

**Tabela 6.** Distribuição percentual de pacientes crônicos segundo situação diagnóstica e uso do serviço. Período de junho de 1990 a maio de 1991.

Diagnóstico*	Uso do serviço			Número
	Consulta agend.**	Pronto-atend. exclusivo***	Total %	
DM	87,1	12,9	100,0	62
HA	96,6	3,4	100,0	177
HA-DM	97,8	2,2	100,0	139
HA excl	80,3	19,7	100,0	461
Total	87,1	12,9	100,0	839

\* DM = diabetes com ou sem outra doença crônica (exclui HA).

HA = hipertensão com outra doença crônica (exclui diabetes).

HA-DM = hipertensão e diabetes com ou sem outra doença crônica.

HA excl. = HA exclusiva.

\*\* Consulta agendada = pacientes que realizaram 1 ou mais consultas médicas agendadas no período, com qualquer número de consultas de PA.

\*\*\* Pronto-atend. exclusivo = pacientes que realizaram apenas consultas médicas de PA.

Nota: A distribuição é significativamente não homogênea.

**Tabela 7.** Distribuição percentual de pacientes hipertensos exclusivos, segundo idade e sexo por uso do serviço. Período de junho de 1990 a maio de 1991.

Idade	Sexo	Uso do serviço		
		Consulta agendada	Pronto-atend. exclusivo	Total
12 a 20	Masc.	0,5	-	0,4
	Fem.	0,3	-	0,2
20 a 49	Masc.	7,8	14,3	9,1
	Fem.	32,2	36,2	33,0
50 a 59	Masc.	4,1	11,0	5,4
	Fem.	18,9	15,4	18,2
60 e +	Masc.	7,8	6,6	7,6
	Fem.	28,4	16,5	26,1
Total % parcial	Masc.	20,3	31,9	22,6
	Fem.	79,7	68,1	77,4
Total % número		100,0 370	100,0 91	100,0 461

sexo e uso do serviço é significativamente não homogênea para o conjunto dos pacientes Hipertensos Exclusivos, onde os homens usam menos freqüentemente o atendimento agendado e as mulheres realizam uso mais intenso do atendimento agendado em relação ao uso exclusivo do PA. Este fenômeno, porém, está localizado apenas na faixa de 50 a 59 anos. Ainda na Tabela 7, observa-se que o sub-grupo de indivíduos atendidos apenas em PA, é mais jovem e com mais indivíduos do sexo masculino. Para esses indivíduos, em princípio "não aderentes" ao atendimento programático, seria interessante aprofundar estudo que pudesse indicar relações entre o uso do serviço (ou aderência a ações programáticas) e certas situações de vida social e de morbidade.

Cabe assinalar, ainda, que parte desta "perda" de indivíduos que não chegam a obter o atendimento programático é decorrente da falta de encaminhamento adequado para essas ações (o profissional médico que realizou o atendimento não encaminhou o indivíduo hipertenso para o seguimento programático), e não somente de uma recusa ao atendimento. Essa "perda" por falha do profissional pôde ser detectada em exame de prontuários realizado após a análise inicial dos dados apresentados no presente trabalho.

## Discussão

Foram abordados dois tipos de questões: primeiramente, as relativas à captação de indivíduos portadores de alguns fatores de risco para DCV para assistência médica individual, e, em seguida, questões relativas ao atendimento realizado aos indivíduos que freqüentaram o serviço.

O "enfoque de risco", ao propor a detecção de indivíduos considerados de risco para DCV, deve captar para a assistência médica grupos de pessoas em sua maior parte assintomática, o que determina dificuldades não somente na identificação desses indivíduos como também no posterior controle de saúde através de assistência médica individual. A identificação de parte desses indivíduos é possível apenas em situações de procura espontânea ao serviço de saúde por outros motivos, quando, então, detecta-se nível pressórico elevado. Um outro grupo de indivíduos, que não freqüenta serviço de saúde, ou o faz em condições de atendimento muito sumário, não tem a situação de risco detectada. Assim, opera-se com uma baixa cobertura na identificação de indivíduos expostos ao fator de risco para DCV, como também com perda de indivíduos reconhecidos como "de risco", que não aderem ao controle de saúde.

Quanto à questão dos indivíduos considerados como "de risco" para DCV, o rastreamento faz-se apenas a partir dos níveis tensionais, sendo os outros fatores (tais como hipercolesterolemia, tabagismo, obesidade, diabete) considerados somente em momento posterior ao diagnóstico de hipertensão arterial. Porém, é sabido que esses outros fatores, mesmo na ausência de hipertensão arterial, contribuem para a mortalidade por DCV.

Além do problema da captação de indivíduos "de risco" para DCV é necessário considerar também as possibilidades efetivas de manter esse grupo de indivíduos sob permanente controle individual de saúde. Os resultados do presente trabalho sugerem haver maior dificuldade na obtenção de "aderência" ao serviço por parte dos indivíduos portadores apenas de fatores de risco, provavelmente sem doença sintomática concomitante. Sendo assim, torna-se necessário conhecer o que determina a procura e a "aderência" desses indivíduos ao serviço.

Ainda que se considere esta relativa menor "aderência" por parte desses indivíduos assintomáticos, pode-se afirmar que, no presente estudo, o padrão de comparecimento ao serviço para consultas médicas periódicas foi, no geral, satisfatória. Isto significa que, embora do ponto de vista populacional possa-se esperar apenas um impacto mínimo na redução da morbimortalidade por DCV, é provável que haja benefício real para os indivíduos que efetivamente foram captados e seguem aderidos ao controle de saúde. Resta saber qual é a eficácia da abordagem individual para controle de alguns fatores de risco, bem como qual o benefício real para seu portador, em termos de qualidade de vida, notadamente na situação em que se prioriza para captação um único fator de risco - o nível de pressão arterial elevado.

SALA, A. et al. [Evaluation of management of patients with chronic degenerative diseases in a primary health clinic]. *Rev. Saúde Pública*, 27: 463-71, 1993. The efficacy of health actions, related to arterial hypertension and used as a strategy to decrease morbimortality due to cardiovascular diseases, in accordance with the "risk approach" and carried out in a Primary Health Care Clinic is assessed. These actions are based on the detection of arterial hypertension in the adult population attended at the Clinic and on the control of blood pressure levels in hypertensive individuals in which other known risk factors continue to be controlled, as well as on further treatment of eventual complications. Data relating to the 3,793 patients who were attended at least once by doctors of the adult sector of a training health-center located in S. Paulo county (Brazil) during the period from June 1990 to

May 1991, inclusive, were evaluated. This evaluation was made according to each diagnosis undertaken as well as to the concentration of each type of consultation whether occasional, or follow-up. Of these 3,793 patients analysed, 839 presented arterial hypertension and/or diabetes, and were grouped into four categories: the exclusively hypertensive, the hypertensive with other associated chronic diseases (except diabetes), the diabetic and the diabetic with arterial hypertension. The results of this study brought the following aspects to light: 1) The low coverage of hypertensive individuals and diabetics being attended by the health service when only the population attended by the health service is taken into consideration. 2) The incidence of patients diagnosed as hypertensive in occasional consultations who did not return to the health service for medical follow-up indicates the difficulties involved in attracting such individuals permanently. This loss is due to both the non-appearance of patients at the consultations programmed for their follow-up as well the lack of the follow-up program on the part of the health service. 3) With regard to these that fulfilled the follow-up program, the concentration of medical consultations and the concentration of absences presented satisfactory proportions, compatible with the proposal of quarterly medical consultations. 4) The category of exclusively hypertensive individuals presented a lower concentration of attendance at consultations and a higher proportion of absences per consultation planned than did the others categories. Finally, the limitations of the actions based on the risk approach for the control of Chronic Degenerative Diseases are discussed.

**Keywords:** Outcome and process assessment (health care). Hypertension, prevention. Program evaluation. Primary health care.

## Referências Bibliográficas

1. CASTANHEIRA, E.R.L.; TEIXEIRA, R.R.; LIMA, A.M.M. Envelhecimento e ação programática: da necessidade à construção de um objeto. In: Schraiber, L.B. *Programação em saúde hoje*. São Paulo, Hucitec, 1990. p. 183-226. (Saúde em Debate, 30).
2. COMISSÃO COORDENADORA CENTRAL DO ESTUDO MULTICÊNTRICO DA PREVALÊNCIA DO DIABETES MELLITUS NO BRASIL. Estudo multicêntrico sobre a prevalência do Diabetes Mellitus no Brasil. *Inf. Epidemiol. SUS*, 1(3): 45-73, 1992.
3. DONABEDIAN, A. *Exploration in quality assessment and monitoring*. Michigan, Health Administration Press, 1980. v. 1.
4. GONÇALVES, R.B.M. *Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades*. São Paulo, CEFOR, 1992. (Cadernos CEFOR - Série textos, 1).
5. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Normas técnicas para o programa nacional de educação e controle da hipertensão arterial (PNECIIA)*. Brasília, Centro de Documentação, 1988.
6. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Programas Especiais. Divisão Nacional de Doenças Crônicas-Degenerativas. Bases estratégicas e operacionais. Brasília, 1986. [mimeografado].

7. ROSE, G. Individuos enfermos y poblaciones enfermas. In: Buck, C. et al. *El desafío de la epidemiología: problemas y lecturas seleccionadas*. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud, 1988. p. 900-9 (OPAS - Publicación científica, 505).
8. SALA, A. A avaliação de programas de saúde. In: Schraiber, L.B. *Programação em saúde hoje*. São Paulo, Hucitec, 1990. p. 117-38. (Saúde em Debate, 30).
9. SCHRAIBER, L.B. *Programação em saúde hoje*. São Paulo, Hucitec, 1990. (Saúde em Debate, 30).

Recebido para publicação em 26.11.1992

Reapresentado em 13.9.1993

Aprovado para publicação em 21.10.1993