








Coordenação do cuidado na perspectiva das pessoas com hipertensão na atenção primária à saúde

Anderson da Silva Rêgo¹ , Fernanda Gatez Trevisan dos Santos² , Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic² , Juliana Gabrielle Santos Arnaldo² , Mayara Almeida Martins² , Marcelo da Silva² , Maria Aparecida Salci² 

RESUMO

Objetivo: analisar a satisfação de pessoas com hipertensão acerca da coordenação do cuidado na Atenção Primária à Saúde. **Método:** trata-se de um estudo transversal, realizado com 417 pessoas em um município de médio porte, localizado na região sul do Brasil. Os dados foram coletados no primeiro semestre de 2016, utilizando instrumento de avaliação adaptado e validado sobre domínios estruturais da Atenção Primária à Saúde e utilizado questões referentes à coordenação do cuidado. Realizou-se análise descritiva e inferencial para tratamento das variáveis. **Resultados:** evidenciou-se que os entrevistados avaliaram satisfatoriamente a utilização dos prontuários durante a consulta por parte dos profissionais de saúde e discussão dos resultados oriundos da consulta no serviço especializado. Pessoas com controle pressórico inadequado avaliaram insatisfatoriamente a anotação das queixas e necessidades em saúde, verbalizadas durante as consultas, agendamento para retorno e encaminhamento por escrito de competência das Unidades Básicas de Saúde, como também, atendimento garantido e informações esclarecedoras sobre os resultados da consulta no serviço referenciado. **Conclusão:** As pessoas com hipertensão apresentaram satisfação com a coordenação do cuidado na Atenção Primária à Saúde.

Palavras-Chave: Hipertensão, Avaliação em saúde, Assistência ao paciente, Encaminhamento e consulta, Atenção primária à saúde.

INTRODUÇÃO

A coordenação do cuidado, no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), surge como um dos elementos fundamentais na regionalização dos serviços oferecidos, como componente organizacional e de constituição das Redes de Atenção à Saúde (RAS). A integração vertical e horizontal das ações e serviços, centrados na APS, tem o propósito de ampliação do acesso, fortalecendo-a como porta de entrada, contínua e de qualidade, capaz de coordenar o percurso terapêutico do usuário, com informação precisa, gestão clínica e ações administrativas e organizacionais¹⁻³.

No que concerne as doenças crônicas, a ordenação do cuidado necessita ser integral e vinculada aos demais serviços, principalmente pela alta prevalência de morbidades, que culmina na necessidade de mudanças na sua organização sistêmica, com melhorias na oferta e reorientação da demanda³⁻⁴. A hipertensão é uma morbidade

crônica que atinge 24,5% da população brasileira, representando cerca de 31 milhões de pessoas⁵. Seu tratamento prevê acompanhamento contínuo para a adequação do controle pressórico e redução das complicações resultantes de sua cronicidade, com ações e serviços ofertados pela APS⁴.

Compreende-se que o acompanhamento de pessoas com hipertensão ultrapassa as barreiras das Unidades Básicas de Saúde (UBS), em que há necessidades de utilização simultânea de vários outros serviços, havendo multiplicidade de profissionais de saúde envolvidos no planejamento e na implementação do cuidado. Desta forma, as particularidades sociais e culturais do grupo populacional, temática deste estudo, e a fragmentação dos serviços que integram a RAS, podem interferir no acompanhamento adequado e encaminhamento oportuno quando necessário^{3,6}.

A integração e o modo de transição dos usuários nos serviços responsáveis pela provisão do cuidado tornam-se indicadores fundamentais

¹ Coimbra College of Nursing. The Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA. PAHO/WHO Collaborating Center for Nursing Research Development. Coimbra, Portugal.

² Universidade Estadual de Maringá. Maringá, (PR), Brasil



para modelo de coordenação, de acordo com sua capacidade organizacional e diferentes competências. Esta circulação nos serviços do sistema necessita de compartilhamento de informações que engloba o estado atual de saúde do usuário, terapêutica medicamentosa e fatores que incidem no sucesso do tratamento, como também, sumariação de indícios que podem auxiliar na determinação do diagnóstico clínico^{1-2,4}.

Na literatura, evidenciam-se fragilidades na acessibilidade organizacional ao tratamento da hipertensão na APS⁷, com consequências na adesão/vínculo⁸, que podem ocasionar a não utilização de consultas de rotina, com impacto negativo na aderência a farmacoterapia, incidindo inadequação pressórica⁶. Essa realidade suscita o seguinte questionamento: qual o nível de satisfação de pessoas com hipertensão sobre a ação coordenadora da APS no seu tratamento e acompanhamento?

É importante assumir que a coordenação do cuidado às pessoas portadoras de doenças crônicas não transmissíveis, em especial a hipertensão, envolve outros indicadores para sua execução. Avaliando o desempenho e função coordenadora da APS entre outros níveis assistenciais, mediada pelo sistema de regulação do território sob a ótica das pessoas em tratamento, podemos compreender que o controle pressórico é mais resolutivo nos serviços da APS do que em outros com características distintas⁶.

Diante do exposto, considerando a importância da temática para a saúde pública e no auxílio para desenvolvimento de intervenções mais precisas e resolutivas, como também, suporte para a organização do processo de trabalho dos profissionais de saúde, o objetivo deste estudo é analisar a satisfação de pessoas com hipertensão acerca da coordenação do cuidado na APS.

MÉTODO

Esta pesquisa é derivada de um estudo maior, intitulado "Avaliação da satisfação de pessoas com hipertensão com os serviços prestados pela Atenção Primária à Saúde". Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, realizado com pessoas em tratamento da hipertensão, cadastrados em 34 UBS e acompanhados por 74 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), com cober-

tura populacional de 68,01%⁹, em um município de médio porte, localizado no Sul do Brasil.

Utilizou-se como critério de inclusão, pessoas com idade igual ou superior a 18 anos, residentes na área urbana do município e que foram atendidas por profissionais de saúde das UBS nos últimos 12 meses que antecederam o início da coleta de dados. O critério de exclusão adotado foi estar na condição de gestante, no momento das entrevistas, pois as gestantes são atendidas de forma integral pelos serviços da rede de atenção à mulher, e não pelo SISHIPERDIA em nível da APS.

Para a definição do tamanho amostral considerou-se o número total de 27.741 indivíduos cadastrados no programa SISHIPERDIA até o ano de 2014, com erro de estimativa de 5% e 95% de intervalo de confiança, e acrescido mais 15% para possíveis perdas, resultando em 437 indivíduos. Para a seleção dos participantes, utilizou-se o processo de amostragem aleatória e posteriormente estratificadas de acordo com o número de atendidos em cada UBS do município. Considerando as perdas e as recusas, a amostra final do estudo foi de 417 pessoas.

A etapa da coleta de dados foi realizada entre fevereiro a junho de 2016, em sala reservada, durante o horário de funcionamento das UBS e das reuniões de SISHIPERDIA, por entrevista individual. Foram utilizados dois instrumentos para coleta de dados. O primeiro instrumento refere-se à avaliação da classe econômica, agrupando o chefe familiar e sua família, de acordo com seu poder de compra¹⁰ e posteriormente categorizados em AB, C e DE.

O segundo instrumento avaliou a satisfação com os serviços prestados pela APS, adaptado e validado por Paes¹¹, que contempla questões referente à identificação, perfil sociodemográfico, dados antropométricos, presença de doenças concomitantes e associadas a complicações referentes à hipertensão e atributos referentes à APS, com sete domínios, quais sejam: acesso ao diagnóstico, acessibilidade ao tratamento, adesão/vínculo, elenco de serviços, coordenação do cuidado, enfoque familiar e orientação à comunidade.

Neste estudo, foi avaliado o domínio coordenação do cuidado às pessoas em tratamento da hipertensão, constituída por sete variáveis, com questões relacionadas à assistência ofertada pelas equipes das UBS e por outras instituições que integram a RAS no

controle da morbidade. Estas variáveis avaliam a continuidade do cuidado e reconhecimento das necessidades de saúde, com adequado encaminhamento e acompanhamento do atendimento em outros serviços especializados, quando necessário.

Cada variável foi composta por perguntas com respostas correspondentes a uma escala Likert, atribuindo-se valores entre um e cinco para as respostas "nunca", "quase nunca", "às vezes", "quase sempre" e "sempre", além das opções "não se aplica" e "não sabe/não respondeu" para viabilizar todas as possibilidades de respostas¹¹. O índice composto por cada indicador foi calculado pela soma dos escores dos valores de cada questão. Por conseguinte, foi realizado a análise de cluster para classificação dos elementos avaliados e, a partir da média considerada "padrão ouro", realizou-se a análise da curva ROC (*Receiver Operating Characteristic*), delimitando o valor de 3,71 como ponto de corte para determinar e classificar os resultados dos indicadores como satisfatório ($\geq 3,72$) e insatisfatório ($\leq 3,71$).

Utilizou-se os valores pressóricos aferidos nas reuniões de SISHIPERDIA e codificados em "Controle Pressórico Inadequado" quando os resultados de pressão arterial sistólica (PAS) \geq a 140 mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) \geq a 90 mmHg, considerando os critérios da VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial¹². Reitera-se que todos os aparelhos utilizados na coleta de dados referente a pressão arterial foram calibrados de acordo com as recomendações da Sociedade Brasileira de Cardiologia¹².

Os dados foram tabulados duplamente na planilha eletrônica *Microsoft Office Excel* 2016, corrigiu-se as inconsistências e realizou-se os pro-

cedimentos de análise estatística pelo *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 20.0. Inicialmente realizou-se a identificação de normalidade dos dados pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov*, com correção de *Lilliefors* e após resultado, utilizado o teste de *Kruskall-Wallis* para análise de variância, com obtenção da média e desvio padrão. Posteriormente, o mesmo teste foi utilizado para identificar se havia diferença nas respostas entre os grupos de pessoas com controle pressórico adequado e inadequado. Para todos os testes, foi considerado significativo valor de $p < 0,05$. Para melhor apresentação das médias, de acordo com os grupos de controle pressórico, foi utilizado o diagrama de radar para representação dos resultados dos indicadores de coordenação do cuidado.

Como guia norteador dos parâmetros éticos, esta pesquisa seguiu as diretrizes da Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde¹³. O projeto recebeu parecer favorável do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, com parecer de número 1.407.687/2016 e autorização da Secretaria Municipal de Saúde do município de referência. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado em duas vias por todos os participantes da pesquisa.

RESULTADOS

Participaram do estudo 417 pessoas em tratamento da HA, acompanhadas pela ESF, dos quais 53,7% apresentaram controle pressórico adequado.

Tabela 1

Perfil sociodemográfico de pessoas com hipertensão acompanhadas pela Atenção Primária à Saúde, de acordo com o controle pressórico. Paraná, Brasil, 2016.

	Total n (%)	Controle Pressórico	
		Adequado n (%)	Inadequado n (%)
Idade			
20 - 29	15 (3,6)	9 (2,2)	6 (1,4)
30 - 39	25 (6,0)	11 (2,6)	14 (3,4)
40 - 49	37 (8,9)	24 (5,8)	13 (3,1)
50 - 59	80 (19,2)	51 (12,2)	29 (7,0)
60 - 69	127 (30,4)	64 (15,3)	63 (15,1)
≥ 70	133 (31,9)	65 (15,6)	68 (16,3)

(*Continuação*)

Tabela 1

Continuação

	Total n (%)	Controle Pressórico	
		Adequado n (%)	Inadequado n (%)
Sexo			
Masculino	134 (32,1)	74 (17,7)	60 (14,4)
Feminino	283 (67,9)	150 (36,0)	133 (31,9)
Escolaridade			
Sem Escolaridade	32 (7,7)	20 (4,8)	12 (2,9)
Ensino Fundamental	255 (61,1)	131 (31,4)	124 (29,7)
Ensino Médio	107 (25,7)	61 (14,6)	46 (11,1)
Ensino Superior	23 (5,5)	12 (2,9)	11 (2,6)
Raça/Cor			
Branco	260 (62,3)	138 (33,1)	122 (29,3)
Preto	65 (15,6)	37 (8,8)	28 (6,7)
Pardo	92 (22,1)	49 (11,8)	43 (10,3)
Estado Civil			
União estável	249 (59,7)	141 (33,8)	108 (25,9)
Solteiro/divorciado	95 (22,8)	47 (11,3)	48 (11,5)
Viúvo	73 (17,5)	36 (8,6)	37 (8,9)
Classificação Socioeconômica			
AB	148 (35,5)	75 (18,0)	73 (17,5)
C	183 (43,9)	98 (23,5)	85 (20,4)
DE	86 (20,6)	51 (12,2)	35 (8,4)
Ocupação Atual			
Empregado	96 (23,0)	58 (13,9)	38 (9,1)
Desempregado	91 (21,8)	56 (13,4)	35 (8,4)
Aposentado/Pensionista	230 (55,2)	110 (26,4)	120 (28,8)

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

A Tabela 2 evidenciou que a maioria dos participantes avaliou a utilização de prontuários por parte dos profissionais de saúde como satisfatório ($3,88 \pm 1,22$). O indicador que avalia a discussão com os profissionais de saúde sobre os resultados do aten-

dimento realizado nos serviços referenciados, em que houve diferença estatística significativa quando estimada a diferença entre os grupos de controle pressórico, sendo os usuários com pressão arterial inadequada os que avaliam negativamente o indicador.

Tabela 2

Avaliação da satisfação dos indicadores da coordenação do cuidado na perspectiva de pessoas com hipertensão acompanhadas pela Atenção Primária à Saúde. Paraná, Brasil, 2016.

	Total	Controle Pressórico				p
		Adequado		Inadequado		
		M±DP	M±DP*	M±DP	Classificação	
Os profissionais da unidade de saúde pegam seu prontuário/ficha do Sr. durante a consulta?	3,88±1,22	3,93±1,21	Satisfatório	3,81±1,23	Satisfatório	0,268
Durante seu atendimento, o profissional da unidade de saúde anota as suas queixas no seu prontuário?	3,80±1,24	3,91±1,25	Satisfatório	3,67±1,22	Insatisfatório	0,026

(Continuação)

Tabela 2

Continuação

	Total	Controle Pressórico				p
		Adequado		Inadequado		
		M±DP	M±DP*	Classificação	M±DP	
O Sr. é avisado sobre o agendamento da sua consulta de retorno na unidade de saúde?	3,05±1,04	3,21±1,42	Insatisfatório	2,85±1,36	Insatisfatório	0,011
Quando o Sr. tem algum problema de saúde, recebe encaminhamento por escrito para o outro serviço de saúde pelo profissional que acompanha seu tratamento?	3,78±1,30	3,85±1,30	Satisfatório	3,69±1,30	Insatisfatório	0,156
Quando o Sr. tem algum problema de saúde e é encaminhado para outro serviço de saúde tem o atendimento garantido no serviço referendado?	3,19±1,19	3,34±1,36	Insatisfatório	3,02±1,31	Insatisfatório	0,014
O Sr. retorna à unidade de saúde com informações escritas sobre os resultados da consulta realizada no outro serviço?	3,72±1,30	3,86±1,30	Satisfatório	3,56±1,29	Insatisfatório	0,010
Os profissionais da unidade de saúde discutem com o Sr. sobre os resultados da consulta realizada no outro serviço?	3,98±1,33	4,09±1,32	Satisfatório	3,86±1,33	Satisfatório	0,025

Fonte: Dados da pesquisa, 2016. *M±DP: Média e desvio padrão.

DISCUSSÃO

A maioria dos indicadores do atributo da coordenação do cuidado foram avaliados como satisfatórios de acordo com os usuários com controle pressórico adequado e insatisfatório na perspectiva dos usuários com controle pressórico inadequado. De acordo com as questões que avaliaram a coordenação do cuidado às pessoas com hipertensão na APS, o indicador referente ao uso de prontuários por parte dos profissionais de saúde, durante as consultas regulares nas UBS, foi avaliado como satisfatório pelos dois grupos de controle pressórico. Este resultado reforça a prática usual dos sistemas de informação como ferramenta de identificação e acompanhamento dos usuários¹⁴.

Estudo realizado em um município de grande porte no sul do Brasil, apontou benefícios na utilização dos prontuários como ferramenta de trabalho, por propiciar a comunicação entre diversos profissionais, constituindo-se como apoio para o gerenciamento e manejo das ações em saúde e embasamento para a tomada de decisão. O estudo ainda propõe, como alternativa para acurácia e precisão, que os profissionais envolvidos recebam educação permanente para preenchimento correto dos prontuários, visando qualificação do acompanhamento dos usuários¹⁵.

O indicador que mensura a satisfação com a anotação das queixas de saúde nos prontuários foi avaliado como insatisfatório pelo grupo com controle pressórico inadequado. Muitos usuários avaliaram o indicador negativamente por não observar anotação por parte dos profissionais de saúde. Salienta-se que as consultas de rotina são realizadas periodicamente, através de grupos SISHIPERDIA, em que o número de pessoas atendidas em um único período é abrangente, o que pode acarretar indisponibilidade de tempo para preenchimento de prontuários no momento da consulta¹⁶.

A comunicação integra-se como um dispositivo de cuidado, com abordagem holística ao usuário, compreendendo e interferindo nos demais problemas de saúde que podem ocasionar dificuldades de adesão ao tratamento, acarretando inadequação do controle pressórico. O desenvolvimento da comunicação, como ferramenta de auxílio no trabalho realizado é um processo de relação que demonstra interesse e preocupação com as queixas de saúde verbalizadas por pessoas com hipertensão, sendo imprescindível a utilização na prática assistencial dos profissionais de saúde¹⁷.

O acompanhamento de pessoas com hipertensão necessita romper o modelo biomédico, inserindo o usuário no processo de decisão terapêutica, em que apenas a renovação de receitas

desintegra o vínculo que poderia ser criado pelos atores responsáveis pelo cuidado. A consulta mecanizada desestimula a autonomia do usuário, que pode acarretar necessidade de cuidados secundários, em que alguns não pertencem aos serviços que integram as redes de atenção à saúde do município, tornando a comunicação entre a APS e as especialidades deficitárias por não registrar todas as informações importantes para a elaboração de um plano terapêutico efetivo e resolutivo¹⁶.

Os entrevistados avaliaram satisfatoriamente a discussão dos resultados da consulta realizada em outro serviço referenciado. Este dado diferencia-se de estudo australiano, que objetivou descrever como as forças institucionais, ideias e os profissionais de saúde, inerentes ao cuidado, moldaram o planejamento assistencial, com foco na gestão do cuidado, e revelou que a baixa participação dos pacientes na tomada de decisão sobre a conduta terapêutica foi um obstáculo para consumir as práticas planejadas¹⁸.

O retorno do paciente à UBS com informações escritas sobre os resultados oriundos da consulta no serviço especializado foi avaliado como insatisfatório. Pesquisa desenvolvida no estado de São Paulo, sobre a coordenação do cuidado, identificou múltiplas fragilidades na APS, como o não reconhecimento sobre a existência de integração entre os serviços, e a ausência de orientações aos usuários sobre a necessidade de retorno até a UBS para acompanhamento do seu estado de saúde².

O indicador que analisa a satisfação quanto à informação sobre a consulta de retorno na UBS foi avaliado como insatisfatória pelos dois grupos, com diferença estatística do grupo com inadequação pressórica. Um estudo de revisão de escopo realizado no Paquistão, identificou que as possíveis barreiras na aderência às medicações anti-hipertensivas estavam associadas ao desconhecimento dos participantes sobre consultas regulares de rotina e motivação por parte dos profissionais de saúde à participação nas datas de agendamento¹⁹. Paralelo a este resultado, um estudo mineiro concluiu que não era realizado acompanhamento sistematizado das pessoas com hipertensão, havendo consultas apenas para renovação de receitas¹⁶.

Como modelo da APS no país, a ESF ainda se apresenta incipiente como ferramenta de

integração entre os níveis de atenção, com fragilidades em sua dimensão vertical e horizontal, e dificuldades na logística e atendimento à demanda de fluxos e nos processos de gerenciamento da produção de cuidado, principalmente no contexto de referência e contra referência. Estas fragilidades são desafios aos profissionais de saúde, havendo necessidade de comprometimento no processo de trabalho de forma participativa que beneficie a flexibilidade e foco na atenção²⁰.

Receber encaminhamento por escrito foi um indicador avaliado como insatisfatório pelo grupo de pessoas com controle pressórico inadequado. Este item se constitui em uma importante ferramenta que permite a integração entre os profissionais da rede que coordena o cuidado a pessoas em condição crônica²¹. Apesar de ter sido realizado com outro grupo populacional, este estudo diferencia da pesquisa realizada na cidade de Sobral, no estado do Ceará, em que os próprios profissionais de saúde alegaram que fornecem encaminhamento por escrito, no entanto, os pacientes são encaminhados sem informações detalhadas sobre seu estado de saúde para os serviços especializados²².

Estudo desenvolvido na Província de Ontário, no Canadá, evidenciou fragilidades no processo de encaminhamento dos pacientes por não haver uma padronização entre os profissionais de saúde. A falta de padronização acarretou redução da capacidade de entendimento sobre a conduta terapêutica dos vários serviços que compõem a rede de cuidados da região. Neste tocante, considera-se a necessidade de melhoria do serviço, através da utilização de um com processo de referência padronizado, com vistas a precisão do acompanhamento e gestão compartilhada dos casos²³.

Estudo nacional estimou que cerca de 72% das equipes de saúde da família foram classificadas com nível médio de integração entre a APS e a rede assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS). Os autores reforçam a importância das estratégias de apoio matricial para alcance do cuidado integral, sendo utilizadas como ferramenta para potencializar a ampliação do acesso, reforçando a APS como porta prioritária do sistema e coordenadora do cuidado a longo prazo, com capacidade de integração e articulação entre os atores responsáveis pelo cuidado²⁴. Além disso, a APS necessita de critérios para tornar-se

coordenadora do cuidado integral às pessoas em condição crônica, principalmente pela alta prevalência na população brasileira, contribuindo para o planejamento da assistência individual, padronização de consultas, referenciamento, comunicação e acompanhamento aos usuários²⁵.

A seguridade das consultas a partir do encaminhamento foi avaliada como insatisfatória pelos dois grupos de adequação pressórica. Um estudo avaliativo realizado em uma macrorregião do Nordeste, evidenciou que não havia referência e fluxos definidos específicos para doenças crônicas, como diabetes *Mellitus* e hipertensão, como também era insuficiente a oferta e distribuição das cotas de consultas para atendimento especializado, considerando a alta demanda para os serviços²⁵.

A atenção oportuna aos serviços de especialidades é essencial para reduzir o impacto da cronicidade das doenças e suas complicações, além de evitar gastos no sistema. A organização da APS é ferramenta imprescindível para efetividade das ações em saúde que necessitam de aporte estratégico para estabilidade da gestão, reduzindo a fragmentação das redes de serviço de saúde¹.

Estudo revelou que as consultas urgentes para tratamento de complicações referentes à hipertensão superaram as não urgentes, havendo uma distorção das prioridades relacionadas aos serviços da APS. A alocação de recursos humanos para atendimento das necessidades de saúde e aumento da capacidade de atendimento a demanda pode potencializar a satisfação com o acesso, integrando as especialidades com a ESF e intensificando a capacidade de coordenação do cuidado a esta população específica. Ressalta-se a necessidade de melhoria no sistema de regulação informatizado das consultas para melhor administração logística, com o intuito de reduzir filas, tempo de espera e encaminhar o paciente em tempo oportuno^{1,4,25}.

A rede de serviço especializado ainda apresenta dificuldades no sistema de atenção à saúde, principalmente por ser responsável pela fragmentação da APS, organizada no modelo silos e limitada a caracterização assistencial. Sendo assim, os profissionais de saúde atuantes nos serviços de especialidades necessitam desempenhar atividades que potencializem a manutenção dos valores e normas de cunho organizacional, superando os obstáculos

normativos e regulatórios, com vistas a intervenções acuradas e norteadas pelo princípio da suficiência, coordenação e complementaridade^{1,25-26}.

Esta pesquisa limita-se a impossibilidade de atribuir casualidade a seus resultados, considerando a natureza de estudos transversais, o que reduz sua potencialidade de generalização. Os resultados apresentados evidenciam fragilidades da APS em coordenar o cuidado a pessoas com hipertensão.

As contribuições dos achados para as políticas públicas de saúde são inerentes à necessidade de ampliação do escopo da APS, apresentando-se mais efetiva com intervenções resolutivas, cuidado coordenado e contínuo, capacidade de governança, parceria e integração com serviços especializados.

CONCLUSÃO

Nos resultados deste estudo evidenciou-se que as pessoas com hipertensão, de modo geral, estão satisfeitas quanto à coordenação do cuidado ofertado pela APS. Os resultados apresentados indicaram insatisfação quanto a não seguridade de atendimento especializado, havendo necessidade de aguardar em filas para agendamento e por não receberem informações escritas sobre os resultados oriundos da consulta realizada em serviço fora da UBS.

O estudo apresentou fragilidades na integração entre APS e especialidades, que comprometem a coordenação do cuidado e acompanhamento oportuno das pessoas em condição crônica, com comunicação deficitária, principalmente entre pessoas com controle pressórico inadequado. As demandas de organização do sistema da rede de atenção em saúde do município apresentam-se incipientes quanto às normativas e interfaces relacionadas ao processo de trabalho entre os serviços responsáveis pelo acompanhamento de pessoas com hipertensão.

REFERÊNCIAS

1. Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, Medina MG, Martins CL, Almeida PF, et al. Primary care in health regions: policy, structure, and organization. *Cad Saúde Pública*. 2019; 35:e00099118. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00099118>.

2. Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, Almeida PF de, Martins CL, Mota PH dos S, et al. Primary health care and the coordination of care in health regions: managers' and users' perspective. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017; 22:1141-54. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28632016>.
3. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM. Coordination of care and Primary Health Care in the Unified Health System. *Saúde Debate*. 2018; 42:244-60. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s116>.
4. Tanaka OY, Drumond Júnior M, Gontijo TL, Louvison MCP, Rosa TEC. Arterial hypertension as a tracer for the evaluation of access to health care. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019; 24:963-72. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.07312017>.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020.
6. Barreto MS, Mendonça RD, Pimenta AM, Garcia-Vivar C, Marcon SS. Non-use of primary care routine consultations for individuals with hypertension. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018; 23:795-804. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.12132016>.
7. Rêgo AS, Haddad MCFL, Salci MA, Radovanovic CAT. Accessibility to the treatment of hypertension in the family health strategy. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018; 39. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180037>.
8. Rêgo AS, Radovanovic CAT. Adherence of hypertension patients in the Brazil's Family Health Strategy. *Rev Bras Enferm*. 2018; 71(3):1030-7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0297>
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Atenção Básica (DAB). *Histórico de Cobertura da Saúde da Família*. Brasília: MS. 2016. [Acessado 2016 set 19]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php
10. São Paulo. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP). *Critério de Classificação Econômica Brasil*. São Paulo, 2015.
11. Paes NA, Silva CS, Figueiredo TMRM, et al. Satisfaction of hypertensive users with primary health care services in Brazil: a validation study. *Rev Panam Salud Publica*. 2014 [Acessado 2016 set 19]; 36(2):87-93. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rpsp/2014.v36n2/87-93/>
12. Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq. bras. cardiol*. [internet] 2016 [Acessado 2016 set 19]. 107(3):1-104. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v107n3s3/0066-782X-abc-107-03-s3-0067.pdf>.
13. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012.
14. Soranz D, Pinto LF, Camacho LAB. Analysis of the attributes of primary health care using the electronic medical records in the city of Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017 ;22(3):819-830. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.33142016>
15. Martins APOQ, Peres AM, Gil NLM, Ros CD, Lowen IMV, Gonçalves LS. Usability of electronic medical records in Primary Healthcare Units. *Cienc Cuid Saúde*. 2017; 16. <http://dx.doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v16i2.29748>.
16. Engela MHT, Rodarte AC, Rotondaro Júnior A, Terenzi SC, Fonseca Viegas SM, Lanza FM. Use of health technology in primary health care in approach to hypertension. *Rev Pesq Cuid Fundam Online*. 2018; 10:75. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.75-84>.
17. Torres GMC, Figueiredo IDT, Cândido JAB, Pinto AGA, Morais APP, Araújo MFM, et al. Therapeutic communication in the interaction between health workers and hypertensive patients in the family health strategy. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017; 38(4):e2016-0066. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2016-0066>.
18. Javanparast S, Freeman T, Baum F, Labonté R, Ziersch A, Mackean T, et al. How institutional forces, ideas and actors shaped population health planning in Australian regional primary health care organizations. *BMC Public Health*. 2018; 18:383. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5273-4>.
19. Konstantinou P, Kassianos AP, Georgiou G, Panayides A, Papageorgiou A, Almas I, et al. Barriers, facilitators, and interventions for medication adherence across chronic conditions with the highest non-adherence rates: a scoping review with recommendations for intervention development. *Translational Behavioral Medicine* 2020:ibaa118. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibaa118>.
20. Doty MM, Tikkanen R, Shah A, Schneider EC. Primary Care Physicians' Role In Coordinating Medical And Health-Related Social Needs In Eleven Countries: Results from a 2019 survey of primary care physicians in eleven high-income countries about their ability to coordinate patients' medical care and with social service providers. *Health Affairs* 2020; 39:115-23. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.01088>.
21. Oliveira JH de, Souza MR de, Morais Neto OL de. Enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde em Goiás: estudo descritivo, 2012 e 2014. *Epidemiol Serv Saúde* 2020; 29: e2020121. <https://doi.org/10.1590/s1679-49742020000500016>.
22. Carneiro MSM, Silva MGC, Pinto FJM, Melo DMS, Gomes JM. Assessment of the coordination attribute in Primary Health Care: application of the PCATool to professionals and users. *Saúde Debate*. 2014; 38. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S021>.
23. Elliott J, Stolee P, Boscart V, Giangregorio L, Heckman G. Coordinating care for older adults in primary care settings: understanding the current context. *BMC Fam Pract*. 2018; 19:137. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0821-7>.

24. Pinto LF, Santos LJ. Prontuários eletrônicos na Atenção Primária: gestão de cadastros duplicados e contribuição para estudos epidemiológicos. *Ciênc Saúde Coletiva* 2020; 25:1305–12. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.34132019..>
25. Aleluia IRS, Medina MG, Almeida PF, Vilasbôas ALQ. Care coordination in primary health care: an evaluative study in a municipality in the Northeast of Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017; 22:1845–56. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.02042017>.
26. Evangelista MJO, Guimarães AMDN, Dourado EMR, Vale FLB, Lins MZS, Matos MAB, et al. Planning and building Health Care Networks in Brazil's Federal District. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019; 24:2115–24. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08882019>.

Contribuição dos Autores:

Segundo critérios do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE):

- a) concepção e/ou desenho do estudo: ASR, CATR.
- b) coleta, análise e interpretação dos dados: ASR, FGTS, CATR.
- c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito: ASR, FGTS, JGSA, MAM, MS, MAS, CATR.
- d) aprovação da versão final a ser publicada: ASR, FGTS, JGSA, MAM, MS, MAS, CATR.

Agradecimentos/Financiamento:

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES).

Conflitos de Interesse:

Não houve conflitos de interesse.

Estudo extraído da dissertação de mestrado intitulada "Avaliação da satisfação das pessoas com hipertensão arterial com os serviços prestados pela Atenção Primária à Saúde", vinculado à Universidade Estadual de Maringá (UEM), 2016.

Autor Correspondente:

Fernanda Gatez Trevisan dos Santos

E-mail: fer.gatez@gmail.com

Editor:

Prof. Dr. Paulo Henrique Manso

Recebido: 29/01/2021

Aprovado: 11/04/2021
