

**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

MARIA DO CARMO GOUVEIA WIIK

**Atenção básica no cuidado à Hipertensão Arterial
Sistêmica: a voz dos usuários do SUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Saúde Pública

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marília Cristina Prado Louvison

São Paulo

2022

**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

MARIA DO CARMO GOUVEIA WIIK

**Atenção básica no cuidado à Hipertensão Arterial
Sistêmica: a voz dos usuários do SUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Saúde Pública

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marília Cristina Prado Louvison

Versão revisada

São Paulo

2022

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação

Ficha elaborada pelo Sistema de Geração Automática a partir de dados fornecidos pelo(a) autor(a)
Bibliotecária da FSP/USP: Maria do Carmo Alvarez - CRB-8/4359

Wiik, Maria do Carmo Gouveia
Atenção básica no cuidado à Hipertensão Arterial
Sistêmica: a voz dos usuários do SUS / Maria do Carmo
Gouveia Wiik; orientadora Marília Cristina Prado Louvison.
-- São Paulo, 2022.
98 p.

Dissertação (Mestrado) -- Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo, 2022.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Hipertensão Arterial
Sistêmica. 3. Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência
à Saúde. 4. Integralidade em Saúde. I. Louvison, Marília
Cristina Prado, orient. II. Título.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pois é o meu alicerce diariamente.

Ao Victor, meu marido e melhor amigo, que me ensina todos os dias a leveza de amar, pela partilha diária, pelo apoio, por toda paciência e pela constante presença em todos os momentos.

Aos meus filhos, Airton, Emilly, Arne e Clara, por me fazer florescer na minha essência humana e compreender meu papel na vida de vocês. “Não tem perfume melhor que cheirinho de filho”. Vocês são um beijo de Deus em minha vida. Amo vocês.

À minha irmã, Rivani, por seu carinho.

À minha família, especialmente meu pai, José (*In memoriam*) e minha mãe, Lourde, que me criaram com amor e resiliência.

À Marília, pela orientação respeitosa, pela confiança e oportunidade, por dividir todo o seu conhecimento comigo, pela generosidade, pelo carinho e amizade. Faltam-me palavras para expressar tudo que fez por mim.

Aos professores da Faculdade de Saúde Pública que contribuíram com as reflexões deste estudo em aulas, especialmente Laura Camargo Macruz Feuerwerker, Marco Akerman, Oswaldo Yoshimi Tanaka e Maria Cristina da Costa Marques.

Aos amigos Angélica Motta Maia Almeida, Elaine Cristina Tôrres Oliveira e Felipe Alvarenga Marim, pelo apoio na análise de dados.

Aos amigos da Faculdade de Saúde Pública, que contribuíram com as reflexões desta pesquisa, especialmente Débora Aligieri, Letícia Bona Travagin, Mariana Prado Freire, Pedro Ivo Freitas de Carvalho Yahn, Regiani Nunes de Oliveira.

Ao Observatório de Saúde na Região Metropolitana de São Paulo, em especial a Rubens Moriya pelo apoio com na produção dos mapas e compartilhar referências.

À Faculdade de Saúde Pública e todos os seus servidores, especialmente Vania, Carolina, Fernanda e Carlos, pelo apoio nos processos burocráticos.

Ao CNPq, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, pela bolsa de pesquisa concedida, essencial ao desenvolvimento deste trabalho.

Cuidado com as coisas pequenas

*A menos que modifiquemos nossa
maneira de pensar, não seremos
capazes de resolver os problemas
causados pela forma como nos
acostumamos a ver o mundo.*

Albert Einstein

RESUMO

WIJK, M. C. G. **Atenção básica no cuidado à Hipertensão Arterial Sistêmica**: a voz dos usuários do SUS. [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 2022. 98 p.

Introdução – Os sistemas de saúde universais têm centralidade na atenção básica (AB) como um importante pilar para a construção das redes de atenção. O Sistema Único de Saúde (SUS), tem uma intencionalidade na organização dos sistemas locais com a proposta de ampliação do conceito de saúde e de redução de desigualdades, que desafia a organização da AB para além do modelo biomédico centrado e da fragmentação dos serviços. Uma construção em redes é fundamental para as respostas de organização das linhas de cuidado às condições crônicas. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi utilizada como uma condição traçadora para a análise da atenção às condições crônicas na AB, o que permite compreender a relação desta nas redes de atenção, em busca da integralidade do sistema de saúde. **Objetivos** – Avaliar as dimensões de acesso, vínculo e cuidado aos usuários hipertensos do SUS. **Métodos** – Foram construídas três dimensões de análise denominadas: acesso, vínculo e cuidado, a partir de indicadores resultantes da avaliação realizada por usuários no 3º ciclo da Pesquisa Nacional do Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), no ano de 2018, na Região Metropolitana da Grande São Paulo (RMGSP), constituída por seis Regiões de Saúde (RS): Município de São Paulo, Alto do Tietê, Franco da Rocha, Grande ABC, Mananciais e Rota dos Bandeirantes. **Resultados e discussão** – Foram entrevistados 3090 usuários, na RMGSP, que referiram ser hipertensos, sendo 44,32% do total dos usuários entrevistados. Os hipertensos entrevistados são, em sua maioria, mulheres, idosas e negras com ensino fundamental incompleto e baixa renda, sendo que em torno de 10% participam do bolsa família. Com relação à dimensão identificada como acesso, 85,3% passaram por consulta nos últimos seis meses e não se observou associação com as variáveis socioeconômicas, com exceção de maior uso de consultas nos últimos seis meses para quem participa do programa Bolsa Família ($p=0,016$). Na dimensão identificada como vínculo, 82,43% dos entrevistados fizeram a maioria das consultas para HAS nessa mesma unidade, mas apenas 44,76% saem com o retorno agendado, sendo que uma proporção menor foi identificada para idosos, escolarizados e para as regiões de Mananciais e Franco da Rocha. Na dimensão identificada como cuidado, 93,53% afirmaram que sua pressão é aferida, 68,67% realizaram o exame de creatinina nos últimos seis meses, sendo 71,17% para o perfil lipídico e 51,23% para o ECG, indicando maior dificuldade na oferta deste. Nesta dimensão, observou-se menor proporção de respostas positivas aos indicadores estudados para as mulheres e os mais jovens, os que recebem Bolsa Família e os das regiões de Franco da Rocha e Alto Tietê. **Conclusão** – O estudo traz a voz do usuário e contribui para a ampliação de diálogos entre pesquisadores, gestores e trabalhadores na análise de informações produzidas pelo PMAQ-AB. Avança na construção de dimensões para a avaliação da AB, permitindo identificar desigualdades no uso e acesso a serviços de saúde na RMGSP, com a identificação de oportunidades de melhorias nesse sentido.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Hipertensão Arterial Sistêmica; Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde; Integralidade em Saúde.

ABSTRACT

WIJK, M. C. G. **Primary care in the care of Systemic Arterial Hypertension: the voice of SUS users.** [Dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 2022. 98 p.

Introduction – Universal health systems focus on primary care (PC) as an important pillar for building care networks. The Unified Health System (SUS) has an intentionality in its organization of local systems with the proposal of expanding the concept of health and reducing inequalities, which challenges the organization of primary care beyond the biomedical model and the fragmentation of services. A construction in networks is fundamental for the answers to the organization of lines of care to chronic conditions. Systemic Arterial Hypertension (SAH) was used as a tracer condition for the analysis of the care of chronic conditions in the PC, which allows understanding its relationship in the care networks, in search of the integrality of the health system. **Objectives** –To evaluate the dimensions of access, linkage and care to hypertensive users of the SUS. **Methods** –Three dimensions of analysis were constructed called: access, attachment, and care, from indicators resulting from the evaluation performed by users in the 3rd cycle of the National Survey of the Primary Care Quality Improvement Program (PMAQ-AB), in the year 2018, in the Metropolitan Region of Greater São Paulo (RMGSP), consisting of six Health Regions (SR): Municipality of São Paulo, Alto do Tietê, Franco da Rocha, Grande ABC, Mananciais, and Rota dos Bandeirantes. **Results and discussion** – 3090 users were interviewed in RMGSP who reported being hypertensive, being 44.32% of the total users interviewed. The interviewed hypertensive individuals are mostly women, elderly and black, with incomplete primary education and low income, and around 10% participate in Bolsa Família. Regarding the dimension identified as access, 85.3% had consultations in the last six months and no association was observed with the socioeconomic variables, except for a greater use of consultations in the last six months for those who participate in the “Bolsa Família” program ($p=0.016$). In the dimension identified as bonding, 82.43% made most of the consultations for SAH in this same unit, but only 44.76% left with a scheduled return, and a lower proportion was identified for the elderly, educated, and for the regions of Mananciais and Franco da Rocha. In the dimension identified as care, 93.53% stated that their blood pressure had been checked, 68.67% had their creatinine test done in the last six months, 71.17% for the lipid profile and 51.23% for the ECG, indicating greater difficulty in offering the latter. In this dimension, we observed a lower proportion of positive responses to the indicators studied for women and younger people, those who receive Bolsa Família and those from the Franco da Rocha and Alto Tietê regions. **Conclusion** – The study brings the voice of the user and contributes to the expansion of dialogues between researchers, managers, and workers in the analysis of PMAQ-AB data. It advances in the construction of dimensions for the evaluation of Primary Care, allowing the identification of inequalities in the use and access to health services in RMGSP, with the identification of opportunities for improvement in this sense.

Keywords: Primary Health Care; Hypertension; Health Care Quality, Access, and Evaluation; Integrality in health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 — Mapa da região Metropolitana da Grande São Paulo.....	33
Figura 2 — Dimensões de análise de Acesso, Vínculo e Cuidado e variáveis relacionadas das entrevistas dos usuários.....	41
Figura 3 — Proporção de usuários que realizaram consulta por hipertensão na AB nos últimos seis meses, segundo municípios da RMGSP, 2018.	46
Figura 4 — Proporção de usuários que realizaram a maioria das consultas por HAS nos últimos seis meses na UBS em que foram entrevistados, segundo municípios da RMGSP, 2018.....	51
Figura 5 — Proporção de usuários que saem das consultas com a próxima consulta agendada, segundo municípios da RMGSP, 2018.....	52
Figura 6 — Proporção de usuários que tiveram a pressão verificada durante as consultas por HAS, segundo municípios da RMGSP, 2018.....	57
Figura 7 — Proporção de usuários que realizaram o exame de ECG nos últimos seis meses devido a HAS, segundo municípios da RMGSP, 2018.....	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 — Proporção de usuários que relataram terem sido informados por um médico que possuem pressão alta (hipertensão), segundo Região de Saúde – São Paulo, 2018.....	43
Tabela 2 — Proporção do perfil socioeconômico de usuários entrevistados que relataram terem hipertensão - segundo Região de Saúde - São Paulo, 2018.	45
Tabela 3 — Proporção dos indicadores da dimensão ACESSO, segundo municípios e regiões de saúde da RMGSP, 2018. (1)	48
Tabela 4 — Proporção dos indicadores da dimensão ACESSO, segundo municípios e regiões de saúde da RMGSP, 2018. (2)	50
Tabela 5 — Proporção dos indicadores da dimensão VÍNCULO, segundo municípios e regiões de saúde da RMGSP, 2018. (1)	54
Tabela 6 — Proporção dos indicadores da dimensão VÍNCULO, segundo municípios e regiões de saúde da RMGSP, 2018. (2)	56
Tabela 7 — Proporção dos indicadores da dimensão CUIDADO, segundo municípios e regiões de saúde da RMGSP, 2018. (1)	60
Tabela 8 — Proporção dos indicadores da dimensão CUIDADO, segundo municípios e regiões de saúde da RMGSP, 2018. (2)	61

Tabela 9 —	Proporção dos indicadores específicos da Linha de cuidado da HAS, segundo condições socioeconômicas e regiões de saúde da RMGSP, 2018.....	64
Tabela 10 —	Modelos ajustados de regressão logística múltipla dos indicadores assistenciais específicos da Linha de cuidado da HAS, segundo condições socioeconômicas, 2018.....	66

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 —	Variáveis das condições socioeconômicas.....	38
Quadro 2 —	Variáveis referentes às dimensões de análise de acesso, vínculo e cuidado e à linha de cuidado da HAS.....	39
Quadro 3 —	Principais resultados, por dimensão de análise.....	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AE	Atenção Especializada
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CF/88	Constituição Federal de 1988
Covid-19	<i>Coronavirus disease 2019</i>
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ECG	Eletrocardiograma
e-Gestor AB	Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
LC	Linha de Cuidado
MS	Ministério da Saúde

NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RMGSP	Região Metropolitana da Grande São Paulo
RS	Região de Saúde
SARS CoV-2	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VIGITEL	Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS: meus caminhos na vida e na pesquisa.....	14
2 INTRODUÇÃO	16
2.1 Redes de Atenção e Linhas de Cuidado às Condições Crônicas.....	17
2.2 Atenção Básica e o PMAQ-AB.....	26
2.3 A Região Metropolitana da Grande São Paulo	32
3 OBJETIVOS	36
3.1 Objetivo geral	36
3.2 Objetivos específicos	36
4 MATERIAL E MÉTODOS	37
4.1 Indicadores e as Dimensões de Análise	38
4.2 Aspectos éticos	42
5 RESULTADOS	43
5.1 Perfil Socioeconômico	44
5.2 Dimensão acesso: usos, agendamentos e esperas	46
5.3 Dimensão vínculo: disponibilidade, compartilhamento e continuidade	51
5.4 Dimensão cuidado: exame clínico, exames complementares e satisfação	57
5.5 Desigualdade no acesso, vínculo e cuidado	62
6 DISCUSSÃO	69
6.1 Dimensão acesso	72
6.2 Dimensão vínculo	74
6.3 Dimensão cuidado	78
7 CONCLUSÕES	82
8 REFERÊNCIAS	85
ANEXOS	96
Currículo Lattes – autora	96
Currículo Lattes – orientadora	97

1 Considerações iniciais: meus caminhos na vida e na pesquisa

Nascida em Presidente Dutra - MA, terra do coco babaçu, filha de pais nordestinos, casada e mãe de quatro filhos, mudei-me para São Paulo em 2006 e cursei em 2014 o curso de Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, pela qual graduei-me em 2018. As vivências que obtive nessa trajetória auxiliaram na construção da minha profissão, das quais destaco a realização de uma Iniciação Científica na área de Gestão em Saúde, que a princípio integraria o projeto de pesquisa “O Acesso à Linha de Cuidado do AVC na Região Metropolitana de São Paulo: o Acidente Vascular Cerebral (AVC) como condição traçadora.

Essa experiência despertou-me o interesse em atuar ativamente no SUS seguindo no campo da Saúde Pública e Coletiva, e esse aprendizado contribuiu com a minha escolha, de forma a dar continuidade às pesquisas já elaboradas, aprofundando a minha formação nas abordagens temáticas que me instigam, como os desafios da gestão e seus instrumentos para possibilitar a facilitação e redução de desigualdades no acesso, a ampliação da integralidade, bem como a otimização de recursos e de resultados nos sistemas e serviços de saúde.

Em 2019, ingressei no mestrado com um projeto de pesquisa que trazia uma abordagem qualitativa, baseado em entrevistas em profundidade a serem realizadas com os atores envolvidos na atenção básica, atenção especializada, gestores e trabalhadores das centrais de regulação de urgência da cidade de São Paulo, além da realização de oficinas e grupos focais, e incluía ainda um acompanhamento de um usuário guia em seu itinerário terapêutico na rede de atenção às doenças crônicas.

Nesse mesmo ano, tive uma gravidez gemelar e, por ser de alto risco, afastei-me das atividades acadêmicas por um período. Em 2020, durante o retorno da minha licença-maternidade, havia uma perspectiva inicial em meu mestrado de realizar entrevistas com os usuários presencialmente, no entanto o mundo foi atravessado pela pandemia de infecções de SARS-CoV-2, com isso vieram o isolamento e o distanciamento social, perdi minha rede de apoio e me vi imersa em um grande desafio: modificar totalmente o meu projeto de pesquisa, inclusive a abordagem

metodológica, além de fazer dar certo e conciliar os trabalhos de pesquisa e o meu maternar. Assim, entendemos (minha orientadora e eu) que analisar um banco pronto como o PMAQ-AB, que possui suas potências, seria uma grande oportunidade. Olhar para esse banco de dados, rico em informação, poderia dizer muito sobre a assistência, a atenção à saúde, o cuidado, e são dados recentes de uma pesquisa que havia acabado de ser produzida. Gostaria muito de falar com os usuários, saber por qual razão alguns territórios atendem melhor que os outros, para poder promover o cuidado adequado a estes usuários do nosso sistema público de saúde. Então estou apostando, valorizando essa pesquisa que fez várias entrevistas com os usuários, mesmo de forma mais fechada e quantitativa para poder entender todo esse contexto.

Esta pesquisa, além de ser desafiadora e tirar-me da zona de conforto, é também uma imensa oportunidade de produzir novas visibilidades e trazer a grande questão do porquê os usuários não têm voz. Dessa forma, a razão pela qual desejo fazer essa pesquisa com base nas respostas dos usuários é o fato de ainda ser um campo inexplorado. Escolhi a hipertensão arterial porque é uma doença crônica importante a ser estudada. É no âmbito das políticas públicas, gestão, produção do cuidado e o papel do Estado na garantia do direito à vida e saúde que quero estruturar o meu futuro como pesquisadora, de modo a colaborar com reflexões para as produções e práticas em saúde.

2 INTRODUÇÃO: uma revisão da literatura

Com o envelhecimento populacional e o processo de transição epidemiológica, há um incremento relativo das condições crônicas, que são um importante desafio para o cuidado nos sistemas de saúde em função de sua alta prevalência e necessidade de cuidados continuados ao longo da vida. Nesse sentido, é um desafio importante para o Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema universal de saúde com centralidade na Atenção Primária em Saúde (APS), qualificar a atenção às condições crônicas para a produção de cuidado nas regiões e redes de atenção, com integralidade.

A HAS é uma importante condição traçadora para a avaliação da Atenção Básica (AB) por ser de alta prevalência e ter uma Linha de Cuidado (LC) prioritária e padronizada no SUS, que identifica as boas práticas no atendimento. A HAS não tem cura, mas pode ser controlada com adequada orientação, acompanhamento médico e tratamento contínuo, a fim de minimizar as complicações cardiovasculares e renais e melhorar a qualidade de vida dos hipertensos. Nesse sentido, o acesso e a qualidade do cuidado na AB, bem como a articulação e regulação com a Atenção especializada (AE) podem ser um importante diferencial para melhores resultados.

Nesta pesquisa, analisamos a voz dos usuários hipertensos entrevistados pelo terceiro ciclo da Pesquisa Nacional do Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), no ano de 2018, na Região Metropolitana da Grande São Paulo (RMGSP), como um importante instrumento de avaliação da AB no cuidado às condições crônicas. Avança na construção e aprimoramento de proposta de matriz analítica que tem sido utilizada para estudos desse tipo, relacionada às dimensões identificadas como acesso, vínculo e cuidado.

Foi realizada uma revisão da literatura relacionada às redes de atenção e LC às condições crônicas; AB e o PMAQ-AB e a AB na região metropolitana e o cenário atual.

2.1 REDES DE ATENÇÃO E LINHAS DE CUIDADO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

As condições crônicas são aquelas condições de saúde que possuem curso longo exigindo respostas e ações contínuas e integradas do sistema de atenção à saúde (MENDES, 2012). As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) se comportam como uma condição crônica e representam um grande problema de saúde pública no Brasil, correspondendo a 72% das causas de morte no país. Esse fato vem contribuindo para o aumento de mortes precoces, diminuição da qualidade de vida, e impactando de forma negativa tanto a rotina como também a renda familiar. As doenças cardiovasculares representam a maioria delas, sendo a hipertensão arterial sistêmica (HAS) a DCNT de maior prevalência na população (MALTA et al., 2019).

As DCNT correspondem mais de 70% das mortes. Aproximadamente 38 milhões de óbitos por ano, com ocorrência em países de menor renda. Em torno de 16 milhões de indivíduos morreram com idade inferior a 60 anos (MALTA et al., 2017). Em países com rendas elevadas esse índice não ultrapassou 13% das mortes prematuras (30 a 69 anos) (MALTA et al., 2019).

Dessa forma, as DCNT acometem todas as classes sociais, principalmente os idosos e aquelas pessoas com menor renda e escolaridade que estão em grupos de maior vulnerabilidade. Possuem como característica a causa múltipla, diversos fatores de risco, além de estarem relacionadas a deficiências e incapacidades funcionais. As doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes mellitus integram as DCNT. Há similaridade em seus fatores de risco, que podem ser evitáveis por meio de ações preventivas de promoção à saúde (MALTA et al., 2019).

A HAS é uma das grandes causas de morte por acidente vascular cerebral (AVC) e infarto agudo do miocárdio (IAM), dois importantes desfechos a serem monitorados nas redes de atenção. Essa condição clínica multifatorial é determinada a partir dos níveis de pressão arterial sistólica que se mantêm iguais ou acima de 140 por 90 mmHg. Os fatores de risco para tal condição são: obesidade, hereditariedade, sedentarismo, uso elevado de sódio, estresse, fumo, álcool e fatores psicológicos (BARROSO et al., 2021).

Seu tratamento pode ser realizado de duas formas: a primeira com práticas não medicamentosas, visando benefícios através de mudanças no estilo de vida, como alimentação saudável, menor ingestão de álcool, tabaco e sódio, incentivo ao exercício físico regular, redução do peso e do estresse. Em grande parte dos casos, no entanto, é necessário, além de todas as mudanças descritas acima, o tratamento medicamentoso com anti-hipertensivos (BARROSO et al., 2021).

No território nacional, uma das principais estratégias de monitoramento da HAS é a vigilância desta condição por meio da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (BRASIL, 2011). Segundo a PNS Brasil 2020, a prevalência de HAS na população adulta no Brasil é de 23,9%, sendo que em 2013 era de 21,4% (BRASIL, 2020).

Espera-se que até 2025 haja uma redução da HAS em 25% conforme instituído pelo Plano Global de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (MALTA et al., 2018; WHO, 2013). Estudos como o de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL, 2021) apontam um aumento da prevalência da HAS autorreferida, evidenciando uma similaridade de prevalência de 26,9% na capital de São Paulo (ANDRADE et al., 2015; BRASIL, 2021c; FIÓRIO et al., 2020). E ainda mostram que, para o diagnóstico médico de HAS, a prevalência entre as mulheres foi maior (27,1%) do que entre os homens (25,4%). Pela mesma razão, em ambos os sexos, houve elevação das proporções conforme a idade e diminuíram de acordo com o nível de escolaridade (BRASIL, 2021c).

Segundo o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis (DANT), para até o ano de 2030, foram propostas ações a fim de corroborar com a promoção da saúde, prevenção e monitoramento na atenção da HAS. Apesar disso, foram propostos reduzir em 1/3 a morte prematura e a probabilidade de morte prematura (30 a 69 anos) por DCNT. Além de metas como: redução da prevalência da obesidade em adultos, incentivando práticas de atividade física, aumentar em 30% o consumo de hortaliças e frutas, diminuição da quantidade de sódio e alimentos ultraprocessados, reduzir em 30% do consumo de bebidas que contenham açúcar, reduzir a prevalência do tabagismo em 40%, reduzir 10% do uso abusivo de álcool (BRASIL, 2021a).

A análise da carga global das doenças, coordenado pelo Global Burden of Disease (GBD) (<https://www.healthdata.org/>) é medida pelos anos de vida perdidos ajustados por incapacidades (Disability Adjusted Life Years [DALY]) e indicam a importância das doenças crônicas. O perfil da situação de saúde no Brasil se caracteriza como uma tripla carga de doenças pela presença concomitante das doenças infecciosas, causas externas e doenças crônicas que sobrecarregam o sistema de saúde como um todo e, em populações desiguais como a nossa, trazem grandes desafios para o cuidado (MENDES et al., 2012; MARINHO; PASSOS; FRANÇA, 2016).

As condições crônicas desafiam fortemente os sistemas de saúde na organização dos cuidados. Sistemas universais de saúde, com centralidade em cuidados comunitários são de grande importância para o cuidado, particularmente da HAS, reduzindo seu impacto na vida das pessoas e de toda a sociedade. No Brasil, o SUS, é um sistema universal que se caracteriza como uma importante política pública e que foi construída a partir de lutas sociais no sentido de disponibilizar assistência gratuita, de qualidade, de forma universal, equânime e integral, em todo o território nacional (CECÍLIO, 2001).

De acordo com a Constituição Federal de 1988 (CF/88) (BRASIL, 1988) o SUS, em seus princípios de universalidade, equidade e integralidade, assegura o direito do acesso à saúde a todos os brasileiros. A CF/88 e a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 (BRASIL, 1990), preconizam acerca da organização do sistema e as disposições de efetuação do direito à saúde. Cabe ao Estado garantir, principalmente, a integralidade e distribuição igualitária desses serviços, bem como acessibilidade da população a estes.

A organização do SUS traz grandes desafios como a garantia de financiamento adequado, planejamento integrado tripartite e a organização de redes de atenção para avançar no cuidado integral às condições crônicas, dentre todos os outros agravos. No entanto, é importante considerar que nos últimos anos o SUS tem sido atacado de várias formas, explicitando várias tensões no sistema, relacionadas aos modelos de atenção e de gestão. É imprescindível o enfrentamento das desigualdades geográficas, epidemiológicas e sociais da população, que vêm sendo atravessadas por financiamento insuficiente, interesses do setor privado e pela lógica da oferta dos

produtores de bens e serviços em saúde. Sem a sustentabilidade e a organização do SUS que tenham a atenção primária em saúde (APS) como pilar das redes de atenção, o cuidado à saúde, particularmente o das condições crônicas, pode ficar cada vez mais prejudicado (CASTRO et al., 2019).

Anualmente, o SUS possui um gasto de aproximadamente US\$ 523,7 milhões direcionado ao atendimento dos usuários com HAS. Economicamente, o SUS vem sentindo os efeitos relacionados a custos hospitalares e medicamentosos, já que a HAS é um potencial agravamento dos casos, causando impacto também no tempo de internação, o que acarreta um tratamento com maior custo (BARROSO et al., 2021).

Em 2018, o SUS teve um gasto total de R\$ 3,45 bilhões, utilizados em tratamentos para hipertensão, diabetes e obesidade, aproximadamente US\$ 890 milhões. Sendo 59% destinado ao tratamento da hipertensão, 30% ao do diabetes e 11% ao da obesidade. Desses gastos, 72% destinaram-se ao tratamento em pessoas com idade entre 30 e 69 anos, chama atenção para o fato de que 56% ocorreram com as mulheres (NILSON et al., 2018).

Para o avanço da integralidade, são muitos os desafios a serem superados, relacionados à regionalização da saúde e à integração dos serviços de saúde. Um sistema de saúde fragmentado reduz as perspectivas de atingir cada vez mais a integralidade dos serviços públicos de saúde (SILVA, 2008). É de suma importância garantir um serviço de atenção longitudinal aos usuários, tanto para tratamentos de recuperação quanto para medidas de prevenção e efetivação da promoção da saúde.

A organização do SUS ocorre em rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde. Baseia-se em um sistema único que é guiado por entes federativos, descentralizados e autônomos, na tentativa de garantir ao usuário a integralidade de sua saúde. São organizados em todo o território nacional ações e serviços de saúde interdependentes em vários níveis de complexidades, conhecimentos e tecnologias, estabelecendo uma rede regionalizada e hierarquizada frente à complexidade de seus serviços (SILVA et al., 2013).

Dentre as principais conquistas, desafios e entraves das políticas públicas de saúde, algumas conquistas recebem destaque, como a ampliação do acesso, descentralização, participação social e principalmente a garantia da saúde como

direito em um sistema público de caráter universal. O esforço da Saúde Pública para a construção dos projetos nacionais brasileiros, de forma a compreender a saúde como um bem público, nos diferentes contextos históricos e sociais da formação do Brasil, significa pensar novos significados que possibilitam uma reestruturação nas transformações do papel do Estado, de suas instituições e da ação pública (SANTOS; MERHY, 2006).

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é considerada o modelo organizacional do sistema de saúde, mediante níveis locais e regionais, tendo como premissa as singularidades de cada território (BRASIL, 2013a). Têm como pontos estratégicos o fortalecimento da AB e o cuidado compartilhado com outros pontos de atenção, incluindo aqueles usuários portadores de doenças ou agravos das condições crônicas, carecendo de cuidado contínuo (MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

O cuidado baseado em redes ajuda o fortalecimento da AB como coordenadora do cuidado, na tentativa de garantir uma atenção contínua e integral para todos os usuários do SUS, criando vínculos com a população e articulando os pontos de atenção, o que é essencial para os portadores de DCNT (ABREU et al., 2018).

A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas tem sido uma forte estratégia de enfrentamento para as DCNTs na AB. O investimento em mecanismos avaliativos pode contribuir para a identificação de entraves e/ou resultados acerca do cuidado à HAS. Para o enfrentamento das DCNTs, foi criado um plano de ações estratégicas, recomendando a formação da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, ordenada por meio de LC prioritárias (doenças renocardiovasculares, hipertensão arterial, insuficiência renal crônica, diabetes mellitus, obesidade, doenças respiratórias crônicas e câncer), tornando possível a sistematização dos serviços quanto à organização da LC, itinerário dos usuários e fluxos assistenciais a serem traçados (SANTA CATARINA, 2019).

Define-se como LC um conjunto de saberes, tecnologias e recursos essenciais para o enfrentamento dos riscos, agravos ou condições específicas de vida e critério médico sanitário, de acordo com a oferta de modo articulado e contínuo pelo SUS (VENÂNCIO et al., 2016).

O Ministério da Saúde (MS) propõe alguns protocolos clínicos para as rotinas dos serviços de saúde e seus profissionais e pactua padronizações de ações para algumas condições de saúde. No caso das DCNT, tenta oferecer segurança ao profissional de saúde e adequação da conduta terapêutica na AB (VENÂNCIO et al., 2016). Sabe-se que para além dos protocolos clínicos, o MS, dispõe de materiais educativos como os Cadernos de Atenção Básica, os quais orientam os profissionais da AB nesse sentido.

Nesse âmbito, em 2018, no estado de São Paulo, a Secretaria Estadual de Saúde (SES) instituiu critérios e protocolos para a LC da HAS e DM (SÃO PAULO, 2018). A LC representa uma trajetória ideal no sentido de uma atenção integral às pessoas com HAS nos diferentes níveis de atenção, nela estão consolidados elementos que orientam os recursos disponíveis, prevenção, cuidado, promoção da saúde e a reabilitação do usuário (BRASIL, 2021b).

A LC das DCNTs estabelece estratégias que visam contribuir com a detecção precoce da HAS, seu tratamento e controle da população diagnosticada com HAS na RAS, tendo como norte a definição de risco, ordenando os encaminhamentos, referência e contrarreferência a partir da AB. Assim, a organização de redes e LC no SUS possibilitam a facilitação e redução de desigualdades no acesso, a ampliação da integralidade bem como a otimização de recursos e de resultados nos sistemas e serviços de saúde. A rede organiza-se por meio de LC, na tentativa de conduzir de forma oportuna os usuários em seu itinerário terapêutico, direcionando suas necessidades diante do acesso aos serviços de saúde.

A LC, quando implantada de forma efetiva, pode conduzir os usuários em seus diagnósticos e tratamentos, auxiliando na redução de danos e manutenção de saúde. No entanto, esse modelo de cuidado ainda não permite um olhar singular para cada indivíduo. A prática deve estar pautada na pessoa. O profissional é fundamental nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitoração e controle da HAS. Visando minimizar as possíveis complicações vindas pelas HAS, os profissionais se empenham para acompanhar os usuários que a desenvolvem em diferentes níveis. Como grande desafio das políticas públicas, surgem as diferenças nas possibilidades do que se tem à disposição da população quanto a tecnologia. Sendo assim, elas estão concentradas nos grandes centros. Desta forma, considera-se então a urgência

de se repensar o cuidado como um todo (LOUVISON, 2021). Faz-se necessária uma profunda reflexão e compreensão da garantia do direito à saúde em um sistema de saúde único e universal, que busca ações para o enfrentamento dos desafios políticos como a articulação público/privado, bem como o financiamento e as desigualdades sociais.

Utilizamos o termo AB considerando sua aposta fundamental para o nosso sistema de saúde, que aponta para um modelo de Atenção Primária de Saúde (APS) integral e não excludente. A APS é orientada pelos princípios da acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade e integralidade (STARFIELD, 2002). No Brasil, as principais estruturas da AB são as UBSs e as Equipes de Saúde da Família (eSF). Tem resolutividade para grande parte dos problemas de saúde e atua no cuidado comunitário junto aos territórios.

Têm-se como diretrizes da AB: território adscrito, acesso universal e continuidade de serviços de saúde de qualidade, além da construção de vínculo, coordenação da atenção de forma integrativa, com foco no indivíduo e na família visando a participação comunitária (SILVA et al., 2014).

Desde a década de 1990, a AB é uma forte estratégia do SUS juntamente com a Estratégia da Saúde da Família (ESF), com a criação dos Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) a partir de 2008 que é composto por uma equipe multiprofissional, estabelecida pelo gestor municipal em conjunto com as equipes AB (BROCARDI et al., 2018).

No Brasil, há uma disputa dos modelos de AB mais integrais ou mais focalizados sendo importante considerar que políticas mais recentes têm restringido esse avanço para uma APS integral. A AB vem sofrendo ataques nos últimos anos, sendo que a Política Nacional de APS de 2017, o Previne Brasil, passa a transferir recursos federais para os municípios a partir de capitação ponderada, colocando em risco a universalidade do sistema, além de flexibilizar o número de agentes comunitários e não regulamentar os NASFs (SETA et al., 2021). Além disso, foi regulamentado o programa Médicos pelo Brasil (PMB), com extinção do programa Mais Médicos, e foi criada a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), que tem sido fortemente criticada, pois aponta para uma possível privatização desse nível

de atenção no SUS. Nessa perspectiva, o programa Previne Brasil traz grandes desafios para a ampliação da AB de forma que responda à necessidade da população, com um modelo de atenção ampliado e abrangente, como inicialmente proposto no SUS (GIOVANELLA et al., 2019).

Salienta-se que os estudos confirmam a relação entre hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares e os desfechos da COVID-19. Essa ameaça demonstrou um problema emergente de saúde pública e o enfrentamento das DCNTs mundialmente. Considera-se, que há uma forte associação com gravidade e mortalidade em indivíduos infectados pela COVID-19 para esse grupo de risco (DE ALMEIDA-PITITTO et al., 2020).

Estudo realizado no Irã mostrou que a proporção de infecção por SARS-COV-2 foi a maior entre os pacientes com hipertensão (21,1%), seguido por diabetes mellitus (16,3%), doenças cardiovasculares (14,0%) e doença renal crônica (5,0%). Além de terem o risco aumentado para mortalidade e infecção por SARS-COV-2 (MIRJALILI et al., 2021).

Considerando o risco aumentado de doença grave ou morte em usuários com comorbidades como a HAS e diabetes mellitus ao serem infectados com COVID-19, percebeu-se a necessidade de buscar informações sobre a continuidade do cuidado de usuários que seguiam na AB. Ainda que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) tenham efetuado ações para a continuidade de cuidados em virtude da pandemia de COVID-19, houve redução de consultas para os usuários com doenças crônicas em 60% nas UBS. No Brasil, a diminuição dessa oferta trouxe consequências que afetaram o cuidado de um terço das UBS. Ademais, a procura pelos serviços de saúde nas UBS aumentou 80% devido às sequelas da COVID-19 (BOUSQUAT et al., 2021).

A demanda de hospitalização contribuiu com este cenário. Os casos graves exigem internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e uso de ventilação mecânica. Junta-se a isso a internação prolongada. Cabe ressaltar a importância do enfrentamento político frente à crise que temos presenciado, tendo em vista que essa pandemia implica diretamente as redes locais de saúde (SEIXAS et al, 2021). A Pandemia causada pelo vírus SARSCoV-2 tem gerado grande impacto aos sistemas de saúde, além de provocar uma crise econômica no mundo todo. Sabe-se que a

sobrecarga desses sistemas, devido à deficiência de leitos e equipamentos, bem como profissionais da saúde para atender a demanda de pacientes, levam os sistemas de saúde a colapsar (SILVA et al., 2020).

No período pandêmico, a busca ativa por usuários com doenças crônicas dos grupos prioritários foi realizada pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). Para os usuários com consultas atrasadas, foi mantido contato telefônico ou via WhatsApp em 66% das UBS. Visando a continuidade do cuidado desses usuários, foi realizada a entrega de medicamentos em 43,5% das UBS. A vacinação contra Covid-19 para os grupos prioritários ocorreu no decorrer do ano de 2021. Foram realizadas ações de vigilância e educacionais em 82% das UBS. A demanda de trabalho das equipes de saúde aumentou 86% em todo o território nacional (BOUSQUAT et al., 2021).

Nota-se, desde o início da pandemia, que parte dos profissionais de saúde deixaram de atuar em suas funções de origem e passaram a fazer parte de equipes que trabalham com pacientes com sintomas respiratórios. Outros processos importantes deixaram de estar em evidência dentro das redes de cuidado, ficando como campanhas de vacinação, renovação de receitas, atendimento de gestantes, distribuição de materiais para curativos. Em diversos lugares os profissionais passaram a não atuar no território, sendo esse distanciamento justificado pela preocupação em contaminá-los com a COVID-19, já que num primeiro momento a falta de equipamentos de proteção individual era uma questão (SEIXAS et al, 2021).

Atualmente, para além dos desafios já apresentados, a AB passou por um processo de reorganização dos processos de trabalho ao longo do enfrentamento da pandemia de COVID-19 com um represamento do atendimento de rotina das condições crônicas, incluindo a HAS, em função do distanciamento social e demanda de sintomáticos respiratórios. Estas ações podem contribuir para o não comparecimento de usuários nessas condições em suas consultas de rotina, o que pode ocasionar uma interrupção do cuidado e gerar um agravamento no período pandêmico.

Diante desse cenário, cabe reconhecer todo o esforço e a atuação intensa dos profissionais de saúde para a continuidade dos cuidados, principalmente dos grupos prioritários em seus territórios frente a fragilidade da AB. Nesse sentido, é uma

limitação do presente estudo ter analisado dados coletados em um período pré-pandemia, sem a possibilidade de retornar ao campo no sentido de perceber o impacto deste momento no cuidado às condições crônicas na AB do SUS.

2.2 AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA: CONDIÇÕES TRAÇADORAS E O PMAQ-AB

A avaliação é um processo técnico-administrativo destinado à tomada de decisão. O diagnóstico faz parte da avaliação como instrumento epidemiológico básico da saúde pública, mas desde que inerente e imbricado ao processo avaliativo, apontando o caminho na medida em que identifica aspectos pontuais, relevantes, factíveis, delimitados para permitir adequações, adaptações alternativas e modificações para tomada de decisões direcionadas. O ponto mais importante da abordagem da saúde em uma avaliação é o reconhecimento da interação e interconexão social da rede participante, considerando o processo em primeiro plano e a estrutura e os resultados como consequentes a esta análise (TANAKA; MELO, 2004). Considerou-se em particular o referencial teórico Donabedian: baseando-se na utilização de critérios avaliativos afim de induzir conclusões sobre a qualidade dos cuidados à Atenção à Saúde, apontando para um “julgamento de valor” voltando-se para, componentes ou dimensões que dialogam com o processo de atenção médica (DONABEDIAN, 1990).

O alicerce da avaliação da qualidade dos serviços de saúde está ancorado em três aspectos: estrutura, processo e resultados. A avaliação da estrutura ampara-se em recursos físicos, materiais e humanos fundamentais na assistência à saúde; já a avaliação do processo está centrada nas atividades, procedimentos e os processos de trabalho; a avaliação dos resultados está ancorada em como esses aspectos influenciam o estado de saúde do usuário como consequência da assistência recebida. Portanto, a avaliação da satisfação do usuário a respeito da assistência ofertada é de grande relevância na qualidade da assistência em saúde (MACHADO; NOGUEIRA, 2008).

Avaliar a AB é uma tarefa de grande complexidade, pois os cuidados comunitários em um sistema universal são compreendidos como um pilar importante das redes de atenção. A AB, nessa lógica, seria a porta de entrada para acessar o

sistema de saúde em toda a sua integralidade. Para isso, está capilarizada em todo o território nacional e atua no cuidado das pessoas nos territórios, ampliando o conceito de saúde, para além do modelo biomédico centrado (BOUSQUAT et al., 2020). Desde a conferência de Alma Ata, esse nível de atenção é reconhecido como um primeiro nível de contato da comunidade com o sistema de saúde, estando o mais próximo possível das pessoas e garantindo a continuidade do cuidado (STARFIELD, 2002).

Os serviços de AB, necessitam de avaliações permanentes visando a melhoria dos resultados e da qualidade da assistência prestada. Considera-se que, para esta avaliação de serviços da AB, é necessário atender a quatro pilares: acesso de primeiro contato, relacionado à acessibilidade e uso do serviço conforme surgimento de um determinado problema; longitudinalidade, infere a existência de uma fonte contínua de atenção e uso prolongado; integralidade, resulta na prestação e na disponibilização de serviços e ações em saúde, os quais são ofertados aos usuários, a fim de obter atenção integral; e coordenação da atenção, depreendendo uma forma mantenedora da continuidade da atenção, identificando problemas e serviços no suporte às necessidades (STARFIELD; XU; SHI, 2001; GONTIJO et al., 2017).

A avaliação da AB tem sido realizada no sentido de identificar as práticas de cuidado e sua atuação. As avaliações dos sistemas e serviços utilizam habitualmente entrevistas com gestores, trabalhadores e, em alguns casos, com usuários. O que determina a satisfação do usuário é dependente de diversos fatores, que se relacionam intrinsecamente com suas percepções de mundo, realidade socioeconômica e demográfica (BRANDÃO; GIOVANELLA; CAMPOS, 2013). É cada vez mais perceptível uma preocupação voltada para a satisfação do usuário na avaliação da qualidade de serviços de saúde que, por sua vez, vem contribuindo com o processo de tomada de decisão da gestão.

Desde a década de 1970, essa temática vem ganhando espaço na literatura internacional e nacional, quando surgiram os primeiros estudos reconhecendo que a satisfação dos usuários pode ser considerada um forte indicador de qualidade dos serviços de saúde (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005).

Uma forma de avaliar o atendimento de instituições e serviços é a pesquisa de opinião de usuários. Ela também pode ser usada na AB, com o intuito de avaliar o

atendimento recebido e seu grau de satisfação a partir do olhar e da percepção dos usuários (PROTASIO et al., 2020).

Estudos com abordagem voltada para a satisfação dos usuários no processo de avaliação da qualidade dos serviços possuem grande relevância. E ainda, a literatura tem mostrado que a satisfação está totalmente ligada à adesão ao tratamento e aos resultados positivos quanto ao cuidado no processo saúde/doença. Além disso, um fator importante que tem influenciado o sucesso dessa adesão ao tratamento, é a construção de vínculos entre usuário, profissional e equipe de saúde (ALBUQUERQUE; DEVEZA, 2009).

A avaliação do grau de satisfação dos usuários no sistema de saúde, pode ser um potente instrumento para a gestão quando se pensa em ações de planejamento e políticas públicas. É necessário endossar as perspectivas, expectativas e necessidades dos usuários. Quando esse ciclo é considerado, há eficácia e resolubilidade do sistema. É relevante apoiar-se nessa premissa para a realização de pesquisas de satisfação dos usuários (MOIMAZ et al., 2010).

Ainda nessa temática, alguns estudos realizados em países em desenvolvimento apontam evidências com efeito positivo entre a AB e maior efetividade dos sistemas de saúde, satisfação dos usuários, promoção da equidade, integralidade e eficiência (SILVA et al., 2014).

Há escassez de estudos que trazem como foco a voz dos usuários nos processos avaliativos e na qualidade do acesso pela percepção dos usuários. Alguns estudos tentam dar voz a estes usuários que encontram barreiras no acesso aos serviços públicos da AB. É fundamental dar crédito às potencialidades desses estudos, os quais demonstram uma preocupação principalmente com os entrevistados, que em sua maioria são mulheres e idosos (CATANANTE et al., 2017; MARQUES et al., 2020).

A literatura confere a relevância de estudos com abordagem de instrumentos avaliativos na AB, em que é fundamental colocar em foco a percepção dos usuários, ao empregar atributos como acessibilidade, integralidade e coordenação do cuidado (ABREU et al., 2018).

A questão da avaliação da integralidade no cuidado é fundamental para que se note esse usuário, dando atenção às suas necessidades, enxergando o contexto acerca dele, na tentativa de melhor direcionar o atendimento de forma singular e participativa (MARQUES et al., 2020). A avaliação se fortalece à medida que os profissionais e usuários participam juntos do processo. Torna-se também necessário que os usuários entendam os resultados dos processos (CACCIA-BAVA et al., 2015).

Dessa forma, a avaliação permite o melhoramento da estrutura dos serviços de acordo com as demandas dos usuários, sendo um meio de fornecer amparo às dificuldades enfrentadas pelo usuário em seu itinerário terapêutico, a fim de garantir total assistência a quem procura os serviços de saúde e, em vista disso, aprimorar a qualidade dos serviços ofertados (GUILHERME; MASSUDA; YAMAGUCHI, 2016).

Para tanto, é necessário compreender que a avaliação da AB por meio de condições traçadoras (KESSNER et al., 1973) possibilita um melhor entendimento do oferecimento da atenção à saúde e como ele é realizado nos diversos pontos da LC e seu desempenho em rede. As características que qualificam uma condição traçadora se referem a ter um efeito funcional definido, ser de fácil diagnóstico, altas taxas de prevalência/incidência, história natural sensível à intervenção médica, conduta médica bem definida (prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação), e sofrer efeitos conhecidos de fatores não médicos (CHAVES et al., 2017).

A qualificação dos serviços da AB desafia a gestão das condições crônicas, na tentativa de auxiliar na prevenção secundária de agravos como o Acidente Vascular Cerebral (AVC) e nas morbimortalidades que apresentam alta prevalência no Brasil e que podem sobrecarregar os sistemas de saúde. É cada vez mais recorrente o uso de dados secundários no SUS para explorar as LCs de uma condição traçadora (TANAKA et al., 2019).

Somado a isso, é válido considerar o uso da condição traçadora em agravos como a HAS, que possui alta prevalência, com diagnóstico e tratamento conhecido (LOUVISON, 2011), tendo sido cada vez mais utilizado em estudos de avaliação da integralidade na rede de atenção. A partir de doenças que possibilitam identificar o percurso do usuário ao longo dos serviços de saúde, visando identificar tanto as necessidades do cuidado, como o tempo em que o usuário consegue chegar ao

serviço de saúde que possa oferecer tecnologia adequada, dando continuidade ao cuidado. Nessa lógica, a HAS, enquanto condição traçadora, auxilia na avaliação das condições crônicas por sua relevância frente à saúde pública. Considerando o aumento significativo da incidência e prevalência da Hipertensão Arterial, a LC da HAS é um importante instrumento para a AB, uma vez que ela pode ampliar os cuidados das condições crônicas.

São necessárias reflexões sobre estudos das condições crônicas e seus processos de regulação na AB, principalmente sobre como ela ajuda usuários acometidos por doenças crônicas e seus agravos a chegarem rapidamente aos serviços de saúde, verificando o quanto a integralidade e a construção de LC impactam as centrais de regulação. Nessa lógica, a regulação por LC utilizando as condições crônicas como condição traçadora possibilita um acesso qualificado às redes de atenção. Desse modo, a LC das condições crônicas visa garantir o acesso aos vários pontos de atenção. Atualmente há poucas publicações que evidenciam a questão da LC como uma traçadora do cuidado das condições crônicas, pois este é um grande ponto para saber como os serviços de saúde estão funcionando e também uma forma de perceber como essas doenças são tratadas dentro da AB.

Com essa finalidade, nota-se a necessidade de cooperação em momentos relacionados à troca de experiências entre profissionais e compartilhamento das responsabilidades pelas ações desencadeadas, dando origem à integralidade em todo o sistema de saúde. Isso possibilita a criação de espaços de conversa entre gestão, prestadores de serviço e usuários, causando efeitos tanto na organização do trabalho quanto no desenvolvimento e produção do cuidado (BRANDÃO; GIOVANELLA; CAMPOS, 2013). Assim, faz-se necessário superar a fragmentação da assistência, deixar de ver nível primário, secundário e terciário de forma individualizada, passando a observar esses níveis de forma integrada e interligada (SILVA, 2008). Nesse sentido, justifica-se a importância de um estudo que analise a AB como produtora de cuidado e sua inserção com relação aos outros serviços de saúde. O presente estudo visa contribuir com reflexões de como a AB está cuidando dos usuários hipertensos.

Em 2011 foi instituído o PMAQ-AB, pelo departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (MS). Foi disposto em três ciclos, o 1º foi desenvolvido em 2011/2012, o 2º ciclo foi realizado em 2013/2014 e o 3º ciclo ocorreu entre 2015/2019.

O PMAQ-AB tem o objetivo de estimular as equipes e a gestão a aperfeiçoar o modo como os serviços de saúde são ofertados aos usuários do SUS. Após adesão dos gestores, foram desenvolvidas fases complementares, sendo realizada avaliação externa por universidades que visitaram as UBS a fim de compreender a situação vivida na unidade por observação direta e relato das equipes e usuários. Cada ciclo, na fase de avaliação externa, contou com instrumentos dispostos em forma de roteiros para entrevistas, apresentados em módulos incluindo diferentes variáveis. Um dos módulos refere-se a entrevistas com o usuário na UBS, no sentido de compreender o seu ponto de vista quanto a utilização do serviço de saúde. Por meio do questionário aplicado ao usuário foram avaliados aspectos relativos ao atendimento e acessibilidade (BRASIL,2017a).

O PMAQ-AB tem contribuído como um potente instrumento avaliativo da qualidade da AB, ao avaliar as ações desse nível de atenção como componente das redes prioritárias. Ele pode ser pensado como instrumento para o enfrentamento do desgaste da AB, pois aponta para importantes problemas ao passo que proporciona subsídios para a tomada de decisões, já que revela experiências significativas, além de viabilizar parâmetros e monitoramento de avaliação da AB (AKERMAN; FURTADO, 2015).

É de grande importância a utilização da avaliação do PMAQ-AB por profissionais dos serviços de saúde, ajudando a reconhecer suas limitações no processo de aperfeiçoamento da qualidade. Vale mencionar que no ciclo avaliativo, a partir da reorganização das equipes com foco em considerar os critérios da avaliação externa, bem como as provocações que são despertadas nas equipes a partir da divulgação de resultados e dados (SANINE et al., 2020).

O PMAQ-AB estabelece uma avaliação baseada no componente externo quantitativo, mas sem um acompanhamento longitudinal, já que ela acontece em um único dia. Nesse sentido, há o risco dos profissionais dos serviços de saúde se sentirem pressionados pelo processo avaliativo. O PMAQ-AB trouxe esse olhar ampliado tornando possível identificar por meio do questionário possibilidades de cuidados das condições crônicas e sua relação com a rede na atenção especializada (SANINE et al., 2020). As entrevistas com usuários realizadas no PMAQ-AB têm muita potência de utilização para análise da AB e das redes de atenção, mas tem sido pouco

utilizada nos estudos, em função não apenas de uma certa invisibilidade da percepção do usuário, mas também de suas limitações relacionadas ao pequeno número de entrevistados por unidades e uma possível seleção em sua escolha no momento da entrevista.

Na atual política de AB, para além das questões aqui já apontadas, é de grande preocupação a interrupção da série histórica produzida pelo PMAQ-AB em todo o país que contribui com a avaliação da qualidade da AB. Tem sido preconizado o uso de outros sistemas avaliativos como o indicador de condições sensíveis a atenção básica e outros indicadores de desempenho (BRASIL, 2017b; REDE APS, 2022). Contudo, cabe ainda ressaltar o potencial do presente estudo como linha de base para comparações em futuros estudos, e o potencial de reconhecer falhas históricas que ainda podem servir para a tomada de decisões e melhorias que tendem a ter sido agravadas com o retrocesso e a pandemia.

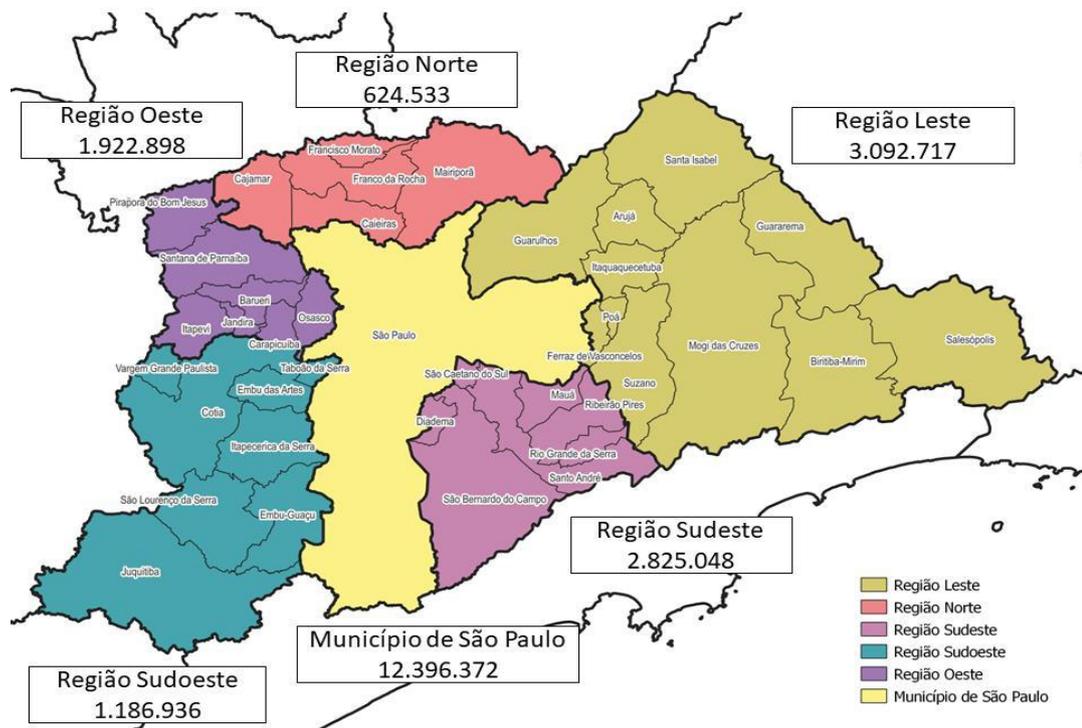
2.3 A REGIÃO METROPOLITANA DA GRANDE SÃO PAULO

A região metropolitana de São Paulo ocupa um importante papel dentro do cenário brasileiro no que se refere à economia, produção e cultura. Há diferenças no modo em que os municípios da Região Metropolitana da Grande São Paulo (RMGSP) se estruturam, pois, alguns possuem um maior desenvolvimento industrial e mais serviços. No campo da saúde, a região conta com os mais modernos hospitais da América Latina. O Pacto pela Saúde, criado em 2006, reforça a relevância desse território e seu processo de regionalização, além da necessidade de ampliação do acesso aos serviços de saúde (HEIMANN et al., 2010). Registra-se também o grande desafio em que se consiga trazer de maneira equânime os recursos para todos os municípios. Frente ao que foi descrito acima, verifica-se a necessidade de estudos voltados para esse território.

A RMGSP conta com 39 municípios e possui aproximadamente 12 milhões de habitantes e é composta por seis Regiões de Saúde (RS) e a Capital. A RS do Alto Tietê na Região Leste, com onze municípios, RS de Franco da Rocha na Região Norte, com cinco municípios, RS de Mananciais na Região Sudoeste, com nove municípios, RS da Rota dos Bandeirantes na Região Oeste, com seis município e RS

do Grande ABC na Região Sudeste, com sete municípios. Destacam-se por suas diferenças socioeconômicas e desigualdades, tanto na oferta de equipamentos de saúde quanto de recursos financeiros. A cidade de São Paulo e os municípios do Grande ABC apresentam maior disponibilidade de serviços de saúde quando comparadas com a RS de Rota dos Bandeirantes, que possui menor oferta (LOUVISON et al., 2019).

Figura 1– Mapa da Região Metropolitana da Grande São Paulo.



Fonte: OBSERVA SAÚDE.SP

Historicamente, a RMGSP enfrenta desafios quanto a integralidade e equidade em seu território, o que reforça a necessidade de um grande empenho para desenvolver processos de regionalização mais solidários, de forma a ampliar seu planejamento territorial.

No presente estudo, foram analisados 25 municípios que aderiram ao 3º ciclo do PMAQ-AB, sendo estes, bastante representativos. Um estudo realizado em municípios paulistas quanto à não adesão ao PMAQ-AB aponta que a ocorrência desse fato foi devido a alguns municípios não alcançarem requisitos mínimos propostos pelo Programa, como por exemplo dispor de uma ESF. Muito

frequentemente, tais territórios não alcançaram as exigências mínimas também por carências técnicas e financeiras para compor as equipes, conforme conjunto de atributos específicos da AB. Alguns desses municípios dispunham de uma ESF fragilizada e o fato de entrevistarem apenas equipes credenciadas de ESF limitou a adesão, considerando ainda que a RMGSP tem 44,83% de cobertura de ESF, sendo um pouco maior nas regiões de Franco da Rocha (63,33%) e Grande ABC (59,72%) em dezembro de 2021, conforme levantado no Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica (e-Gestor AB)¹. Em outras situações, foram identificados outros motivos de não participação no PMAQ-AB como opção a fim de manter sua autonomia, com menor necessidade de recursos externos advindos de outras fontes. Outros gestores acreditavam que já possuíam seus processos de avaliação em funcionamento e não tinham interesse em passar por processos de avaliação externa. Envolveram ainda questões como: falta de entendimento quanto ao processo avaliativo e, em alguns casos, oposição da gestão por considerar o programa apenas como uma demanda adicional, não valorizando o seu potencial de melhoria da AB (CACCIA-BAVA et al., 2020).

Como desdobramento do PMAQ-AB 3º ciclo no Estado de São Paulo, foi desenvolvido um estudo qualitativo que realizou, a partir de resultados estratégicos de cada RS, entrevistas com gestores da atenção básica dos municípios avaliados, para analisar os resultados e compreender dificuldades e facilidades observadas em cada território. Nas RS da RMGSP foram realizados grupos focais com a participação de coordenadores e assessores da AB dos municípios, visando a construção de narrativas coletivas, que pudessem contribuir com singularidades e percepções com base nos dados quantitativos. A partir disso, identificou-se um cenário da AB na RMGSP, como indicativo de resistências e disposições, tanto no ponto de vista do território, quanto municipal e ainda na perspectiva de regionalização. Destaca-se além do bom desempenho das regiões de Mananciais e do Grande ABC, as histórias de reconstrução e luta nos municípios de toda a RMGSP (LOUVISON et al., 2019).

A partir de dimensões que identificavam desmontes, resistências e caminhos da AB, identificou-se alguns municípios da RMGSP que passaram por grandes

¹ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. e-Gestor. Ministério da Saúde; 2021. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/index.xhtml>. Acesso em: 20 jul. 2022.

mudanças de gestão, o que influenciou o desempenho da AB. Esses processos apontaram para as vulnerabilidades dos territórios e das políticas públicas, mas é importante considerar que, mesmo os municípios que possuem mais recursos tecnológicos, podem evidenciar desigualdades intraurbanas e desequilíbrios entre a oferta e a demanda (SANTOS, 2018).

Na RMGSP, a AB passa cada vez mais por um processo de terceirização da gestão por Organizações Sociais de Saúde (OSS), muito fortemente capilarizado no município de São Paulo, o que pode influenciar a qualificação do cuidado e as premissas do SUS. Quando a lógica de mercado é sobreposta às necessidades dos cidadãos, tem-se uma fragilidade na organização de processos de regulação induzindo iniquidades e exclusão, além de inviabilizar a organização de redes integradas impossibilitando, assim, a concretização de resposta às necessidades dos cidadãos frente aos sistemas de saúde. Nos processos de terceirização, pode haver uma priorização do menor valor sobre a qualidade, pensando numa lógica de lucro ao incorporar o setor privado no setor público, além de indicar práticas mais gerencialista, muitas vezes induzidas pelos formatos de contratação e regulação (LOUVISON, 2019).

Além disso, a AB na RMGSP atravessa as dificuldades inerentes a todo o processo de desmonte que ocorre no Brasil como um todo, a partir da Política Nacional de AB de 2017, agravada pelo contexto da pandemia e, ao mesmo tempo, enfrentando processos de terceirização que produzem menores acúmulos referentes ao processo histórico vivido até então, com maior rotatividade de profissionais, fragmentação da informação e agravamento das desigualdades territoriais. Apesar disso, os municípios que aderiram ao 3º ciclo do PMAQ-AB demonstraram importantes processos de resistência e caminhos inovadores no sentido da qualificação local da AB. Analisar as vozes dos usuários e olhar para o cuidado às condições crônicas é de grande importância para focalizar processos de acesso, vínculo e cuidado que permitam melhores resultados e satisfação dos usuários.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar as dimensões de acesso, vínculo e cuidado da AB aos usuários hipertensos do SUS.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Descrever o perfil socioeconômico dos hipertensos entrevistados na RMGSP.
2. Analisar os indicadores referentes às variáveis das dimensões de análise de acesso, vínculo e cuidado à HAS na AB segundo municípios e regiões de saúde da RMGSP.
3. Associar os indicadores específicos da Linha de cuidado de HAS com as condições socioeconômicas e regiões de saúde da RMGSP.

4 MÉTODOS

Trata-se de um estudo avaliativo, de abordagem quantitativa, que tem como principal pergunta avaliativa como o acesso, vínculo e cuidado na AB aos usuários hipertensos do SUS tem ocorrido na RMGSP, no período estudado. Foi utilizado o inquérito realizado em serviços de AB na RMGSP, em 2018, que se constituía como uma etapa da avaliação externa das equipes aderidas ao PMAQ-AB, realizado em todo o país. Foram entrevistados quatro usuários por equipe de AB, selecionados entre os usuários que frequentavam as unidades de saúde no dia da avaliação externa, maiores de 18 anos e que tivessem frequentado a unidade no ano anterior à entrevista. Foram obtidas variáveis relacionadas às entrevistas com os usuários que afirmaram ser hipertensos, registradas no módulo III do PMAQ-AB, relacionadas à percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao acesso e utilização. Todos os questionários na íntegra e manuais do 3º ciclo estão disponíveis no site do PMAQ-AB².

Foram utilizadas as entrevistas realizadas na RMGSP, coordenadas pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em parceria com várias instituições de ensino superior. A avaliação externa contou com equipes de três membros, sendo um supervisor e dois entrevistadores que foram enviados para as unidades de saúde objetivando a aplicação do questionário desenvolvido pelo ministério. Este questionário continha seis módulos, que avaliavam a estrutura física da unidade, as equipes de saúde, o NASF e a equipe de saúde bucal vinculada à ESF, além dos usuários. Foram avaliadas 1.723 equipes em municípios da RMGSP, sendo que 6.972 usuários foram entrevistados e, destes, 3.090 afirmaram ter hipertensão.

² Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde (saude.gov.br): Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq#:~:text=Programa%20Nacional%20de%20Melhoria%20do,oferecidos%20aos%20cidad%C3%A3os%20do%20territ%C3%B3rio>> Acesso em: 30 jul. 2022.

4.1. INDICADORES E AS DIMENSÕES DE ANÁLISE

Foram identificados os usuários que referiram ter hipertensão a partir da pergunta: “Algum médico lhe disse que o (a) senhor (a) tem pressão alta - (III 16.1)?” O perfil dos entrevistados foi elaborado, as condições socioeconômicas foram analisadas (Quadro 1) em três dimensões de análise: acesso, vínculo e cuidado (Quadro 2).

Quadro 1 – Variáveis das condições socioeconômicas

Código	Questão
III.3.1	Sexo
III.3.2	Idade
III.3.4	Raça/Cor
III.3.5	Escolaridade
III.3.6/ III.3.7	Renda per capita = Renda familiar/Número de pessoas da residência
III.5.4	Participa do Programa Bolsa Família

Quadro 2 – Variáveis referentes às dimensões de análise de acesso, vínculo e cuidado e à linha de cuidado da HAS

Dimensão	Código	Questão
ACESSO E CAPACIDADE DE USO	III.16.2 *	<i>O senhor (a) se consultou com médico ou enfermeiro desta unidade básica/posto de saúde por causa da pressão alta (hipertensão) nos últimos seis meses?</i>
	III.4.1	Quanto tempo o (a) senhor (a) leva da sua casa até esta unidade básica de saúde/posto de saúde? – Utilizado o tempo de até 30 minutos
	III.4.5	O horário de funcionamento desta unidade atende às necessidades do senhor (a)?
	III.6.2	A marcação de consultas pode ser feita todos os dias e em qualquer momento do funcionamento da UBS?
	III.6.4	Quando o senhor (a) consegue marcar consulta normalmente é para o mesmo dia?
	III.6.9	Na maioria das vezes que o senhor (a) vem a unidade de saúde sem ter hora marcada para resolver qualquer problema, você consegue ser escutado?
	III.6.6, III.6.7, III.6.8	Em média, quantos dias o (a) senhor (a) espera entre a marcação da consulta e o atendimento com o médico nesta unidade? Em média, quantos dias o (a) senhor (a) espera entre a marcação da consulta e o atendimento com o enfermeiro nesta unidade? Em média, quantos dias o (a) senhor (a) espera entre a marcação da consulta e o atendimento com o dentista nesta unidade? – Utilizado o recorte temporal de até 30 dias
VÍNCULO E CONTINUIDADE DO CUIDADO	III.16.3 *	<i>O senhor (a) fez a maioria das consultas por causa da pressão alta nos últimos seis meses nesta unidade de saúde?</i>
	III.16.5 *	<i>O senhor (a) já sai das consultas com a próxima consulta marcada?</i>
	III.5.1	Na maioria das vezes qual o primeiro serviço que o senhor (a) costuma procurar quando precisa de atendimento em saúde? Utilizada a resposta atenção básica.
	III.5.2	Para quais serviços o (a) senhor (a) costuma procurar esta unidade básica de saúde/posto de saúde: Utilizada a resposta busca de medicamento.
	III.7.1	Da última vez em que o (a) senhor (a) teve algum problema de urgência procurou esta Unidade Básica de Saúde/Posto de saúde?
	III.8.2.3	Nas consultas nesta unidade, os profissionais da equipe. Utilizada a resposta demonstram atenção enquanto o (a) senhor (a) fala?
	III.9.3	Depois que o (a) senhor (a) foi encaminhado para outro serviço, os profissionais da Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde continuaram acompanhando o (a) senhor (a)?
	III.21.1	Se o (a) senhor (a) pudesse, mudaria de equipe ou unidade de saúde?
	III.7.9	Quando o senhor (a) precisa de procedimentos como aferição de pressão arterial, glicemia capilar, curativos, vacinação, o (a) senhor (a) tem acesso em qualquer horário do funcionamento da UBS?
	III.9.2	Quando o (a) senhor (a) precisou ser encaminhado (a) para outros serviços, como a consulta foi marcada? – Pela unidade básica de saúde informada na hora e pela unidade básica de saúde informada depois
CUIDADO E QUALIDADE	III.16.4*	<i>Na (s) consulta (as), o (as) profissional (ais) da equipe de saúde medem (verificam) sua pressão?</i>
	III.16.6 *	<i>O (a) senhor (a) fez os seguintes exames para acompanhar pressão alta (hipertensão) nos últimos seis meses? Creatinina, perfil lipídico e Eletrocardiograma</i>
	III.8.1	Quando o (a) senhor (a) tem consulta marcada, em geral, quanto tempo espera entre a chegada na unidade e o atendimento? – Utilizado o recorte temporal de até 30 minutos
	III.8.2.2	Nas consultas nesta unidade, os profissionais da equipe: São claros em suas orientações e explicações?
	III.21.3	Na sua opinião, o cuidado que o (a) senhor (a) recebe da equipe de saúde é: Utilizadas as categorias muito bom/bom.
	III.21.4	O (a) senhor (a) recomendaria esta unidade de saúde para um amigo ou familiar?
	III.21.6	De zero a dez, qual nota o (a) senhor (a) atribui para a sua satisfação com o cuidado recebido pela equipe?
* Variáveis específicos da Linha de Cuidado da HAS		

As dimensões de análise (Figura 2) foram construídas a partir do referencial metodológico descrito por Louvison et al (2021) em inquérito de serviços especializados da LC de HAS, coordenado pelo Prof. Oswaldo Tanaka, no projeto de pesquisa ACESSUS, que estudou o cuidado à HAS a partir de três perguntas analisadoras:

1. Na dimensão chamada de ACESSO/USO as perguntas relacionadas se referem a: quando o usuário precisa ele acessa a AB? Quais as barreiras de acesso ao cuidado para a HAS na AB? Como os tempos de espera apontam essas barreiras e quais desigualdades se apresentam com maior intensidade? – Iremos denominar esta dimensão de ACESSO, conforme proposto na referência utilizada, identificando variáveis do questionário do PMAQ-AB para usuários (Módulo III) que se referem ao acesso, tempos de espera e utilização no último semestre.
2. Na dimensão chamada de VÍNCULO/CONTINUIDADE as perguntas relacionadas se referem a: o usuário mantém vinculação com a AB quando é encaminhado para a especialidade? Quais desigualdades se apresentam com maior intensidade como dificuldades à vinculação? Há garantia de retornos, continuidade e longitudinalidade do cuidado? – Iremos denominar esta dimensão de VÍNCULO, conforme proposto na referência utilizada, identificando variáveis do questionário do PMAQ-AB para usuários (Módulo III) que se referem à vinculação com os serviços da unidade e à continuidade e longitudinalidade do cuidado, fundamental nas condições crônicas.
3. Na dimensão chamada de CUIDADO/QUALIDADE as perguntas relacionadas se referem a: são realizadas práticas clínicas reconhecidas para o cuidado da HAS, em função de diretrizes preconizadas na LC? Há realização de exames complementares no sentido de identificar riscos? Quais desigualdades se apresentam com maior intensidade como boas práticas da LC e satisfação? – Iremos denominar esta dimensão de CUIDADO, conforme proposto na referência utilizada, identificando variáveis do questionário do PMAQ-AB para usuários (Módulo III) que se referem a boas práticas da LC de HAS para exame físico e laboratoriais, bem como a satisfação dos usuários pelo serviço.

Nesse sentido, as variáveis das entrevistas dos usuários foram identificadas como indicadores agrupados segundo as dimensões acesso, vínculo e cuidado, sendo analisadas por município e região de saúde da RMGSP. Os indicadores específicos da LC da HAS foram associados às condições socioeconômicas e às regiões de saúde para a identificação de desigualdades sociais e territoriais na produção da LC à HAS na RMGSP, segundo a voz dos usuários.

Figura 2 – Dimensões de análise de Acesso, Vínculo e Cuidado e variáveis relacionadas das entrevistas dos usuários.



Os dados foram consolidados e analisados no software Excel e no software Stata. Para a análise de dados, foram calculadas as proporções e realizado o teste de qui-quadrado de Pearson para comparar as proporções e a regressão logística múltipla para analisar a razão de chances, na associação entre as variáveis assistenciais específicas de respostas dos hipertensos que representam as dimensões de análise e as condições socioeconômicas e regiões de saúde da RMSGP.

4.2 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa, para o Estado de São Paulo foi aprovada pelo CEP da Faculdade de Saúde Pública da USP com parecer número 3.207.311 de 19/9/2019.

5 RESULTADOS

Foram entrevistados 6.972 usuários em 25 municípios da RMGSP, sendo 3090 (44,32%) declarantes hipertensos (Tabela 1). Dentre os 4.303 usuários entrevistados na cidade de São Paulo, 46,04% referiram ser hipertensos, seguido das maiores porcentagens regionais na região do Grande ABC (44,22%) e Rota dos Bandeirantes (41,86%), sendo o menor na região de mananciais (37,85%). O município com mais respostas afirmativas foi Franco da Rocha, com 60% dos entrevistados, enquanto aquele com menor referência a ter HAS foi Juquitiba com 18,75% de hipertensos.

Tabela 1– Proporção de usuários que relataram terem sido informados por um médico que possuem pressão alta (hipertensão), segundo Região de Saúde – RMGSP, 2018.

Região	Algum médico lhe disse que o(a) senhor(a) tem pressão alta (hipertensão)?						Total Geral
	Sim		Não		Não sabe/não respondeu		
	N	%	N	%	N	%	
Alto do Tietê	326	38,40%	522	61,48%	1	0,12%	849
Arujá	15	37,50%	25	62,50%	-	-	40
Biritiba-Mirim	5	31,25%	11	68,75%	-	-	16
Ferraz de Vasconcelos	22	36,07%	39	63,93%	-	-	61
Guarulhos	197	40,53%	288	59,26%	1	0,21%	486
Itaquaquecetuba	23	35,94%	41	64,06%	-	-	64
Mogi das Cruzes	19	39,58%	29	60,42%	-	-	48
Poá	8	21,62%	29	78,38%	-	-	37
Santa Isabel	16	57,14%	12	42,86%	-	-	28
Suzano	21	30,43%	48	69,57%	-	-	69
Franco da Rocha	24	39,34%	37	60,66%	-	-	61
Francisco Morato	12	29,27%	29	70,73%	-	-	41
Franco da Rocha	12	60,00%	8	40,00%	-	-	20
Grande ABC	635	44,22%	799	55,64%	2	0,14%	1436
Diadema	110	44,53%	137	55,47%	-	-	247
Mauá	127	39,56%	194	60,44%	-	-	321
Ribeirão Pires	17	58,62%	12	41,38%	-	-	29
Rio Grande da Serra	-	-	8	100,00%	-	-	8
Santo André	95	47,03%	106	52,48%	1	0,50%	202
São Bernardo do Campo	240	45,03%	292	54,78%	1	0,19%	533
São Caetano do Sul	46	47,92%	50	52,08%	-	-	96
Mananciais	106	37,86%	173	61,79%	1	0,36%	280
Embu	48	42,86%	64	57,14%	-	-	112
Embu-Guaçu	24	40,00%	35	58,33%	1	1,67%	60
Juquitiba	6	18,75%	26	81,25%	-	-	32
Taboão da Serra	17	30,36%	39	69,64%	-	-	56
Vargem Grande Paulista	11	55,00%	9	45,00%	-	-	20
Rota dos Bandeirantes	18	41,86%	25	58,14%	-	-	43
Jandira	18	41,86%	25	58,14%	-	-	43
São Paulo	1981	46,04%	2310	53,68%	12	0,28%	4303
Total Geral	3090	44,32%	3866	55,45%	16	0,23%	6972

5.1 PERFIL SOCIOECONÔMICO

Quanto às características socioeconômicas dos usuários hipertensos entrevistados (Tabela 2), nota-se que mais de 70% dos usuários hipertensos são do sexo feminino em praticamente todas as regiões de saúde, com exceção da região da Rota dos Bandeirantes (66,7%). A maior proporção de usuários hipertensos está relacionada aos de 60 anos ou mais, com exceção da região de Mananciais onde chama a atenção o fato de que a proporção de hipertensos que possuem entre 40 e 59 anos (48,1%) ultrapassa os percentuais dos hipertensos com 60 anos ou mais (44,3%). Quanto ao quesito raça/cor, mais de 50% dos entrevistados se declaram negros (pretos ou pardos), sendo que o maior percentual foi apresentado na região de saúde Franco da Rocha (66,7%), seguido por Mananciais (64,2%) e Alto do Tietê (62,3%).

Quanto à escolaridade, mais de 50% dos usuários hipertensos entrevistados se declaram como analfabetos ou que possuem nível de escolaridade fundamental incompleto. A região de saúde que apresentou maior percentual foi Franco da rocha (79,2%) seguida por Rota dos Bandeirantes (66,7%) e Mananciais com (58,5%). Quando perguntados sobre a renda per capita, a maioria dos hipertensos das regiões de Franco da Rocha (50,00%), Alto do Tietê (47,2%) e Rota dos Bandeirantes (44,4%) declaram que vivem com até R\$500,00. Alguns municípios apresentam menores percentuais, não havendo grande variabilidade na renda per capita por parte dos usuários. Quando perguntados sobre a participação no Programa Bolsa Família, mais de 86% dos entrevistados não participam do programa.

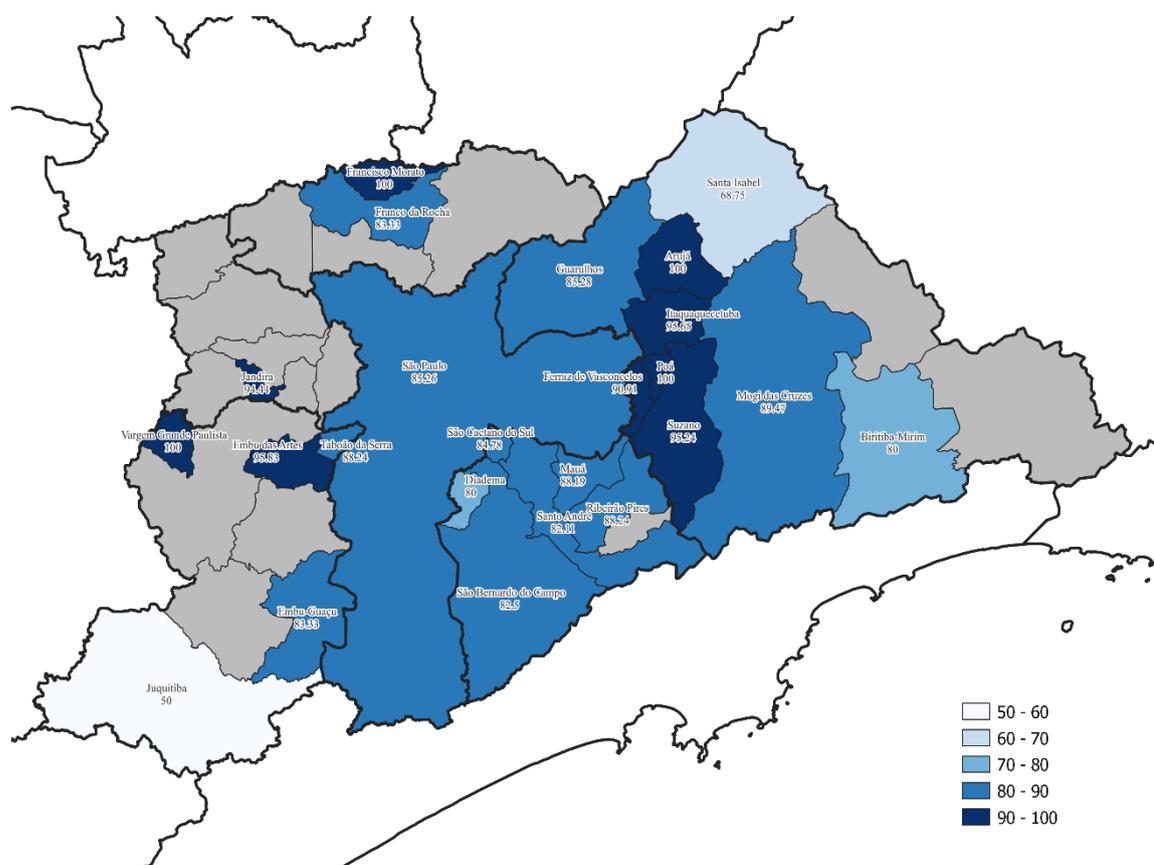
Tabela 2 – Proporção do perfil socioeconômico de usuários entrevistados que relataram terem hipertensão - segundo Região de Saúde - RMGSP, 2018.

	Alto do Tietê		Franco da Rocha		Grande ABC		Mananciais		Rota dos Bandeirantes		São Paulo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo														
Masculino	89	27,30%	7	29,17%	182	28,66%	28	26,42%	6	33,33%	575	29,03%	887	28,71%
Feminino	237	72,70%	17	70,83%	453	71,34%	78	73,58%	12	66,67%	1406	70,97%	2203	71,29%
Idade														
18 a 39 anos	18	5,52%	2	8,33%	47	7,40%	8	7,55%	3	16,67%	154	7,77%	232	7,51%
40 a 59 anos	148	45,40%	7	29,17%	234	36,85%	51	48,11%	4	22,22%	715	36,09%	1159	37,51%
60 e mais anos	160	49,08%	15	62,50%	354	55,75%	47	44,34%	11	61,11%	1112	56,13%	1699	54,98%
Raça/côr														
Amarelos e indígenas	8	2,45%	-	-	16	2,52%	3	2,83%	-	-	59	2,98%	86	2,78%
Brancos	112	34,36%	7	29,17%	259	40,79%	35	33,02%	8	44,44%	704	35,54%	1125	36,41%
Negros (pretos ou pardos)	203	62,27%	16	66,67%	358	56,38%	68	64,15%	10	55,56%	1212	61,18%	1867	60,42%
Raça/cor ignorada	3	0,92%	1	4,17%	2	0,31%	-	-	-	-	6	0,30%	12	0,39%
Escolaridade														
Analfabeto ou fundamental incompleto	184	56,44%	19	79,17%	329	51,81%	62	58,49%	12	66,67%	1017	51,34%	1623	52,52%
EF. completo e EM. incompleto	78	23,93%	1	4,17%	134	21,10%	14	13,21%	2	11,11%	426	21,50%	655	21,20%
EM. completo e ES. incompleto	55	16,87%	4	16,67%	146	22,99%	27	25,47%	3	16,67%	439	22,16%	674	21,81%
ES. completo e pós-graduação	9	2,76%	-	-	26	4,09%	3	2,83%	1	5,56%	95	4,80%	134	4,34%
Não sabe/não respondeu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	0,20%	4	0,13%
Renda per capita														
Até R\$500,00	154	47,24%	12	50,00%	235	37,01%	38	35,85%	8	44,44%	724	36,55%	1171	37,90%
R\$500,01 a R\$1.000,00	83	25,46%	5	20,83%	195	30,71%	36	33,96%	5	27,78%	614	30,99%	938	30,36%
R\$1.000,01 a R\$5.000,00	31	9,51%	3	12,50%	104	16,38%	11	10,38%	4	22,22%	352	17,77%	505	16,34%
R\$5.000,01 a R\$10.000,00	-	-	-	-	2	0,31%	-	-	-	-	14	0,71%	16	0,52%
Acima de R\$10.000,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	0,45%	9	0,29%
Não informada	58	17,79%	4	16,67%	99	15,59%	21	19,81%	1	5,56%	268	13,53%	451	14,60%
Participa Bolsa Família														
Sim	39	11,96%	1	4,17%	43	6,77%	11	10,38%	-	-	205	10,35%	299	9,68%
Não	282	86,50%	23	95,83%	580	91,34%	94	88,68%	18	100,00%	1761	88,89%	2758	89,26%
Não sabe/não respondeu	5	1,53%	-	-	12	1,89%	1	0,94%	-	-	15	0,76%	33	1,07%
Total	326	100,00%	24	100,00%	635	100,00%	106	100,00%	18	100,00%	1981	100,00%	3090	100,00%

5.2 DIMENSÃO ACESSO: USO, AGENDAMENTOS E ESPERAS

Observa-se que quando perguntados sobre terem sido atendidos naquela unidade nos últimos seis meses (Tabela 3), a região que teve mais respostas positivas dos usuários foi a Rota dos Bandeirantes (94,44%), enquanto o menor percentual foi na região do Grande ABC (83,46%). Com relação aos municípios (Figura 3), Arujá, Itaquaquecetuba, Poá, Suzano, Francisco Morato, Embu, Vargem Grande Paulista e Jandira indicaram proporções acima de 90% de usuários que tinham sido atendidos naquela unidade, por causa da HAS, nos últimos seis meses. Chamam a atenção as proporções mais baixas de Jujutiba, onde deve-se considerar o reduzido número de entrevistados, e de Santa Isabel, que apresentou proporção menor de 70%.

Figura 3– Proporção de usuários que realizaram consulta por hipertensão na AB nos últimos seis meses, segundo municípios da RMGSP, 2018.



Fonte: OBSERVA SAÚDE.SP

Com relação aos outros indicadores elencados nesta dimensão, no que se refere ao horário de funcionamento (Tabela 3), 89,06% se mostraram satisfeitos quanto ao horário de funcionamento, sendo que todas as regiões têm mais de 84% dos usuários satisfeitos com essa questão. Com relação aos municípios, chama atenção o menor percentual de Ferraz de Vasconcelos (77,27%). Identificou-se que quase a totalidade dos entrevistados (97,66%) chegam em menos de 30 minutos à UBS.

Chama a atenção que apenas 8,16% tenham conseguido ser atendidos no mesmo dia, mas mais da metade dos entrevistados (69,9%) consegue marcar consulta a qualquer momento e 67,57% afirmam ser escutados em algum tipo de acolhimento quando procuram a unidade, sendo a menor proporção na RS de Franco da Rocha (58,33%) e a maior na RS de Mananciais (76,42%).

Com relação às marcações de consultas, há diferenças nas regiões e nos municípios. Com relação às regiões, as menores proporções ocorreram na RS de Franco da Rocha (41,67%) e na RS do Alto Tietê (43,25%). Com relação aos municípios, em São Caetano do Sul, 95,65% dos usuários referem que as marcações podem ser feitas a qualquer momento, enquanto apenas 58,33% dos usuários do município de Franco da Rocha referem a mesma situação.

Quanto à consulta para o mesmo dia, apenas 8,16% dos usuários conseguem realizar, sendo que chama a atenção que na RS da Rota dos Bandeirantes essa porcentagem seja de 66,67% dos usuários, mas cabe considerar se tratar apenas do município de Jandira, com poucas entrevistas. Essa proporção também é um pouco maior que o geral nos municípios de Franco da Rocha (25%) e Ribeirão Pires (23,53%). Apesar disso, em todas as regiões, mais de 50% dos usuários conseguem ser escutados, mesmo sem consulta marcada. Destacam-se os municípios de Ribeirão Pires (100%), Mogi das Cruzes (89,47%) e Embu-Guaçu (87,50%) com altas proporções nesse sentido.

Tabela 3 – Proporção dos indicadores da dimensão ACESSO, segundo municípios e regiões de saúde da RMGSP, 2018. (1)

	O(A) senhor(a) se consultou com médico ou enfermeiro desta unidade básica/posto de saúde por causa da pressão alta (hipertensão) nos últimos seis meses?		O horário de funcionamento desta unidade atende às necessidades do(a) senhor(a)?		O(a) senhor(a) leva da sua casa até esta unidade básica de saúde/posto de saúde até 30min?		A marcação de consultas pode ser feita todos os dias e em qualquer momento do funcionamento da UBS?		Quando o(a) senhor(a) consegue marcar consulta, normalmente é para o mesmo dia?		Na maioria das vezes que o(a) senhor(a) vem à unidade de saúde sem ter hora marcada para resolver qualquer problema, consegue ser escutado(a)?		Total geral
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Alto do Tietê	285	87,42%	277	84,97%	313	96,60%	141	43,25%	14	4,29%	225	69,02%	326
Arujá	15	100,00%	13	86,67%	14	100,00%	13	86,67%		0,00%	10	66,67%	15
Biritiba-Mirim	4	80,00%	5	100,00%	5	100,00%	3	60,00%		0,00%	4	80,00%	5
Ferraz de Vasconcelos	20	90,91%	17	77,27%	19	86,36%	1	4,55%	1	4,55%	14	63,64%	22
Guarulhos	168	85,28%	164	83,25%	189	96,43%	83	42,13%	7	3,55%	127	64,47%	197
Itaquaquecetuba	22	95,65%	20	86,96%	23	100,00%	4	17,39%	1	4,35%	16	69,57%	23
Mogi das Cruzes	17	89,47%	19	100,00%	19	100,00%	12	63,16%	1	5,26%	17	89,47%	19
Poá	8	100,00%	7	87,50%	8	100,00%	7	87,50%		0,00%	7	87,50%	8
Santa Isabel	11	68,75%	15	93,75%	16	100,00%	12	75,00%		0,00%	13	81,25%	16
Suzano	20	95,24%	17	80,95%	20	95,24%	6	28,57%	4	19,05%	17	80,95%	21
Franco da Rocha	22	91,67%	23	95,83%	23	95,83%	10	41,67%	3	12,50%	14	58,33%	24
Francisco Morato	12	100,00%	11	91,67%	12	100,00%	3	25,00%		0,00%	6	50,00%	12
Franco da Rocha	10	83,33%	12	100,00%	11	91,67%	7	58,33%	3	25,00%	8	66,67%	12
Grande ABC	530	83,46%	566	89,13%	611	96,98%	402	63,31%	48	7,56%	431	67,87%	635
Diadema	88	80,00%	92	83,64%	107	98,17%	61	55,45%	8	7,27%	67	60,91%	110
Mauá	112	88,19%	120	94,49%	124	98,41%	83	65,35%	8	6,30%	101	79,53%	127
Ribeirão Pires	15	88,24%	16	94,12%	16	94,12%	15	88,24%	4	23,53%	17	100,00%	17
Santo André	78	82,11%	91	95,79%	89	95,70%	76	80,00%	9	9,47%	66	69,47%	95
São Bernardo do Campo	198	82,50%	202	84,17%	229	95,82%	123	51,25%	18	7,50%	145	60,42%	240
São Caetano do Sul	39	84,78%	45	97,83%	46	100,00%	44	95,65%	1	2,17%	35	76,09%	46
Mananciais	95	89,62%	97	91,51%	102	96,23%	57	53,77%	12	11,32%	81	76,42%	106
Embu	46	95,83%	45	93,75%	47	97,92%	26	54,17%	6	12,50%	38	79,17%	48
Embu-Guaçu	20	83,33%	23	95,83%	22	91,67%	17	70,83%	3	12,50%	21	87,50%	24
Juquitiba	3	50,00%	5	83,33%	5	83,33%	2	33,33%		0,00%	3	50,00%	6
Taboão da Serra	15	88,24%	15	88,24%	17	100,00%	9	52,94%	2	11,76%	12	70,59%	17
Vargem Grande Paulista	11	100,00%	9	81,82%	11	100,00%	3	27,27%	1	9,09%	7	63,64%	11
Rota dos Bandeirantes	17	94,44%	16	88,89%	18	100,00%	12	66,67%	12	66,67%	12	66,67%	18
Jandira	17	94,44%	16	88,89%	18	100,00%	12	66,67%	12	66,67%	12	66,67%	18
São Paulo	1689	85,26%	1773	89,50%	1941	98,13%	1538	77,64%	163	8,23%	1325	66,89%	1981
Total Geral	2638	85,37%	2752	89,06%	3008	97,66%	2160	69,90%	252	8,16%	2088	67,57%	3090

As esperas de até 30 dias para o agendamento da consulta médica foram de 58,67% e, para o dentista, de 30,61%, sendo que para consulta de enfermagem foi de aproximadamente metade (Tabela 4). É importante notar que aproximadamente essa mesma quantidade de entrevistados (43,17%) não sabem referir essa espera para o agendamento de consulta de enfermagem, o que pode indicar que as consultas de enfermagem não compõem o padrão de atendimento no formato habitual de agendamentos periódicos.

Com relação ao tempo médio de espera dos municípios para as consultas, identifica-se na Tabela 4 que, com exceção de Taboão da Serra (47,06%) e São Bernardo do Campo (49,17%), ao menos 50% dos usuários entrevistados relatam que, do momento da marcação até a consulta com um médico, a espera é de no máximo 30 dias. Os maiores índices estão em Biritiba-Mirim (100%), seguido por Ribeirão Pires (94,12%). No que se refere à espera entre a marcação de consulta e o atendimento com enfermeiros, chama a atenção que 80% dos usuários de Arujá não sabiam responder. Com o maior percentual de usuários que conseguem marcar a consulta para até 30 dias estão os municípios de Mogi das Cruzes (84,21%) e Biritiba-Mirim (80%).

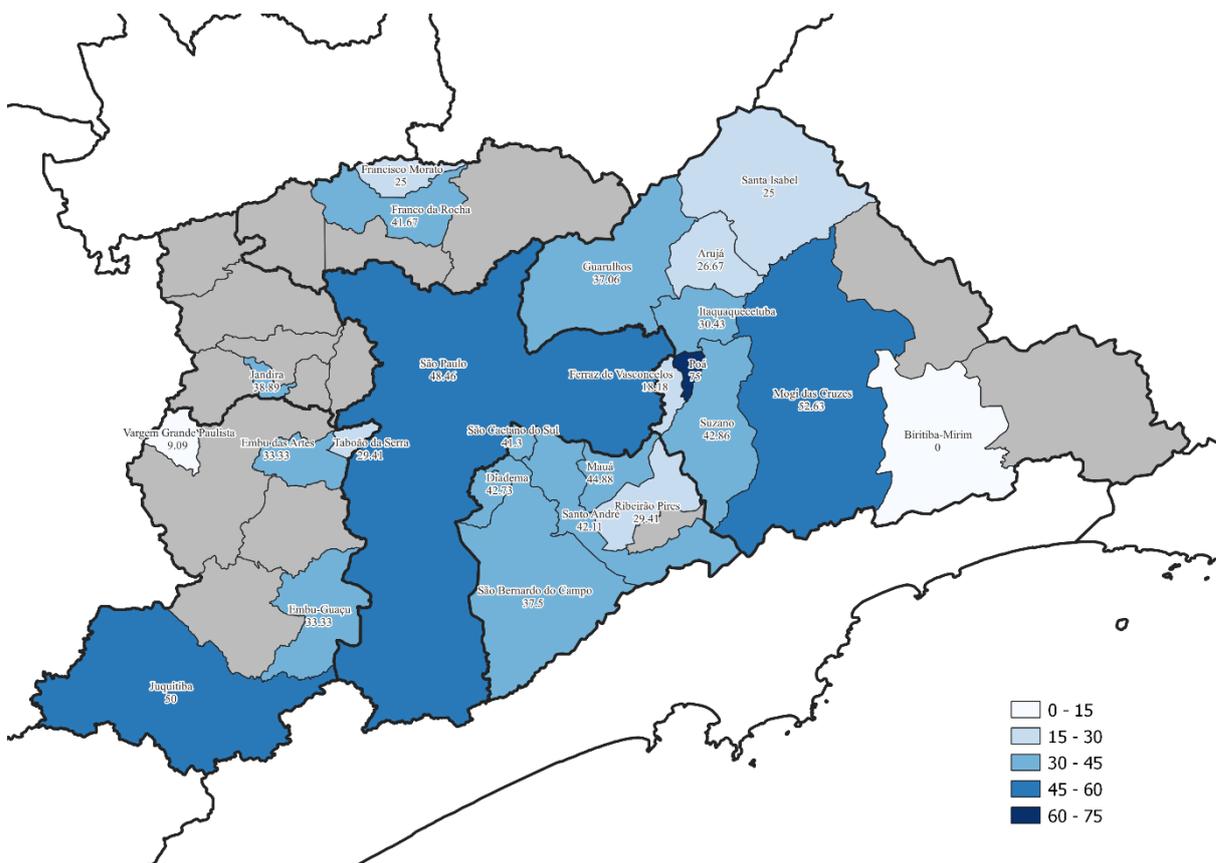
Os usuários também foram questionados sobre o atendimento com o dentista. A maior parte deles nunca tinha procurado o serviço, com exceção de Ferraz de Vasconcelos (27,27%), Mogi das Cruzes (26,32%) e Suzano (23,81%).

Tabela 4 – Proporção dos indicadores da dimensão ACESSO, segundo municípios e regiões de saúde da RMGSP, 2018. (2)

	Em média, quantos dias o(a) senhor(a) espera entre a marcação da consulta e o atendimento com o médico nesta unidade?			Em média, quantos dias o(a) senhor(a) espera entre a marcação da consulta e o atendimento com o enfermeiro nesta unidade?			Em média, quantos dias o(a) senhor(a) espera entre a marcação da consulta e o atendimento com o dentista nesta unidade?			Total geral					
	Até 30 dias			Não sabe/Não respondeu			Até 30 dias			Não sabe/Não respondeu			Nunca procurou o serviço		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Alto do Tietê	213	65,34%	16	4,91%	149	45,71%	159	48,77%	102	31,29%	48	14,72%	159	48,77%	326
Arujá	9	60,00%	0	0,00%	3	20,00%	12	80,00%	2	13,33%	3	20,00%	10	66,67%	15
Biritiba-Mirim	5	100,00%	0	0,00%	4	80,00%	1	20,00%	2	40,00%	2	40,00%	3	60,00%	5
Ferraz de Vasconcelos	19	86,36%	1	4,55%	6	27,27%	16	72,73%	13	59,09%	2	9,09%	6	27,27%	22
Guarulhos	113	57,36%	9	4,57%	89	45,18%	92	46,70%	49	24,87%	34	17,26%	100	50,76%	197
Itaquaquecetuba	17	73,91%	2	8,70%	8	34,78%	15	65,22%	4	17,39%	2	8,70%	16	69,57%	23
Mogi das Cruzes	14	73,68%	0	0,00%	16	84,21%	3	15,79%	13	68,42%	1	5,26%	5	26,32%	19
Poá	6	75,00%	0	0,00%	4	50,00%	3	37,50%	2	25,00%	0	0,00%	6	75,00%	8
Santa Isabel	12	75,00%	1	6,25%	11	68,75%	4	25,00%	5	31,25%	2	12,50%	8	50,00%	16
Suzano	18	85,71%	3	14,29%	8	38,10%	13	61,90%	12	57,14%	4	19,05%	5	23,81%	21
Franco da Rocha	19	79,17%	1	4,17%	11	45,83%	12	50,00%	4	16,67%	4	16,67%	16	66,67%	24
Francisco Morato	8	66,67%	1	8,33%	5	41,67%	7	58,33%	2	16,67%	2	16,67%	10	83,33%	12
Franco da Rocha	11	91,67%	0	0,00%	6	50,00%	5	41,67%	2	16,67%	4	33,33%	6	50,00%	12
Grande ABC	415	65,35%	23	3,62%	317	49,92%	288	45,35%	188	29,61%	75	11,81%	325	51,18%	635
Diadema	80	72,73%	1	0,91%	58	52,73%	49	44,55%	22	20,00%	19	17,27%	64	58,18%	110
Mauá	85	66,93%	0	0,00%	72	56,69%	40	31,50%	34	26,77%	18	14,17%	69	54,33%	127
Ribeirão Pires	16	94,12%	1	5,88%	9	52,94%	8	47,06%	6	35,29%	1	5,88%	10	58,82%	17
Santo André	76	80,00%	4	4,21%	45	47,37%	50	52,63%	41	43,16%	9	9,47%	42	44,21%	95
São Bernardo do Campo	118	49,17%	16	6,67%	123	51,25%	105	43,75%	69	28,75%	25	10,42%	117	48,75%	240
São Caetano do Sul	40	86,96%	1	2,17%	10	21,74%	36	78,26%	16	34,78%	3	6,52%	23	50,00%	46
Mananciais	72	67,92%	3	2,83%	48	45,28%	57	53,77%	34	32,08%	10	9,43%	52	49,06%	106
Embu	34	70,83%	1	2,08%	27	56,25%	21	43,75%	14	29,17%	7	14,58%	21	43,75%	48
Embu-Guaçu	17	70,83%	0	0,00%	9	37,50%	14	58,33%	15	62,50%	0	0,00%	8	33,33%	24
Juquitiba	4	66,67%	0	0,00%	3	50,00%	3	50,00%	3	50,00%	0	0,00%	3	50,00%	6
Taboão da Serra	8	47,06%	2	11,76%	4	23,53%	13	76,47%	1	5,88%	2	11,76%	12	70,59%	17
Vargem Grande Paulista	9	81,82%	0	0,00%	5	45,45%	6	54,55%	1	9,09%	1	9,09%	8	72,73%	11
Rota dos Bandeirantes	16	88,89%	0	0,00%	9	50,00%	7	38,89%	2	11,11%	1	5,56%	13	72,22%	18
Jandira	16	88,89%	0	0,00%	9	50,00%	7	38,89%	2	11,11%	1	5,56%	13	72,22%	18
São Paulo	1078	54,42%	82	4,14%	1004	50,68%	811	40,94%	616	31,10%	207	10,45%	947	47,80%	1981
Total Geral	1813	58,67%	125	4,05%	1538	49,77%	1334	43,17%	946	30,61%	345	11,17%	1512	48,93%	3090

40,63%, contudo, ainda assim com porcentagem inferior à da cidade de São Paulo, que tem 48,46%.

Figura 5– Proporção de usuários que saem das consultas com a próxima consulta agendada, segundo municípios da RMGSP, 2018.



Fonte: OBSERVA SAÚDE.SP

Com relação aos outros indicadores elencados nesta dimensão, a AB é citada pelos usuários como a principal procura por atendimento em todas as regiões. Foi resposta unânime em Arujá, Biritiba-Mirim, Santa Isabel, Suzano, Franco da Rocha e Taboão da Serra. Os menores percentuais estão em Vargem Grande Paulista e São Bernardo do Campo.

Quanto à questão sobre a retirada de medicamentos na AB, os municípios que apresentaram menor proporção de usuários foram os municípios de Embu-Guaçu (41,67%) e Vargem Grande Paulista (54,55%), ambos da RS de Mananciais. Em relação a busca pela unidade de saúde da entrevista em caso de urgência, menos de 50% dos usuários responderam que a procuraram. Os menores percentuais estão em Ferraz de Vasconcelos (9,09%), Francisco Morato (8,33%) e Jujubim (0%), sendo

que neste último é preciso considerar o baixo número de entrevistados. As maiores proporções estão nos municípios de Ribeirão Pires (58,82%) e Poá (50,0%).

Os usuários também foram questionados sobre a atenção que lhes era prestada no momento do atendimento, e a grande maioria respondeu que se sentiam ouvidos pela equipe. Por fim, foram questionados sobre a vontade de trocar de equipe ou unidade de saúde: 75% dos usuários não trocariam em Franco da Rocha, enquanto 83,33% não trocariam na região da Rota dos Bandeirantes.

Tabela 5 – Proporção dos indicadores da dimensão VÍNCULO, segundo municípios e regiões de saúde da RMGSP, 2018. (1)

	O(a) senhor(a) fez a maioria das consultas por causa da pressão alta nos últimos seis meses nesta unidade de saúde?		O(A) senhor(a) já sai das consultas com a próxima consulta marcada?		Na maioria das vezes, o senhor(a) costuma procurar quando precisa de atendimento em saúde e a Atenção Básica?		O(a) senhor(a) costuma procurar esta unidade básica de saúde/posto de saúde para busca de medicamentos?		Da última vez que o(a) senhor(a) teve algum problema de urgência, procurou esta Unidade Básica de Saúde/Posto de saúde?		Nas consultas nesta unidade, os profissionais da equipe demonstram atenção enquanto o(a) senhor(a) fala?		Se o(a) senhor(a) pudesse, mesmo assim, não mudaria de equipe ou unidade de saúde?		Total geral	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alto do Tietê	277	84,97%	117	35,89%	293	89,88%	296	90,80%	99	30,37%	307	94,17%	271	83,13%	326	
Arujá	15	100,00%	4	26,67%	15	100,00%	14	93,33%	7	46,67%	13	86,67%	13	86,67%	15	
Biritiba-Mirim	4	80,00%	0	0,00%	5	100,00%	3	60,00%	1	20,00%	4	80,00%	4	80,00%	5	
Ferraz de Vasconcelos	19	86,36%	4	18,18%	20	90,91%	17	77,27%	2	9,09%	21	95,45%	13	59,09%	22	
Guarulhos	161	81,73%	73	37,06%	172	87,31%	177	89,85%	53	26,90%	187	94,92%	161	81,73%	197	
Itaquaquecetuba	22	95,65%	7	30,43%	20	86,96%	23	100,00%	9	39,13%	20	86,96%	21	91,30%	23	
Mogi das Cruzes	17	89,47%	10	52,63%	17	89,47%	19	100,00%	9	47,37%	19	100,00%	18	94,74%	19	
Poá	8	100,00%	6	75,00%	7	87,50%	8	100,00%	4	50,00%	8	100,00%	7	87,50%	8	
Santa Isabel	11	68,75%	4	25,00%	16	100,00%	16	100,00%	6	37,50%	15	93,75%	14	87,50%	16	
Suzano	20	95,24%	9	42,86%	21	100,00%	19	90,48%	8	38,10%	20	95,24%	20	95,24%	21	
Franco da Rocha	22	91,67%	8	33,33%	22	91,67%	23	95,83%	3	12,50%	23	95,83%	18	75,00%	24	
Franco Morato	12	100,00%	3	25,00%	10	83,33%	12	100,00%	1	8,33%	11	91,67%	9	75,00%	12	
Franco da Rocha	10	83,33%	5	41,67%	12	100,00%	11	91,67%	2	16,67%	12	100,00%	9	75,00%	12	
Grande ABC	510	80,31%	258	40,63%	539	84,88%	589	92,76%	204	32,13%	584	91,97%	563	88,66%	635	
Diadema	86	78,18%	47	42,73%	100	90,91%	86	78,18%	33	30,00%	97	88,18%	91	82,73%	110	
Mauá	108	85,04%	57	44,88%	107	84,25%	121	95,28%	45	35,43%	117	92,13%	117	92,13%	127	
Ribeirão Pires	14	82,35%	5	29,41%	15	88,24%	15	88,24%	10	58,82%	16	94,12%	15	88,24%	17	
Santo André	76	80,00%	40	42,11%	85	89,47%	91	95,79%	36	37,89%	89	93,68%	87	91,58%	95	
São Bernardo do Campo	188	78,33%	90	37,50%	190	79,17%	232	96,67%	64	26,67%	219	91,25%	208	86,67%	240	
São Caetano do Sul	38	82,61%	19	41,30%	42	91,30%	44	95,65%	16	34,78%	46	100,00%	45	97,83%	46	
Mananciais	91	85,85%	33	31,13%	98	92,45%	70	66,04%	35	33,02%	101	95,28%	88	83,02%	106	
Embu	44	91,67%	16	33,33%	46	95,83%	39	81,25%	17	35,42%	47	97,92%	37	77,08%	48	
Embu-Guaçu	19	79,17%	8	33,33%	22	91,67%	10	41,67%	10	41,67%	22	91,67%	22	91,67%	24	
Juquitiba	3	50,00%	3	50,00%	5	83,33%	5	100,00%	0	0,00%	6	100,00%	5	83,33%	6	
Taboão da Serra	14	82,35%	5	29,41%	17	100,00%	15	88,24%	5	29,41%	16	94,12%	15	88,24%	17	
Vargem Grande Paulista	11	100,00%	1	9,09%	8	72,73%	6	54,55%	3	27,27%	10	90,91%	9	81,82%	11	
Rota dos Bandeirantes	17	94,44%	7	38,89%	17	94,44%	17	94,44%	5	27,78%	17	94,44%	15	83,33%	18	
Jandira	17	94,44%	7	38,89%	17	94,44%	17	94,44%	5	27,78%	17	94,44%	15	83,33%	18	
São Paulo	1630	82,28%	960	48,46%	1630	82,28%	1903	96,06%	753	38,01%	1877	94,75%	1754	88,54%	1981	
Total Geral	2547	82,43%	1383	44,76%	2599	84,11%	2898	93,79%	1099	35,57%	2909	94,14%	2709	87,67%	3090	

Em relação a alguns procedimentos (Tabela 6), observa-se que aferir a pressão e realizar glicemia capilar, curativos e vacinação, na RMGSP foi de 91,88%, sendo menor na região de Franco da Rocha com 83,33%. Sobre o agendamento de consulta para o especialista quando da necessidade de encaminhamento do usuário para outro serviço de saúde, 62,52% da RMGSP responderam que a consulta foi agendada e informada posteriormente pela UBS, com exceção de Biritiba-Mirim (20,00%) e Ribeirão Pires (47,06%), sendo que em apenas 17,25% em toda a RMGSP essa consulta foi agendada na hora.

Durante a entrevista foi perguntado se após o encaminhamento para outros serviços, os usuários ainda eram acompanhados pela equipe da unidade: 76,42% dos usuários na região de Mananciais disseram que sim, enquanto a região que apresentou menor índice foi a Rota dos Bandeirantes (55,56%). Chama a atenção que aproximadamente 74,98% continuam sendo acompanhados na AB mesmo quando encaminhado ao especialista.

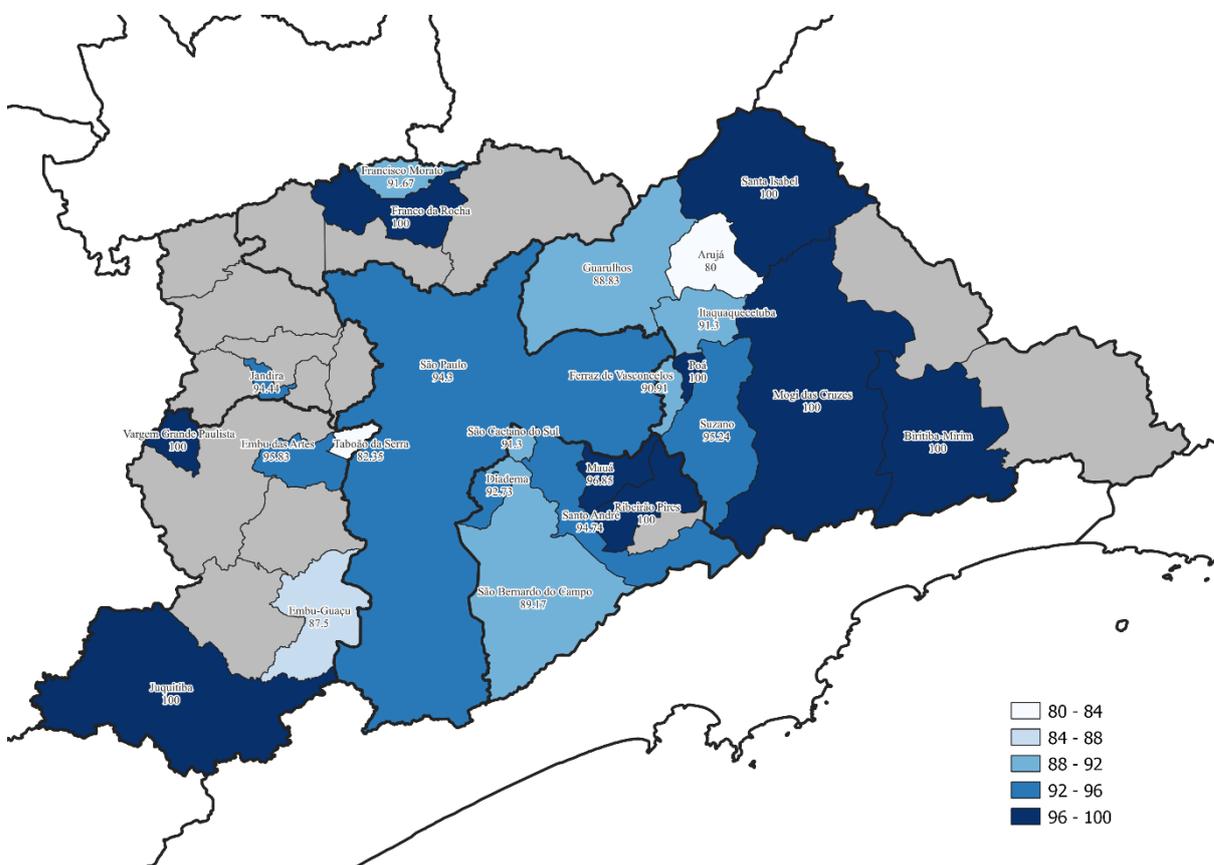
Tabela 6 – Proporção dos indicadores da dimensão VÍNCULO, segundo municípios e regiões de saúde da RMGSP, 2018. (2)

	Quando o(a) senhor(a) precisa de procedimentos como aferição de pressão arterial, glicemia capilar, curativos, vacinação, o(a) senhor(a) tem acesso em qualquer horário do funcionamento da UBS?		Quando o(a) senhor(a) precisou ser encaminhado(a) para outros serviços, como a consulta foi marcada?		Depois que o(a) senhor(a) foi encaminhado para outro serviço, os profissionais da Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde continuaram acompanhando o(a) senhor(a)?		Total geral		
	N	%	N	%	N	%			
Alto do Tietê	283	86,81%	27	8,28%	229	70,25%	239	73,31%	326
Arujá	10	66,67%	13	0,00%	13	86,67%	12	80,00%	15
Biritiba-Mirim	4	80,00%	1	0,00%	1	20,00%	1	0,00%	5
Ferraz de Vasconcelos	19	86,36%	1	4,55%	16	72,73%	15	68,18%	22
Guarulhos	167	84,77%	20	10,15%	137	69,54%	146	74,11%	197
Itaquaquecetuba	22	95,65%	1	4,35%	19	82,61%	18	78,26%	23
Mogi das Cruzes	18	94,74%	1	5,26%	15	78,95%	15	78,95%	19
Poá	8	100,00%	1	0,00%	4	50,00%	6	75,00%	8
Santa Isabel	15	93,75%	1	6,25%	13	81,25%	13	81,25%	16
Suzano	20	95,24%	3	14,29%	11	52,38%	14	66,67%	21
Franco da Rocha	20	83,33%	2	8,33%	16	66,67%	15	62,50%	24
Francisco Morato	9	75,00%	1	8,33%	8	66,67%	9	75,00%	12
Franco da Rocha	11	91,67%	1	8,33%	8	66,67%	6	50,00%	12
Grande ABC	579	91,18%	99	15,59%	392	61,73%	443	69,76%	635
Diadema	97	88,18%	14	12,73%	74	67,27%	77	70,00%	110
Mauá	117	92,13%	17	13,39%	75	59,06%	87	68,50%	127
Ribeirão Pires	14	82,35%	3	17,65%	8	47,06%	11	64,71%	17
Santo André	90	94,74%	12	12,63%	64	67,37%	70	73,68%	95
São Bernardo do Campo	218	90,83%	48	20,00%	145	60,42%	169	70,42%	240
São Caetano do Sul	43	93,48%	5	10,87%	26	56,52%	29	63,04%	46
Mananciais	96	90,57%	17	16,04%	70	66,04%	81	76,42%	106
Embu	43	89,58%	13	27,08%	33	68,75%	41	85,42%	48
Embu-Guaçu	23	95,83%	2	8,33%	15	62,50%	16	66,67%	24
Juquitiba	5	83,33%	3	0,00%	3	50,00%	4	66,67%	6
Taboão da Serra	17	100,00%	2	11,76%	9	52,94%	11	64,71%	17
Vargem Grande Paulista	8	72,73%	2	0,00%	10	90,91%	9	81,82%	11
Rota dos Bandeirantes	17	94,44%	2	11,11%	11	61,11%	10	55,56%	18
Jandira	17	94,44%	2	11,11%	11	61,11%	10	55,56%	18
São Paulo	1844	93,08%	386	19,49%	1214	61,28%	1529	77,18%	1981
Total Geral	2839	91,88%	533	17,25%	1932	62,52%	2317	74,98%	3090

5.4 DIMENSÃO CUIDADO: EXAME CLÍNICO, EXAMES COMPLEMENTARES E SATISFAÇÃO

Ao serem questionados se nas consultas a pressão é verificada (Tabela 7), 93,53% responderam que sim, sendo que em todas as regiões essa porcentagem ficou acima de 90%, chegando a 94,4% na Rota dos Bandeirantes e 95,83% em Franco da Rocha. Chamam a atenção os municípios com menores proporções de Arujá e Taboão da Serra (Figura 6).

Figura 6– Proporção de usuários que tiveram a pressão verificada durante as consultas por HAS, segundo municípios da RMGSP, 2018.



Fonte: OBSERVA SAÚDE.SP

Sobre os exames que fazem para acompanhar a hipertensão, 68,67% dos usuários refere ter realizado o exame de creatinina nos últimos seis meses. O maior percentual foi visto na Rota dos Bandeirantes (94,44%) e o menor no Alto Tietê (68,71%). Também foram questionados sobre realização, nos últimos seis meses, de perfil lipídico (71,17%) e eletrocardiograma (ECG) (51,23%), sendo que o maior

Chama a atenção o município de Biritiba-Mirim por ter apresentado a menor proporção de respostas afirmativas a essa pergunta (60%), mas é preciso considerar o pequeno número de entrevistados desse município (5).

No que se relaciona ao tempo de espera para o atendimento após chegar na UBS para as consultas marcadas, 66,5% da RMGSP dos usuários entrevistados afirmam ter esperado até 30 minutos, sendo que na região de rota dos Bandeirantes a proporção foi de 72,2%, ou seja, melhor que nas demais RS. A região de Franco da Rocha foi a que apresentou a menor proporção nesse indicador 45,83%. Percebe-se que nos municípios de Arujá, Itaquaquetuba, Francisco Morato e Juquitiba, menos de 50% dos usuários são atendidos em até 30 minutos, indicando uma espera maior nesses municípios mesmo considerando se tratar de consultas marcadas.

Tabela 7 – Proporção dos indicadores da dimensão CUIDADO, segundo municípios e regiões de saúde da RMGSP, 2018. (2)

	Na(s) consulta(s), o(os) profissional(ais) da equipe de saúde medem (verificam) sua pressão?		O(a) senhor(a) fez os seguintes exames para acompanhar pressão alta (hipertensão) nos últimos seis meses?						Nas consultas nesta unidade, os profissionais da equipe são claros em suas orientações e explicações?		Quando o(a) senhor(a) tem consulta marcada, em geral, espera até 30 min entre a chegada na unidade e o atendimento?		Total geral N
	N	%	Creatinina		Perfil lipídico		Eletrocardiograma		N	%	N	%	
			N	%	N	%	N	%					
Alto do Tietê	296	90,80%	224	68,71%	233	71,47%	135	41,41%	289	88,65%	207	63,50%	326
Arujá	12	80,00%	12	80,00%	12	80,00%	10	66,67%	11	73,33%	7	46,67%	15
Biritiba-Mirim	5	100,00%	4	80,00%	4	80,00%	3	60,00%	3	60,00%	4	80,00%	5
Ferraz de Vasconcelos	20	90,91%	20	90,91%	20	90,91%	14	63,64%	21	95,45%	17	77,27%	22
Guarulhos	175	88,83%	128	64,97%	136	69,04%	79	40,10%	171	86,80%	124	62,94%	197
Itaquaquecetuba	21	91,30%	13	56,52%	14	60,87%	5	21,74%	21	91,30%	7	30,43%	23
Mogi das Cruzes	19	100,00%	14	73,68%	14	73,68%	8	42,11%	19	100,00%	13	68,42%	19
Poá	8	100,00%	7	87,50%	7	87,50%	4	50,00%	8	100,00%	6	75,00%	8
Santa Isabel	16	100,00%	11	68,75%	11	68,75%	3	18,75%	16	100,00%	11	68,75%	16
Suzano	20	95,24%	15	71,43%	15	71,43%	9	42,86%	19	90,48%	18	85,71%	21
Franco da Rocha	23	95,83%	18	75,00%	18	75,00%	6	25,00%	22	91,67%	11	45,83%	24
Francisco Morato	11	91,67%	10	83,33%	10	83,33%	4	33,33%	10	83,33%	2	16,67%	12
Franco da Rocha	12	100,00%	8	66,67%	8	66,67%	2	16,67%	12	100,00%	9	75,00%	12
Grande ABC	588	92,60%	450	70,87%	466	73,39%	319	50,24%	562	88,50%	392	61,73%	635
Diadema	102	92,73%	69	62,73%	72	65,45%	50	45,45%	97	88,18%	72	65,45%	110
Mauá	123	96,85%	91	71,65%	94	74,02%	63	49,61%	111	87,40%	82	64,57%	127
Ribeirão Pires	17	100,00%	10	58,82%	12	70,59%	6	35,29%	17	100,00%	11	64,71%	17
Santo André	90	94,74%	65	68,42%	67	70,53%	52	54,74%	86	90,53%	63	66,32%	95
São Bernardo do Campo	214	89,17%	180	75,00%	189	78,75%	118	49,17%	207	86,25%	133	55,42%	240
São Caetano do Sul	42	91,30%	35	76,09%	32	69,57%	30	65,22%	44	95,65%	31	67,39%	46
Mananciais	98	92,45%	76	71,70%	81	76,42%	56	52,83%	97	91,51%	68	64,15%	106
Embu	46	95,83%	41	85,42%	43	89,58%	29	60,42%	43	89,58%	30	62,50%	48
Embu-Guaçu	21	87,50%	16	66,67%	16	66,67%	11	45,83%	23	95,83%	16	66,67%	24
Juquitiba	6	100,00%	3	50,00%	3	50,00%	3	50,00%	6	100,00%	2	33,33%	6
Taboão da Serra	14	82,35%	9	52,94%	11	64,71%	7	41,18%	15	88,24%	11	64,71%	17
Vargem Grande Paulista	11	100,00%	7	63,64%	8	72,73%	6	54,55%	10	90,91%	9	81,82%	11
Rota dos Bandeirantes	17	94,44%	17	94,44%	17	94,44%	12	66,67%	15	83,33%	13	72,22%	18
Jandira	17	94,44%	17	94,44%	17	94,44%	12	66,67%	15	83,33%	13	72,22%	18
São Paulo	1868	94,30%	1337	67,49%	1384	69,86%	1055	53,26%	1840	92,88%	1364	68,85%	1981
Total Geral	2890	93,53%	2122	68,67%	2199	71,17%	1583	51,23%	2825	91,42%	2055	66,50%	3090

Na RMGSP, os usuários, quando questionados sobre os atendimentos serem bons ou muito bons (Tabela 8), responderam em 51,29% que eram apenas bons, sendo que 37,51% responderam que eram muito bons. Chama atenção a RS Rota dos Bandeirantes, em que apenas 16,67% consideraram muito bom. Por outro lado, 90,16% dos entrevistados indicariam a UBS para um amigo ou parente e deram uma nota global de 8,9.

Com relação à satisfação com o cuidado recebido pela equipe, com exceção do município de Juquitiba (7,83), todas as regiões receberam nota acima de 8. O município de Mogi das Cruzes (9,68) recebeu a maior pontuação nesse sentido.

Tabela 8 – Proporção dos indicadores da dimensão CUIDADO, segundo municípios e regiões de saúde da RMGSP, 2018.

	Na sua opinião, o cuidado que o(a) senhor(a) recebe da equipe de saúde é:				O(A) senhor(a) recomendaria esta unidade de saúde para um amigo ou familiar?		De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com cuidado recebido pela equipe?	Total geral
	Muito bom		Bom		N	%	Nota	
	N	%	N	%				
Alto do Tietê	100	30,67%	175	53,68%	271	83,13%	8,72	326
Arujá	6	40,00%	4	26,67%	13	86,67%	8,80	15
Biritiba-Mirim		0,00%	3	60,00%	4	80,00%	8,80	5
Ferraz de Vasconcelos	5	22,73%	13	59,09%	14	63,64%	8,64	22
Guarulhos	45	22,84%	118	59,90%	158	80,20%	8,42	197
Itaquaquecetuba	11	47,83%	10	43,48%	19	82,61%	9,39	23
Mogi das Cruzes	12	63,16%	7	36,84%	19	100,00%	9,68	19
Poá	2	25,00%	5	62,50%	8	100,00%	9,00	8
Santa Isabel	8	50,00%	7	43,75%	16	100,00%	9,44	16
Suzano	11	52,38%	8	38,10%	20	95,24%	9,29	21
Franco da Rocha	8	33,33%	14	58,33%	19	79,17%	8,96	24
Francisco Morato	2	16,67%	9	75,00%	8	66,67%	8,58	12
Franco da Rocha	6	50,00%	5	41,67%	11	91,67%	9,33	12
Grande ABC	237	37,32%	330	51,97%	582	91,65%	8,84	635
Diadema	26	23,64%	65	59,09%	97	88,18%	8,55	110
Mauá	44	34,65%	73	57,48%	123	96,85%	9,02	127
Ribeirão Pires	5	29,41%	10	58,82%	15	88,24%	8,71	17
Santo André	54	56,84%	38	40,00%	92	96,84%	9,34	95
São Bernardo do Campo	83	34,58%	124	51,67%	212	88,33%	8,62	240
São Caetano do Sul	25	54,35%	20	43,48%	43	93,48%	9,24	46
Mananciais	33	31,13%	61	57,55%	93	87,74%	8,85	106
Embu	18	37,50%	22	45,83%	40	83,33%	8,94	48
Embu-Guaçu	9	37,50%	15	62,50%	23	95,83%	9,21	24
Juquitiba	1	16,67%	4	66,67%	6	100,00%	7,83	6
Taboão da Serra	3	17,65%	13	76,47%	14	82,35%	8,94	17
Vargem Grande Paulista	2	18,18%	7	63,64%	10	90,91%	8,09	11
Rota dos Bandeirantes	3	16,67%	9	50,00%	14	77,78%	8,33	18
Jandira	3	16,67%	9	50,00%	14	77,78%	8,33	18
São Paulo	778	39,27%	996	50,28%	1807	91,22%	8,95	1981
Total Geral	1159	37,51%	1585	51,29%	2786	90,16%	8,90	3090

5.5 DESIGUALDADES SOCIOECONÔMICAS E REGIONAIS NO ACESSO, VÍNCULO E CUIDADO

Na análise das associações (Tabela 9), com relação à dimensão *ACESSO*, observou-se que o indicador utilizado referente à variável consulta médica ou de enfermagem nos últimos seis meses para os hipertensos, entendendo o uso como *proxy* de acesso, não indicou diferenças estatisticamente significativas quanto ao sexo, idade, raça/cor, escolaridade e renda dos usuários entrevistados. Também não há diferenças estatisticamente significativas, como já visto anteriormente, entre as regiões de saúde, o que indica um acesso universal, sem indicações de desigualdades socioeconômicas, no presente estudo. Chama a atenção que os usuários que têm Bolsa Família tiveram garantida sua consulta nos últimos seis meses (90,24%) em maior proporção quando comparados aos que não estão inseridos no programa (85,09%), com significância estatística ($p=0,016$).

Com relação à dimensão *VÍNCULO*, quanto a sair com a consulta já marcada, apesar de já termos considerado que isso pode ser alterado em função de outras estratégias de atendimento no dia sem agendamento prévio, para a LC de HAS, em situações consideradas de menor risco, por exemplo, foram encontradas diferenças estatisticamente significantes com relação à faixa etária, escolaridade e regiões de saúde. Os idosos ($p=0,001$) e os menos escolarizados ($p=0,018$) referiram em menor proporção que já saem da consulta com a próxima consulta agendada, assim como as regiões de Mananciais e Franco da Rocha ($p< 0,001$), em comparação com as outras regiões da Grande São Paulo.

Com relação à dimensão *CUIDADO*, chama a atenção que as mulheres realizam em menor proporção o ECG ($p=0,001$) e têm a pressão arterial aferida nas consultas ($p=0,026$) com menor frequência, ou seja, apesar de terem maior proporção de uso, têm menor adequação às boas práticas clínicas relacionadas na LC. De qualquer forma, é preciso considerar que a proporção de medida de pressão ao exame físico é bastante elevada e pouco discricionária e a de ECG nos últimos seis meses pode ter um viés da classificação de risco para a definição de sua periodicidade, em função da oferta, mesmo considerando o protocolo da LC. Nesse sentido, essa proporção aumenta com a idade, sendo maior nos idosos, com significância estatística para a diferença nas proporções ($p<0,001$).

Quanto as desigualdades raciais, não se identificou no presente estudo nenhuma diferença nas proporções, lembrando que são entrevistas realizadas nas unidades e que podem, de alguma forma, constranger populações vulnerabilizadas na indicação de dificuldades e ainda, que o racismo institucional ocorra no cotidiano do cuidado, podendo não ser visibilizado em perguntas objetivadas como as aqui utilizadas.

Referente à renda, por outro lado, observou-se maior utilização de ECG nas populações de maior renda (60%) com relação às de menor renda (49,55%), apesar de não apresentar significância estatística ($p =$ estatisticamente não significativa, $p = 0,077$) mas que pode indicar pistas de necessidade de aporte financeiro para agilizar exames na rede privada, mesmo os mais simples e básicos como o ECG em casos de HAS. Aqui as desigualdades territoriais se apresentam mais intensamente com a menor proporção de ECG na Região de Franco da Rocha (25%). Outra região que tem se mostrado ao longo do estudo com menores proporções de adequação aos padrões das várias dimensões estudadas, com maiores proporções como a observada é a Região da Rota dos Bandeirantes (66.67%), com significância estatística ($p < 0,001$).

Tabela 9 – Proporção dos indicadores assistenciais específicos da Linha de cuidado da HAS, segundo condições socioeconômicas e regiões de saúde da RMGSP. 2018.

	Acesso		Vínculo		Vínculo		Vínculo		Cuidado		Cuidado	
	Sim	%	Sim	%	Sim	%	Sim	%	Sim	%	Sim	%
	O(A) senhor(a) se consultou com médico ou enfermeiro desta unidade básica/posto de saúde por causa da pressão alta nos últimos seis meses nesta unidade? (hipertensão) nos últimos seis meses?											
	O(A) senhor(a) fez a maioria das consultas por causa da pressão alta nos últimos seis meses nesta unidade?											
	O(A) senhor(a) já sai das consultas com a próxima consulta marcada?											
	Na(s) consulta(s), o(s) profissional(is) da equipe de saúde medem (verificam) sua pressão?											
	O(a) senhor(a) fez eletrocardiograma para acompanhar pressão alta (hipertensão) nos últimos seis meses?											
Sexo												
Masculino	754	85,20%	725	96,15%	401	47,01%	842	95,68%	495	55,81%	1088	49,39%
Feminino	1884	85,83%	1822	96,71%	982	45,48%	2048	93,60%	1088	49,39%		0,001
Faixa etária												
18 a 39 anos	194	83,98%	189	97,42%	131	57,46%	216	93,51%	92	39,66%		
40 a 59 anos	1004	86,93%	977	97,31%	518	45,96%	1076	93,81%	546	47,11%		0,000
60 e mais	1440	85,01%	1381	95,90%	734	44,30%	1598	94,56%	945	55,62%		
Raça/cor												
Branca	966	86,17%	926	95,86%	498	45,65%	1054	94,78%	567	50,40%		
Preta/parda	1589	85,34%	1543	97,11%	840	45,98%	1749	93,98%	970	51,96%		0,388
Outra	73	85,88%	68	93,15%	40	48,78%	79	94,05%	39	45,35%		
Escolaridade												
Analfabeto/fundam. incomp.	1392	86,14%	1349	96,91%	698	44,07%	1526	94,43%	840	51,76%		
Fund. comp./Niv Médio incomp.	554	84,71%	534	96,39%	284	44,51%	612	93,87%	352	53,74%		0,112
Nível médio comp./Superior Incomp.	572	84,99%	548	95,80%	337	51,06%	625	93,84%	330	48,96%		
Sup comp./Pós-Graduação	116	87,22%	112	96,55%	61	48,41%	123	94,62%	59	44,03%		
Renda per capita												
Até 500,00	1341	85,96%	1302	97,09%	696	45,43%	1458	93,82%	776	49,55%		
500,01 até 1000,00	853	86,16%	816	95,66%	443	45,76%	935	94,64%	510	51,31%		0,077
1000,01 até 5000,00	425	84,16%	410	96,47%	231	47,34%	473	94,41%	282	55,84%		
5000,00 ou mais	9	60,00%	19	100,00%	13	54,17%	24	96,00%	15	60,00%		
Bolsa família												
Não	2340	85,09%	2256	96,41%	1223	45,55%	2574	94,01%	1428	51,78%		0,029
Sim	268	90,24%	262	97,76%	145	49,32%	285	95,96%	135	45,15%		
Região de Saúde												
Alto do Tietê	285	87,69%	277	97,19%	117	36,45%	296	91,08%	135	41,41%		
Franco da Rocha	22	91,67%	22	100,00%	8	34,78%	23	95,83%	6	25,00%		
Grande ABC	530	83,46%	510	96,23%	258	41,55%	588	93,33%	319	50,24%		0,000
Mananciais	95	89,62%	91	95,79%	33	31,43%	98	93,33%	56	52,83%		
Rota das Bandeirantes	17	94,44%	17	100,00%	7	38,89%	17	94,44%	12	66,67%		
São Paulo	1689	85,65%	1630	96,51%	960	49,90%	1868	95,02%	1055	53,26%		
Total	2638	85,37%	2547	82,43%	1383	44,76%	2890	93,53%	1583	51,23%		

Conforme demonstrado na Tabela 10, a análise múltipla das condições socioeconômicas, relacionada à consulta nos últimos seis meses, da dimensão ACESSO, reforça-se a associação com inclusão no programa bolsa família, independente de outras causas, sendo que estes apresentam $OR=1,67$, com significância estatística.

Com relação ao indicador da maioria das consultas terem sido realizadas na mesma unidade nos último seis meses, por causa da HAS, da dimensão VÍNCULO, manteve-se a não associação com as variáveis socioeconômicas sendo que sair da consulta de HAS já com a próxima consulta marcada, na análise múltipla, foi reforçada a associação com faixa etária, independente de outras causas, com significância estatística, sendo a $OR = 0,66$ para a categoria entre 40 e 59 anos e $OR=0,64$ para os idosos, ou seja, os jovens saem, com mais frequência, com a próxima consulta já marcada.

Com relação ao indicador da dimensão CUIDADO, ter a pressão aferida na consulta, identificou-se associação com sexo sendo $OR= 0,68$, considerando masculino como categoria de base e se fez ECG nos últimos seis meses, a análise múltipla, indicou associação também para as mulheres ($OR=0,83$) e para os idosos ($OR=1,84$).

Tabela 10 – Modelos ajustados de regressão logística múltipla dos indicadores assistenciais específicos da Linha de cuidado da HAS, segundo condições socioeconômicas, 2018.

	Dimensão			
	Acesso	Vínculo	Vínculo	Cuidado
	O(A) senhor(a) se consultou com médico ou enfermeiro desta unidade básica/posto de saúde por causa da pressão alta (hipertensão) nos últimos seis meses?	O(a) senhor(a) fez a maioria das consultas por causa da pressão alta nos últimos seis meses nesta unidade?	O(A) senhor(a) já sai das consultas com a próxima consulta marcada?	Na(s) consulta(s), o(o)s profissional(ais) da equipe de saúde medem (verificam) sua pressão?
	O(a) senhor(a) fez eletrocardiograma para acompanhar pressão alta (hipertensão) nos últimos seis meses?			
	Mod ajust (OR, IC95%)	Mod ajust (OR, IC95%)	Mod ajust (OR, IC95%)	Mod ajust (OR, IC95%)
Sexo				
Masculino	1	1	1	1
Feminino	1.00 (0.80-1.26)	1.09 (0.69-1.75)	0.91 (0.78-1.08)	0.83 (0.71-0.98)
Faixa etária				
18 a 39 anos	1	1	1	1
40 a 59 anos	1.33 (0.88-1.99)	0.92 (0.34-2.47)	0.66 (0.49-0.89)	1.33 (0.99-1.79)
60 e mais	1.16 (0.77-1.77)	0.58 (0.21-1.56)	0.64 (0.47-0.87)	1.84 (1.35-2.50)
Raça/cor				
Branca	1	1	1	1
Preta/parda	0.91 (0.73-1.13)	1.33 (0.85-2.07)	1.01 (0.87-1.18)	1.11 (0.95-1.29)
Outra	0.97 (0.51-1.83)	0.54 (0.20-1.42)	1.11 (0.71-1.77)	0.84 (0.54-1.32)
Escolaridade				
Analfabeto/fundam. incomp.	1	1	1	1
Fund. comp./Niv Médio incomp.	0.86 (0.66-1.12)	0.85 (0.48-1.48)	1.00 (0.83-1.21)	1.13 (0.93-1.36)
Nível médio comp./Superior incomp.	0.90 (0.68-1.19)	0.63 (0.36-1.09)	1.20 (0.99-1.47)	1.04 (0.86-1.27)
Sup comp./ Pós-Graduação	1.11 (0.65-1.93)	0.79 (0.27-2.33)	1.10 (0.75-1.60)	0.79 (0.55-1.15)
Renda per capita				
Até 500,00	1	1	1	1
500,01 até 1000,00	1.08 (0.86-1.38)	0.76 (0.47-1.22)	1.05 (0.89-1.25)	0.98 (0.83-1.16)
1000,01 ou mais	0.93 (0.70-1.25)	1.19 (0.62-2.30)	1.10 (0.88-1.36)	1.15 (0.93-1.42)
Bolsa família				
Não	1	1	1	1
Sim	1.67 (1.10-2.54)	1.25 (0.51-3.02)	1.10 (0.85-1.43)	0.93 (0.72-1.21)

No sentido de sumarizar os resultados e apontar as desigualdades identificadas nas três dimensões de análise, produziu-se o Quadro 3, que identifica as dimensões de análise e os resultados relacionados às variáveis construídas com relação as perguntas específicas feitas aos hipertensos, focadas na atenção à HAS e os indicadores gerais, perguntados a todos os entrevistados, mas aqui analisados apenas referente a respostas dos hipertensos que compõem a matriz analítica.

Quadro 3 – Principais resultados, por dimensão de análise

Dimensão	Acesso	Vínculo	Cuidado
Indicadores específicos de HAS	<ul style="list-style-type: none"> 85,3% passaram por consulta nos últimos seis meses associação com maior uso de consultas nos últimos seis meses para quem participa do programa Bolsa Família (90,4% - $p=0,016$). (OR ajustada=1,67) não houve associação com as RS 	<ul style="list-style-type: none"> 82,43% fizeram a maioria das consultas para HAS nessa mesma unidade Não houve associação com as condições socioeconômicas e as regionais 44,76% saem com o retorno agendado proporção menor foi identificada para retorno agendado nos mais velhos (44,30% de 60 anos e mais - ($p<0,001$) e para os que tiveram menos anos de estudo (44,07% - $p= 0,018$), mantido apenas para os mais velhos (OR ajustada para 60 anos e mais =0,64 e 0,66 de 40 a 59 anos) proporção menor foi identificada para as RS de Mananciais e RS de Franco da Rocha. ($p<0,001$) 	<ul style="list-style-type: none"> 93,53% afirmaram que sua pressão é aferida 68,67% realizaram o exame de creatinina nos últimos seis meses 71,17% para o perfil lipídico 51,23% para o ECG. menor proporção de respostas positivas para realização de ECG para as mulheres (49,39% - $p=0,001$), os mais jovens (39,66% - $p <0,001$) e os que recebem Bolsa Família (45,15% - $p=0,029$) Se mantém na regressão múltipla sexo (OR ajustada=0,83 para as mulheres) e idade (OR ajustada=1,84 para 60 anos e mais). proporção menor foi identificada para a RS de Franco da Rocha. ($p<0,001$)

<p>Indicadores gerais</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 89,06% se mostraram satisfeitos quanto ao horário de funcionamento • 97,66% demora até 30 minutos para chegar na unidade • 67,57% refere ser escutado quando necessita (sendo 58,33% em Franco da Rocha e 78,42% em Mananciais) • 69,90% tem marcação de consultas disponíveis todos os dias, a qualquer momento (menor em Alto Tietê (43,25%) e Franco da Rocha (41,67%)) • 8,16% consegue marcar consulta para o mesmo dia (chama a atenção Rota dos Bandeirantes com 66,67%), • 58,67% espera até 30 dias entre a marcação da consulta e o atendimento com médico, • 49,77% na espera do agendamento com o enfermeiro (sendo que 43,17% não sabia responder) • 30,61% com o dentista (sendo que 48,93% nunca procurou). 	<ul style="list-style-type: none"> • 84,11% procura a AB como primeiro serviço, quando necessita. • 93,79% procura a AB para busca de medicamentos (sendo que Mananciais é 64,04%) • 35,57% procurou a AB para urgências (sendo na RS de Franco da Rocha 12,50%) • 94,14% referiu que demonstram atenção quando fala • 87,67% não mudaria de equipe (sendo 75,00% na RS de Franco da Rocha) • 91,88% refere acesso a procedimentos em geral quando procura • 17,25% teve sua consulta especializada agendada pela UBS e informada na hora (sendo que na RS do Alto Tiete foi de 8,28% e na RS Franco da Rocha foi de 8,33%) • 62,52% foi informado posteriormente (sendo na RS de Alto do Tiete 70,25%), 74,98% referem continuar sendo acompanhados quando encaminhados para a especialidade (sendo pior na RS de Rota dos Bandeirantes que foi de 55,56%) 	<ul style="list-style-type: none"> • 91,42% indicam clareza nas informações (sendo 83,33% na RS Rota dos Bandeirantes) • 66,50% espera até 30 minutos para ser atendido em consultas marcadas, depois que chega na unidade (sendo 72,22% na RS de Rota dos Bandeirantes e 45,83% na RS de Franco da Rocha) • 37,51% classificou o cuidado como muito bom (sendo 16,67% na RS Rota dos Bandeirantes) • 90,16% recomendaria a unidade para um amigo ou familiar (77,78% na RS da Rota dos Bandeirantes, 79,17% na RS de Franco da Rocha e 91,65% na RS do Grande ABC) • nota geral foi 8,9 sem variações nas RS.
----------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

6 DISCUSSÃO

Com relação ao total dos usuários hipertensos nas entrevistas, o fato de quase metade deles ser hipertensos, indica uma demanda de grande volume para AB, e que representa praticamente o dobro da prevalência estimada na população em geral. É importante analisar que se trata de entrevistas realizadas nos serviços de AB, selecionadas de forma intencional, a partir de usuários em atendimento e não a partir de um estudo amostral de base populacional.

Podem, no entanto, refletir a alta prevalência da HAS na população adulta da RMGSP, considerando que no ano de 2020, no Brasil, segundo a PNS, foi de 23,9% (BRASIL, 2020) e, em 2015, na cidade de São Paulo, segundo estudo ISA Capital, foi de 23,2% (FIÓRIO et al., 2020). Cabe ainda reiterar que as DCNT impactam fortemente a qualidade de vida da população, podendo provocar mortes precoces, gerando efeitos negativos na economia das famílias, comunidades e países (MENDES, 2011). Além de tudo, particularmente a HAS, traz o desafio do diagnóstico e tratamento precoce e efetivo controle, garantindo continuidade do cuidado e reduzindo as complicações. Nesse sentido, se traduz como um grande desafio para o cuidado na AB.

Na comparação entre os sexos dos usuários entrevistados que relataram ter hipertensão, houve predomínio de mulheres adultas. Há evidências de estudos que demonstram que na hipertensão autorreferida, as mulheres possuem maiores prevalências em comparação aos homens (BRASIL, 2021c). É habitual elas relatarem mais hipertensão arterial, devido a uma maior busca aos serviços de saúde e conseqüentemente maior diagnóstico (MALTA et al., 2018). Esse fenômeno pode ser explicado devido ao fato de que as mulheres perceberem de forma mais assertiva a sua condição de hipertensão do que os homens (LEVORATO et al., 2014). Dessa forma, ao conhecerem melhor sua condição de saúde, elas buscam com maior frequência os serviços de saúde, além de uma melhor adesão ao tratamento. À vista disso, destaca-se a variável gênero. Estudos têm apontado que as mulheres compõem a maior parte da população hipertensa na AB (SILVA et al., 2016).

Metade dos entrevistados com hipertensão se declaram negros (pretos ou pardos). A literatura mostra que a prevalência de HAS é quase duas vezes maior do

que em indivíduos que se declaram brancos. Esse fato pode estar atrelado à hipótese genética como agente causador desse evento (MAGNABOSCO, 2007). Nota-se um agravamento no padrão de saúde de indivíduos idosos pretos e pardos, devido a altas prevalências de hipertensão arterial (SILVA et al., 2018). Essa doença, é considerada uma das principais causas de mortalidade em indivíduos negros no Brasil (CHOR; LIMA, 2005) e nos Estados Unidos (MEHTA et al., 2004). Contudo, diferente disso, os inquéritos domiciliares demonstram que a maioria dos indivíduos hipertensos são de cor branca. Talvez esse fato seja devido a um possível maior acesso dessa população, já que são entrevistados em seus domicílios (SILVA et al., 2018).

No SUS, especificamente na AB a proporção de negros reflete a proporção de negros na população, o que não acontece em inquéritos gerais quanto ao uso dos serviços de saúde, tanto para quem utiliza SUS ou Saúde Suplementar. Interessante ressaltar que essa situação evidencia que, mesmo considerando as iniquidades raciais, a equidade no SUS tem incluído a população negra e garantido o cuidado, a partir de políticas de maior equidade, com gratuidade e capilaridade no território. Estudos mostram que há um desfavorecimento relacionado às pessoas pretas e pardas quanto ao uso e ao acesso aos serviços de saúde, quando comparado com as pessoas brancas. Apesar dessa diferença, a utilização de serviço público e serviço privado de saúde entre idosos hipertensos negros e brancos, não é notada diferença entre os grupos raciais no quesito dificuldade de acesso aos serviços de saúde. No entanto, 25% da população idosa em todos os grupos raciais ainda enfrenta dificuldades de acesso aos serviços de saúde, sejam eles público ou privado (SILVA et al., 2018).

No Brasil, ainda são escassos estudos populacionais que discutam as condições de saúde da população idosa no ponto de vista racial. Faz-se necessário o debate de forma ampla a fim de provocar reflexões na promoção e proteção da saúde a respeito da utilização das dimensões de iniquidade e de vulnerabilidade da população idosa (OLIVEIRA; THOMAZ; SILVA, 2014). Nessa lógica, o inquérito de saúde identifica que, apesar de reconhecer as desigualdades no uso de serviços públicos e privados, não houve diferenças entre os grupos raciais relacionadas às dificuldades de acesso aos serviços de saúde por idosos (SILVA et al., 2018).

No quesito escolaridade, é possível perceber que a hipertensão foi maior nos indivíduos com menos anos de estudo (não alfabetizados ou com Ensino Fundamental incompleto). A literatura aponta que esse fato está relacionado ao monitoramento de forma mais regular da pressão arterial em territórios onde a população possui menor escolaridade (MORENOFF et al., 2007). Houve um predomínio de indivíduos hipertensos neste nível de escolaridade, demonstrando maior prevalência de HAS naqueles indivíduos com menos anos de estudo. Ainda nesse quesito, a hipertensão apresentou maior frequência na faixa etária com menor grau de estudos, quando comparada com a maior quantidade dos anos de estudo. A literatura mostra uma associação entre menores níveis de escolaridade e fatores de risco para hipertensão (PIERIN et al., 2011). Nesse sentido, indivíduos mais escolarizados possuem menor dificuldade de acesso aos serviços de saúde (ALMEIDA et al., 2017). Entre as mulheres essa relação é ainda mais predominante.

Os inquéritos de saúde de base populacional como a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), auxiliam no reconhecimento da prevalência de doenças crônicas. De acordo com a PNAD 2008, as pessoas com menos anos de estudo podem apresentar elevada carga de doença crônica, indicando uma maior consequência decorrente do nível de instrução escolar e da qualidade de vida, havendo ainda maiores incapacidades ocasionadas pelas doenças crônicas que são mais prevalentes nos indivíduos com piores condições socioeconômicas (ANDRADE et al., 2015; BARROS et al., 2006). Evidenciou-se nos resultados da PNS 2013, que essa carga de doença crônica de DCNT e incapacidade continua elevada (BRASIL, 2020).

Em relação ao perfil socioeconômico dos entrevistados, chama a atenção que mais da metade dos entrevistados sobrevivem com uma renda per capita de até R\$ 500,00. Segundo dados do IBGE, a distribuição de renda per capita das grandes regiões, Unidades da Federação e regiões metropolitanas apontam que 51,3% das pessoas vivem com menos de um salário-mínimo (CESARINO et al., 2008; MAGNABOSCO, 2007).

Sobre a participação dos entrevistados no Programa Bolsa Família, mais de quatro quintos dos entrevistados não participam do programa. Tem-se como um dos critérios de inclusão deste programa a renda per capita entre R\$70,00 a R\$140,00

(GONÇALVES; MENICUCCI; AMARAL, 2017). No entanto, a renda dos entrevistados estaria acima do limite permitido, conforme estabelecido pelo programa. As políticas distributivas como o programa bolsa família que é essencial no combate à pobreza, ainda carecem de constantes melhorias principalmente para uma distribuição mais igualitária das políticas sociais como a prestação de serviços universais e de qualidade nas áreas da saúde e da educação, visando mitigar condicionalidades da população pobre ao passo que reduz as desigualdades de acesso no SUS (MORAES; MACHADO, 2017).

6.1 DIMENSÃO ACESSO

No item horário de funcionamento da UBS, a grande maioria dos entrevistados está satisfeita. Cabe, nesse contexto, refletir sobre essa satisfação. Ela talvez contemple os moradores do território que passam em consultas na UBS. No entanto, os trabalhadores da região que saem do seu trabalho após o expediente do serviço de saúde e levam mais tempo para fazerem esse trajeto, essa fatia da população consegue passar por consulta? Nesse critério, deve-se sedimentar o entendimento para que haja uma ampliação do horário de funcionamento do serviço de saúde. É necessário criar novas possibilidades de atendimento, como nos finais de semana e flexibilidade de agendamento de consultas (SOUSA; SHIMIZU, 2021). Considerando uma melhor adequação estratégica para garantir maior acesso aos trabalhadores do território, o qual é tão necessário principalmente para aqueles que necessitam de continuidade do cuidado.

Em relação à marcação de retorno à consulta médica, menos da metade dos usuários hipertensos entrevistados saem das consultas com o retorno agendado. Apesar da grande maioria dos entrevistados conseguir marcar suas consultas a qualquer momento que necessitarem, há uma grande discrepância entre alguns municípios que o fazem em maior proporção que outros. A partir desse ponto, onde se pensa os elementos essenciais para o processo avaliativo e para a continuidade do cuidado, é necessário compreender que esse fato pode produzir barreiras de acesso, e como isso implica na produção do cuidado para esses indivíduos. A não realização dessas consultas pode ocasionar maiores dificuldades para esse usuário

com hipertensão, caso haja um agravamento do seu estado de saúde, levando-o a um quadro agudo de atendimento de emergência (SOUSA; SHIMIZU, 2021).

Salienta-se ainda, questões sobre: como o serviço de saúde pensa na população mais vulnerável, como estes usuários que não conseguem seus atendimentos quando os procuram podem dar continuidade ao seu cuidado, principalmente aqueles com HAS? Onde essa população se coloca nas políticas de saúde e nos serviços de saúde? Pois ao falar deles, o que a saúde pública faz? Que atendimento assistencial é prestado? Estudos indicam que a AB é mais utilizada pela população mais vulnerável (CATANANTE et al., 2020).

Quanto a conseguir consulta para o mesmo dia, mais da metade dos usuários na região da Rota dos Bandeirantes conseguem atendimento no mesmo dia. Isso pode contribuir para um melhor acesso, como vem sendo feito nas estratégias chamadas de “acesso avançado”, que preconizam a consulta no próprio dia da procura. A literatura indica que a estratégia de marcação de consultas nesses moldes reduz a espera por consultas, realizando o trabalho do dia, no dia (SOARES; JUNQUEIRA, 2022). Por outro lado, isso também pode significar uma tendência à livre demanda que se caracterize como um pronto atendimento apenas, perdendo a potência que se espera da AB. Além disso, trata-se apenas de um município, com poucas entrevistas. A maioria tem baixa porcentagem de acesso para atendimento no mesmo dia, caracterizando uma ação mais programática de agendamentos de retornos, conforme preconizado pela Linha de cuidado. A princípio, de qualquer forma, não é possível identificar se essa agenda tem alguma relação com critérios de gravidade e risco.

Sobre ser escutado, a grande maioria respondeu que foram ouvidos pela equipe. Essa positividade nas respostas pode ser devido ao fato de receberem as informações solicitadas quando procuram a UBS. Estudos mostram que ao se sentir acolhido pela equipe de profissionais, efetua-se um melhor relacionamento entre usuário e profissional de saúde, aumentando a possibilidade de criação de vínculos, fortalecimento das relações, onde esse usuário participa do seu planejamento terapêutico. Tem-se extrema importância ao fato do usuário se sentir acolhido e discorrer sobre seus modos de vida, anseios ou problemas familiares (PROTASIO et al., 2017).

Quase metade dos usuários entrevistados relataram que, desde a marcação até a consulta com um médico, há uma espera de até 30 dias. Apesar disso, é preciso considerar que um maior tempo de espera para esses usuários pode indicar a necessidade de uma reorganização da agenda da AB. Ressalta-se ainda que, em vários municípios, a grande maioria dos usuários não sabiam responder qual era o tempo da espera entre a marcação de consulta e o atendimento com enfermeiros. Tal fato pode estar relacionado à dificuldade de compreensão da pergunta, bem como à diferença na organização dos serviços para o agendamento dos atendimentos médicos ou de enfermagem. A literatura demonstra a emergência de realizar um contraponto entre oferta e a demanda, reorganização dos serviços de saúde pelo acesso avançado na tentativa de reduzir o tempo de espera para a população pertencentes aos grupos prioritários (DA SILVEIRA et al., 2018).

Assim, cabe ampliar olhares sobretudo no que tange à capacidade dos serviços de saúde avançar nas boas práticas do atendimento à demanda espontânea, realizar gestão da fila, progredir em ações para reduzir o tempo de espera de acordo com a classificação de risco. Reconhecer as vulnerabilidades do território. Há uma necessidade de se readequar e reordenar as demandas dos usuários visando uma melhor prestação do serviço de saúde (PROTASIO et al., 2020).

Em relação a passar com o dentista, a maioria dos usuários nunca passou no serviço. É interessante analisar por que esse fato ocorre nesses serviços. É importante considerar que os serviços odontológicos podem não estar organizados para priorizar essa demanda, prejudicando o acesso.

6.2 DIMENSÃO VÍNCULO

A maioria dos usuários entrevistados, quando encaminhados para outro serviço de saúde, teve sua consulta agendada em um outro momento, o que pode ocasionar maior dificuldade ao usuário, maiores filas, agendamentos de última hora e em datas não adequadas para as possibilidades dos usuários, ampliando as necessidades de idas a UBS e absenteísmo na especialidade. Trata-se de um importante desafio para a qualificação da atenção básica na produção de um melhor vínculo a garantia do agendamento no mesmo momento da solicitação ao tempo oportuno e adequado às

necessidades dos usuários (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010). A regulação descentralizada dentro de uma lógica mais territorializada, que aproxime as possibilidades de agendamento às necessidades e disponibilidade dos usuários, tem se mostrado como experiência inovadora (FREIRE et al., 2020).

Cabe destacar que, após o encaminhamento para outros serviços, mais de três quartos dos usuários da região de Mananciais continuam sendo acompanhados pela UBS. Nota-se que, mesmo depois de serem encaminhados, a grande maioria desses usuários sentem-se acompanhados e não perderam o vínculo com o serviço de saúde, sem grandes variações nas RS. Nessa questão, a região que apresentou menor índice foi a Rota dos Bandeirantes. Dessa forma, é imprescindível a gestão das condições crônicas a fim de fortalecer e manter o vínculo com os usuários, além de realizar monitoramento dos casos mais graves, a fim de garantir a maior adesão ao tratamento e melhoria de um controle quanto a sua condição de saúde. Os processos de monitoramento, matriciamento e de cogestão no cuidado da AB articulada com a atenção especializada são fundamentais para a garantia de um cuidado adequado para as condições crônicas, particularmente a HAS. Os arranjos organizacionais que permitem a construção da Integralidade do cuidado têm sido descritos e reforçados em sua importância para a gestão das condições crônicas, tanto o referenciamento ao especialista quanto os processos de apoio matricial e monitoramento compartilhado deste com a atenção básica (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Entretanto, deve-se dar importância à necessidade de resposta efetiva para as condições crônicas, em que novos modelos de atenção à saúde têm se constituído. Além disso, é preciso considerar que podem ocorrer eventos agudos provenientes das condições crônicas, e diante desse cenário, é emergente a implantação de modelos de atenção à saúde que realizem classificação de riscos (MENDES, 2010).

O primeiro serviço de saúde procurado por grande parte dos usuários entrevistados é a AB, porém estudos mostram efeito contrário a esse achado. Esse fenômeno chama muita atenção. São recorrente estudos que mostram que ao precisarem de serviços de urgência ou emergência, os usuários buscam serviços de média ou alta complexidade. Cabe ressaltar que há uma dificuldade em interpretar esse fenômeno, já que ele pode apresentar viés nessas respostas, como falta de outros serviços de saúde na região, ou forte vínculo com a equipe e a UBS. Há de se

reconhecer que, independentemente dessa explicação, esse serviço de saúde é fundamental para o usuário (MARQUES et al., 2020).

Outras considerações devem também ser feitas em relação à retirada de medicamentos, especificamente nos municípios de Embu-Guaçu e Vargem Grande, que apresentaram os menores percentuais quanto à retirada dos medicamentos na AB, ambos da região de Mananciais. Isso pode indicar um menor vínculo pela menor possibilidade de garantia de acesso para tratar a sua condição crônica, que é fundamental nesse sentido. É preciso considerar que a busca por medicamentos de forma isolada não significa necessariamente um bom relacionamento e vinculação da UBS para a produção do cuidado. Cabe considerar que isso, pode apontar que a busca desses medicamentos esteja se dando fora da AB, o que gera distanciamento e ainda mais fragilidade na questão do vínculo. Talvez, esse fenômeno possa ocorrer devido a existência de farmácia popular que disponibiliza medicamentos gratuitos para os usuários com a HAS. Mas, se por um lado essa disponibilidade de medicamentos nesses estabelecimentos amplia o acesso, também pode colocar em risco o vínculo ao retirar a possibilidade de entrega na UBS, além de onerar usuários com maior dificuldade de mobilidade para acessar outros pontos de atendimento (PINTO et al., 2018).

A não retirada dos medicamentos também pode estar relacionada à falta destes na farmácia da UBS. Nesse sentido, fica a reflexão para talvez nos próximos inquéritos perguntar onde está sendo realizada a retirada destes remédios, fazer perguntas como: a medicação está sendo comprada ou é retirada na farmácia popular? Esses resultados trazem à luz a forma como a questão farmacológica dessa população está sendo assistida, sendo necessárias ações sistemáticas que visem um melhor acesso aos medicamentos na AB, fato tão relevante para a manutenção e a continuidade do cuidado dos hipertensos.

Embora haja um empenho do SUS para a garantia de oferta dos medicamentos anti-hipertensivos na AB, há estudos que indicam o não uso da medicação por parte dos usuários hipertensos. Um dos motivos pode ser a falta do remédio na farmácia da UBS, e essa é uma condição desafiadora, já que o controle adequado da hipertensão é imprescindível na qualidade de vida dos usuários hipertensos. Importante trazer a possibilidade de dificuldade na adesão ao tratamento inerente às limitações do

diagnóstico autorreferido (GONTIJO et al., 2012). A baixa adesão pode ser explicada devido ao desconhecimento de sua condição de saúde ou ainda pela dificuldade de lembrar das recomendações médicas (SCHMIDT et al., 2009).

Considerando a questão do cuidado e as boas práticas da LC da HAS, é fundamental analisar também as orientações não medicamentosas e práticas de promoção da saúde como dieta, redução de sal, prática de atividade física, orientações da conduta médica para essa condição de saúde, etc. Inquéritos desse tipo deveriam conter perguntas que nos ajudassem a entender se é realizada uma gestão do cuidado de controle da HAS e, dessa forma, compreender a impossibilidade de não só conseguirmos avaliar questões de acesso e vínculo, como também as questões da qualidade do que estamos chamando de “cuidado”, que também fazem parte das boas práticas.

Para além das possíveis complicações da situação de saúde do usuário hipertenso, é essencial os processos avaliativos no âmbito da AB analisarem quanto os processos de gestão de risco estão de fato incorporados na rotina dos serviços da AB (MENDES, 2012). Isso evidencia a importância contínua de processos avaliativos como o PMAQ-AB, que sejam indutores de melhores práticas, identificando lacunas no planejamento de ações, apoio matricial e gestão da atenção compartilhada (CATANANTE et al., 2020). Essa abordagem pode ser interessante pelo caráter colaborativo da intervenção entre os diferentes profissionais da rede de cuidado e por ser direcionada também para os usuários na AB (MENDES, 2012).

Nesse sentido, um estudo realizado no interior de São Paulo em 2021 reforça o quanto é imprescindível uma gestão participativa e o seu papel na organização da atenção à saúde. Em outras palavras, como a gestão pode contribuir para os processos avaliativos. Enfatiza-se o quanto a falta de reflexão produzida nesses processos pode sustentar práticas “desprovidas”, de repetição dos protocolos sem considerar a real importância em saúde frente a um determinado agravo (SANINE et al., 2021).

Nas questões sobre a qualidade, avançando nas discussões a partir do PMAQ-AB, é preciso perceber o quanto é necessário ampliar os moldes desses tipos de entrevistas. Este trabalho provoca também a pensar em questões como: mas se a

hipertensão e a diabetes fazem parte das linhas de cuidados prioritárias, seria necessário talvez incrementar as perguntas que são realizadas nesse sentido? Isso, aponta um limite do modo como são realizados esses tipos de entrevistas. Temos que cada vez mais entrevistar o usuário, não só com um questionário com perguntas fechadas, mas com entrevistas mais abertas. Tentar melhorar os futuros, mas que se prossiga em perguntar como esse usuário percebe esse atendimento, que é fundamental na pesquisa. Reforçar esse valor do usuário e tentar compreender como é que ele está percebendo esse cuidado (CECÍLIO; CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014).

Em suma, com relação à dimensão identificada como vínculo, a grande maioria refere receber a atenção necessária e não mudaria de equipe ou unidade de saúde, tendo procurado a unidade como primeira opção quando precisou de acompanhamento e medicamentos, mas apenas um quarto dos entrevistados a procurou para urgências, indicando que a obtenção de medicamentos gratuitos vincula os usuários à AB, mas não se estabelece a mesma relação como possibilidade de pronto atendimento quando necessário, provavelmente em função de sua organização, horário de atendimento e cultura produzida.

6.3 DIMENSÃO CUIDADO

Cuidar do hipertenso na AB é para além da clínica e do ponto de vista de exames, está intrinsecamente condicionado à questão das boas práticas não medicamentosas, inseridas no âmbito da promoção a saúde (dieta, redução de sal, prática de atividade física). É fundamental nesse sentido adotar arranjos, quando se pensa na LC do idoso em um inquérito como este. Cabe uma amplitude de questões envolvidas que vão mais à frente dos dados encontrados. O cuidado na AB para uma doença crônica como a HAS, que muitas vezes não é reconhecida como uma condição grave e que pode levar a complicações severas, que está relacionada com os hábitos e modos de viver, depende de uma AB mais cuidadora que ofereça práticas de promoção à saúde (BRASIL, 2013b).

O SUS pressupõe um sistema em redes, articulando a AB, média e alta complexidade, com centralidade na AB. Cerca de 85% dos problemas de saúde

comuns tendem a serem resolvidos na AB. É nela que está toda a abrangência da clínica e nos padrões comportamentais de estilo de vida visando uma melhoria na qualidade de vida e da saúde, como exemplo: mudança de hábitos alimentares saudáveis e de atividade física. A supervalorização da atenção especializada por profissionais e, muito frequentemente, também por usuários, gera por outro lado, uma desvalorização da AB. Na AB deveria estar à disposição medicamentos, exames e equipamentos necessários para a clínica, de forma a auxiliar no apoio ao diagnóstico essencial na AB, como ECG, que deveria ser idealmente realizado na própria UBS. Essa mudança de paradigmas é fundamental para organizarmos a atenção a partir das necessidades nos territórios, conhecendo melhor as demandas e organizando os serviços com garantia de responder às necessidades das condições crônicas (MENDES, 2012).

Com relação à dimensão identificada como cuidado, a maioria dos hipertensos entrevistados recomendaria a unidade para um amigo ou parente, e classificou o atendimento como “bom” ou “muito bom”, e quase unanimemente identificaram comunicações com informações claras. A diferença encontrada foi em relação ao tempo de espera na unidade para consultas marcadas onde em alguns municípios foram, em sua maioria, maiores do que 30 minutos. Essa situação, pode indicar fragilidades na organização dos serviços e gestão das agendas, necessitando uma maior atenção, pois demonstra um descontentamento desses usuários.

Estudos mostram desagrado dos usuários relacionado a um maior tempo de espera (SZWARCOWALD et al., 2005; MENDES et al., 2012). A literatura sugere que o tempo de espera não seja maior que 30 minutos (STARFIELD, 2002). Apesar dessa orientação, raramente os usuários são atendidos em um menor tempo (ALMEIDA; MACINKO, 2006).

No critério atendimento e acompanhamento por profissionais da saúde, a maior parte dos entrevistados avaliou positivamente. A nota atribuída ao atendimento recebido para a satisfação com cuidado recebido pela equipe foi maior que 8 em quase todas as regiões. Estudos revelam que há uma alta de respostas positivas para os serviços públicos prestados. Isso expõe uma preocupação por parte dos usuários em ficar sem o direito de atendimento nesses serviços de saúde, ainda que esse serviço ofereça uma pior qualidade (COSTA et al., 2008).

A literatura indica o hábito de aceitação a uma má qualidade dos serviços no olhar dos entrevistados, pois tendem a manifestar uma gratidão aos serviços prestados, e não reconhecem a assistência recebida como um direito (TRAVERSO-YÉPEZ; MORAIS, 2004). Autores apontam que esse evento é mais presente em países em desenvolvimento, vinculado a falta de posicionamento, ou discordância dos entrevistados (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

Nessa dimensão, cabe ressaltar que a alta positividade das respostas para esse quesito indica uma limitação da metodologia utilizada. Tais respostas demonstram a existência de desconfiança ou a ideia de que poderiam perder o direito de manter seus atendimentos no serviço de saúde (BRANDÃO; GIOVANELLA; CAMPOS, 2013). Esses achados evidenciam que o usuário, quando é entrevistado nos serviços de saúde, tende a avaliar melhor o serviço só pelo fato de estar lá. E, portanto, fica mais difícil de encontrar essas diferenças de acesso, vínculo e cuidado nessas narrativas do usuário em estudos quantitativos, com perguntas fechadas. Talvez em pesquisas mais abertas, de narrativas mais amplas, com um número menor de usuários, mas com pesquisas em profundidade se consigam respostas melhores.

No geral a pesquisa aponta que a maioria dos usuários entrevistados que se declararam hipertensos está satisfeita com a assistência recebida na AB. No entanto, apesar dessa análise, chama atenção boa parte dos usuários demonstrarem algum tipo de descontentamento nas questões investigadas. Este fenômeno foi relatado em outros estudos (PAES et al., 2014; PROTASIO et al., 2017; PEREZ et al., 2013; AMORIM; TEIXEIRA; FERLA, 2020). Mesmo diante da positividade avaliada nas respostas, é necessário olhar para as fragilidades presentes na organização dos serviços e na atenção do cuidado (FAUSTO et al., 2014) com o intuito de tencionar modificações, para aprimoramento da assistência e continuidade do cuidado desses usuários.

Em caráter mais investigativo, importa averiguar, ainda que apareçam em menor frequência, as questões que foram apresentadas de forma negativa na percepção dos usuários, uma vez que é um indicativo para a necessidade de algumas modificações nos serviços de saúde. À vista disso, a pesquisa orienta evidências pontuais que podem ser utilizadas para readequação dos serviços, atenção ao cuidado e

processo de trabalho das equipes visando uma melhor acessibilidade, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado desses usuários (ABREU et al., 2018).

Essa pesquisa volta-se à voz desses usuários entrevistados pelo PMAQ-AB, indicando que, a partir das análises aqui contidas, é imprescindível exercitar o olhar da saúde pública, trazer o questionamento sobre como esse serviço de saúde tem se estruturado e contribuído para a melhoria de vida da população. Ao olhar para esses usuários, nos perguntamos: existe acesso? Se produz vínculo? Há qualidade na produção do cuidado? Há desigualdades socioeconômicas? Há desigualdades regionais?

É importante ainda reconhecer as limitações do presente estudo, considerando que foram realizadas apenas quatro entrevistas com usuários em cada UBS, o que na prática não representa uma amostra probabilística para a AB (PROTASIO et al., 2020). Além disso, trata-se de uma avaliação nacional realizada apenas nas eSF que aceitaram participar, trazendo outros fatores limitantes nesse sentido para a adesão na RMGSP.

Outra limitação do inquérito em serviços de saúde, como este, são as informações de morbidade autorreferida. Porém, tem sido bastante utilizada em inquéritos de base populacional, comprovando ser um valioso instrumento, tanto para estudos populacionais quanto para estudos de avaliação da atenção à saúde (LIMA-COSTA; PEIXOTO; FIRMO, 2004; SELEM et al., 2013; CRESTANI; SANTOS; MATIJASEVICH, 2009).

Cabe salientar, no entanto que, a partir da voz do usuário, foi possível identificar barreiras de acesso e a descontinuidade do cuidado ao hipertenso na AB da RMGSP. Nesse sentido, foi possível um olhar sobre as agendas, a espera, o vínculo e os padrões de qualidade preconizados pela LC, a partir de um processo avaliativo realizado nas unidades de estratégia de saúde da família, estratégia preconizada no SUS para qualificar a AB. Por fim, mais do que certezas, se produzem novas perguntas, construídas a partir deste olhar exploratório, que continuarão a ser objetos de nossas investigações.

7 CONCLUSÕES

A análise das entrevistas de usuários que referiram ser hipertensos, relacionadas às dimensões de cuidado estudadas de acesso, vínculo e cuidado na AB, nos permitiram compreender a oferta de cuidados disponíveis na RMGSP com relação ao agendamento, monitoramento e compartilhamento do cuidado para as condições crônicas, altamente desafiadoras para a AB no SUS.

O uso da traçadora hipertensão contribuiu com as possibilidades de análise das dimensões por ser uma LC prioritária, incluída no instrumento avaliativo com um bloco específico de questões que permitiram a construção da matriz de indicadores, somado a outras variáveis gerais que contribuíram com a construção e análise das dimensões estudadas.

Observou-se uma proporção de autorreferência de HAS de 44,3%, com 3.090 usuários hipertensos na Grande São Paulo. Os hipertensos entrevistados são, em sua maioria, mulheres, idosas e negras com ensino fundamental incompleto e baixa renda, sendo que em torno de 10% participam do bolsa família. Isso indica a importância, complexidade e responsabilidade do cuidado na AB do SUS, particularmente da HAS, que traz importantes riscos para as populações mais vulnerabilizadas e, sabidamente, afeta com maior gravidade a população negra.

Na dimensão identificada como acesso, cabe destacar que grande parte dos usuários hipertensos realizaram consultas nos últimos seis meses por conta da HAS. Este é um importante resultado, pois evidencia que a AB está cuidando desta população e, particularmente, garantindo acesso ao acompanhamento da doença aqui analisada. É de se reconhecer que a AB se mostra bastante inclusiva, mas é preciso considerar que se trata de uma condição crônica e que existem barreiras de acesso estruturais que podem não estar sendo identificadas no presente estudo.

Na dimensão identificada como vínculo, o fato de apenas 44,76% sair com o retorno agendado, pode ser uma dificuldade a ser enfrentada. Uma proporção menor foi identificada para os mais velhos, menos escolarizados e as regiões de Mananciais e Franco da Rocha.

Com relação às outras variáveis analisadas na dimensão vínculo, em 84,11% o primeiro serviço que procura é a AB e 93,79% procura a AB para busca de medicamentos e 74,98% referem continuar sendo acompanhados quando encaminhados para a especialidade, sendo pior na RS de Rota dos Bandeirantes que foi de 55,56%. Trata-se de importante variável, de compartilhamento de cuidado, a ser analisada.

Nesse sentido, a dimensão de vínculo indicou piores resultados para a RS de Franco da Rocha, assim como Alto Tietê, com menor agendamentos no próprio dia, Mananciais, com menor retorno agendado e acesso a medicamentos e Rota dos Bandeirantes com menor acompanhamento compartilhado com a especialidade.

Na dimensão identificada como cuidado, 93,53% afirmaram que sua pressão é aferida e 51,23% para o ECG, indicando maior dificuldade na oferta deste. Nesta dimensão, observou-se menor proporção de respostas positivas aos indicadores estudados para as mulheres e os mais jovens, os que recebem Bolsa Família e os das regiões de Franco da Rocha e Alto Tietê.

Com relação às outras variáveis analisadas na dimensão cuidado, 37,51% classificou o cuidado como muito bom, 90,16% recomendariam a unidade para um amigo ou familiar e a nota geral foi 8,9 sem variações nas RS, indicando adequação da dimensão cuidado analisada a partir das variáveis elencadas.

Concluindo, São Paulo e Grande ABC, por serem regiões maiores, tendem a se comportar como a média, mas a RS de Franco da Rocha e a RS de Rota dos Bandeirantes têm piores indicadores na dimensão cuidado. Ao final, cabe considerar que, no conjunto das dimensões a RS de Franco da Rocha teve o pior desempenho. Importante analisar as desigualdades regionais encontradas na atenção à saúde refletem processos históricos da capacidade instalada e organização dos serviços no SUS da RMGSP.

O estudo tem uma grande contribuição por dar visibilidade às entrevistas de usuários que devem cada vez mais serem ampliadas considerando o protagonismo do usuário na produção do cuidado às condições crônicas, particularmente na AB. Além disso, traz uma contribuição importante para indicar dimensões de análise para acesso, vínculo e cuidado nas redes por meios de dados secundários dos sistemas

de informação, bem como de dados primários de inquéritos de saúde, populacionais ou de serviços, na AB ou na medicina especializada, utilizando condições traçadoras.

As reflexões no âmbito do PMAQ-AB têm contribuído para a ampliação de diálogos entre pesquisadores, gestores, trabalhadores e usuários na publicização, sistematização e análise de dados de pesquisas avaliativas. Nos permitem avançar nos estudos das desigualdades da capacidade instalada, uso e acesso a serviços de saúde, no caso na RMGSP que, apesar da proximidade, tem ilhas de excelência e de exclusões para o acesso, vínculo e cuidado de hipertensos na AB, sendo que muitas não atendem aos padrões necessários a um bom modelo de cuidado às condições crônicas na AB, possibilitando o levantamento de oportunidades de melhorias.

É importante considerar, por fim, o grande desafio que é a ampliação desse campo de pesquisa avaliativo e a construção de processos de avaliação na AB, valorizando os vários ciclos já existentes do PMAQ-AB, mas, acima de tudo, introduzindo novos instrumentos e indicadores que nos permitam ampliar o olhar e qualificar o cuidado da AB, particularmente para as condições crônicas.

8 REFERÊNCIAS

ABREU, D. M. X. et al. Percepção dos usuários sobre o cuidado prestado por equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 27, n. 3, 2018. ISSN 2237-9622. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000300002>.

AKERMAN, M.; FURTADO, J. P. **Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. ISBN: 978-85-66659-46-7. DOI: 10.18310/9788566659467.

ALBUQUERQUE, A. B.; DEVEZA, M. Adesão ao tratamento na prática do médico de família e comunidade e na Atenção Primária à Saúde. **Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade-PROMEF**. Porto Alegre: Artmed, v. 3, p. 41-71, 2009.

ALMEIDA, A. P. S. C. et al. Socioeconomic determinants of access to health services among older adults: a systematic review. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 51, , p. 1-15, 2017.

DE ALMEIDA-PITITTO, B. et al. Severity and mortality of COVID 19 in patients with diabetes, hypertension and cardiovascular disease: a meta-analysis. **Diabetology & metabolic syndrome**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 1-12, 2020.

ALMEIDA, C.; MACINKO, J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. **Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde**. Brasília, DF: OPAS/Ministério da Saúde; p. 215-215. 2006.

AMORIM, J. S. C.; TEIXEIRA, I. B.; FERLA, A. A. Satisfação com a organização do cuidado em idosos usuários dos serviços avaliados pelo PMAQ. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3625-3634, 2020. ISSN 1678-4561. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.32852018>. Acesso em: 22 maio 2022.

ANDRADE, S. S. A. et al. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** Brasília, DF, v. 24, n. 2, p. 297-304, jun. 2015. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200012>.

BARROS, M. B. A. et al. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **Ciência & Saúde Coletiva** , Rio de Janeiro, 2006, v. 11, n. 4, p. 911-926. ISSN 1678-4561. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000400014>. Acesso em: 12 maio 2022.

BARROSO, W. K. S.; RODRIGUES, C. I. S.; BORTOLOTTI, L. A.; MOTA-GOMES, M. A.; BRANDÃO, A. A.; FEITOSA, A. D. M et al. Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial - 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021. <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Online. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 22 jun. 2022.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 22 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde: Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doenças crônicas – hipertensão arterial crônica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no BRASIL, 2021-2030**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/view>. Acesso em: 12 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Linha de cuidado do adulto com hipertensão arterial sistêmica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021b.. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_adulto_hipertens%C3%A3o_arterial.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde: 2019**. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas e saúde bucal: Brasil, grandes regiões/ IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2020. 113p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **VIGITEL Brasil 2021** - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica e fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e Distrito Federal em 2021. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021c. 128p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica-

PMAQ_AB. **Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica e NASF**. Terceiro Ciclo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ>. Acesso em: 20 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.920, de 31 de outubro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2920_01_11_2017.html>. Acesso em: 20 jul. 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. e-Gestor. Ministério da Saúde; 2021. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/index.xhtml>> Acesso em: 20 jul 2022.

BOUSQUAT, A. et al. Atenção primária à saúde nos 25 anos da Revista Ciência & Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 4745-4756, Dez. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.23342020>>. Acesso em: 26 maio 2022.

BOUSQUAT, A.; GIOVANELLA, L.; FACCHINI, L. A.; MENDONÇA, M. H. M.; CURY G. C.; NEDEL, F. **Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS- 2021**. Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco; 2021.

BRANDÃO, A. L. R. B. S.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, C. E. A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 103-114, jan. 2013.

BROCARD, D. et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. e. 1, p. 130-144, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S109>> Acesso em: 24 fev. 2021.

CACCIA-BAVA, M. C. G.; PEREIRA, M. J. B.; HIROOKA, L. B.; CATANANTE, G. V.; PORTO, H. S. PMAQ: Considerações críticas para transformá-lo em um dispositivo para a produção de mudanças no rumo da melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. In: AKERMAN, M.; FURTADO, J. P. (Org.) **Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. p. 307-342.

CACCIA-BAVA, M. C. G.; HIROOKA, L. B.; SANINE, P. R.; LOUVISON, M.; AKERMAN, M. Municípios paulistas que não ingressaram no Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB: desejo de autonomia ou impossibilidade de cumprir padrões? In: AKERMAN, M.; SANINE, P. R.; CACCIA-BAVA, M. C. G.; MARIM, F. A.; LOUVISON, M.; HIROOKA, L. B.; MORAIS, C. K.; MARQUES, M. C. C. (Org.) **Atenção Básica é o caminho!** Desmontes, Resistências e Compromissos: contribuições das Universidades Brasileiras para a avaliação e pesquisa na APS, Perspectivas: Avaliação e cuidado em APS. 1. ed. São Paulo:

HUCITEC, 2020, p. 105-122.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 399-407, 2007.

CATANANTE, G. V. et al. Participação social na Atenção Primária à Saúde em direção à Agenda 2030. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 3965-3974, 2017. ISSN 1678-4561. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.24982017>> Acesso em: 23 maio 2022.

CATANANTE, G. V.; PORTO, H. S.; HIROOKA, L. B.; CACCIA-BAVA, M. C. G. Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB: o que dizem os usuários em diferentes momentos de escuta a esses atores sociais. In: AKERMAN, M.; SANINE, P. R.; CACCIA-BAVA, M. C. G.; MARIM, F. A.; LOUVISON, M.; HIROOKA, L. B.; MORAIS, C. K.; MARQUES, M. C. C. (Org.) **Atenção Básica é o caminho!** Desmontes, Resistências e Compromissos: contribuições das Universidades Brasileiras para a avaliação e pesquisa na APS, Perspectivas: Avaliação e cuidado em APS. 1. ed. São Paulo: HUCITEC, 2020, p. 161-172.

CASTRO, M. C.; MASSUDA, A.; ALMEIDA, G. et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the futures. **The Lancet** [internet]. v. 10195, n. 394, p. 345-356, July 11 2019 Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7)> Acesso em: 2022 jul. 02.

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. (Ed.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Uerj, 2001. p. 113-126.

CECÍLIO, L. C. O.; CARAPINHEIRO, G.; ANDREAZZA, R. (Org.). **Os mapas do cuidado: o agir leigo na saúde**. São Paulo: Hucitec, 2014.

CESARINO, C. B. et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto - SP. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 91, n. 1, p. 31-35, 2008. ISSN 1678-4170. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0066-782X2008001300005>> Acesso em: 11 maio 2022.

CHAVES, L. D. P.; CAMELO, S. H. H.; BALDERRAMA, P.; TEIXEIRA, V. M.; FERREIRA, J. B. B. Considerações sobre a condição traçadora. In: TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L.; ALMEIDA, C. A. L. (Org.). **Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano**, v. 1, Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2017, p. 151-160. 1ª ed.

CHRESTANI, M. A. D.; SANTOS, I. S.; MATIJASEVICH, A. M. Hipertensão arterial sistêmica auto-referida: validação diagnóstica em estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2395-2406, 2009. ISSN 1678-4464. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100010>> Acesso em: 14 maio 2022.

CHOR, D.; LIMA, C. R. A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1586-1594, 2005. ISSN 1678-4464. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000500033>> Acesso em: 15 maio 2022.

COSTA, G. D. et al. Avaliação em saúde: reflexões inscritas no paradigma sanitário contemporâneo. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 705-726, 2008. ISSN 1809-4481. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000400006>> Acesso em: 22 maio 2022.

DA SILVEIRA, G. S. et al. Prevalência de absenteísmo em consultas médicas em unidade básica de saúde do sul do Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1-7, 2018.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med** 1990; 114:1115-8.

ESPERIDIÃO, M.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1267-1276, 2006.

ESPERIDIÃO, M.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 303-312, 2005.

FAUSTO, M. C.R. et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 13-33, 2014. ISSN 0103-1104. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S003>> Acesso em: 23 maio 2022.

FIÓRIO, C. E. et al. Prevalência de hipertensão arterial em adultos no município de São Paulo e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 23, e200052, p. 1-13, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-549720200052>>. ISSN 1980-5497. Acesso em 15 maio 2022.

FONSECA, F. C. A. et al. A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 58, p. 128-134, 2009.

FREIRE, M. P. et al. Regulação do cuidado em redes de atenção: importância de novos arranjos tecnológicos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. e190682, 2020.

GIOVANELLA, L. et al. Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde?. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, p. e00178619, 2019.

GONÇALVES, G. Q.; MENICUCCI, T. M. G.; AMARAL, E. F. L. Diferencial educacional entre beneficiários e não beneficiários do Programa Bolsa Família. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 47, n. 165, p. 770-795, 2017. ISSN 1980-5314. Disponível

em: <<https://doi.org/10.1590/198053144297>> Acesso em: 18 maio 2022.

GONTIJO, T. L. et al. Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114 p. 741-752, 2017. ISSN 2358-2898. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201711406>> Acesso em: 6 maio 2022.

GONTIJO, M. F. et al. Uso de anti-hipertensivos e antidiabéticos por idosos: inquérito em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, p. 1337-1346, 2012.

GUILHERME, J. A.; MASSUDA, E. M.; YAMAGUCHI, M. U. Users and evaluation of health services satisfaction: study scientometric. **Journal of the Health Sciences Institute (JHSI)**, v. 34, n. 2, p. 93-97, 2016.

HEIMANN, L. S. et al. A Região Metropolitana de São Paulo e os desafios para a equidade em saúde. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 122-126, 2010.

KESSNER, D. M.; KALK, C. E.; SINGER, J. Assessing health quality: the case for tracers. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 288, n. 4, p. 189-94, 1973.

LEVORATO, C. D. et al. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 04, p. 1263-1274, 2014. ISSN 1678-4561. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.01242013>> Acesso em: 16 maio 2022.

LIMA-COSTA, M. F.; PEIXOTO, S. V.; FIRMO, J. O. A. Validade da hipertensão arterial auto-referida e seus determinantes (projeto Bambuí). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 637-642, 2004. ISSN 1518-8787. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000500004>> Acesso em: 16 maio 2022.

LOUVISON, M. C. P. Regionalização dos sistemas de saúde como resposta às desigualdades territoriais: um debate necessário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, supl. 2, p. e00116019, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311x00116019>> Acesso em: 24 fev. 2021.

LOUVISON, M. C. P. **Avaliação da atenção às condições crônicas em idosos: hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus como condições traçadoras**. 2011. Tese (Doutorado em Epidemiologia) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <[doi:10.11606/T.6.2011.tde-25072011-135103](https://doi.org/10.11606/T.6.2011.tde-25072011-135103)> Acesso em: 20 jan. 2021.

LOUVISON, M. C. P.; GONTIJO, T. L.; ROSA, T. E. C.; DRUMOND Jr, M.; BERNAL, R. T. I.; TANAKA, O. U. Análise do funcionamento da Atenção Primária à Saúde e acesso à Atenção Especializada: hipertensão arterial sistêmica como condição traçadora. In: CASTRO, C. P.; CAMPOS, G. W. S.; FERNANDES, J. A. (Org.) **Atenção primária e atenção especializada no SUS – análise das redes de cuidado em grandes cidades brasileiras**. São Paulo: Hucitec, 2021. 1. ed. p. 174-202.

MACHADO, N. P.; NOGUEIRA, L. T. Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de Fisioterapia. **Brazilian Journal of Physical Therapy** [online], v. 12, n. 5, p. 401-408, 2008.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Redes de atenção à saúde: rumo à integralidade. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 15-37, 2014.

MAGNABOSCO, P. **Qualidade de vida relacionada à saúde do indivíduo com hipertensão arterial integrante de um grupo de convivência**. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007. Disponível em: <doi:10.11606/D.22.2007.tde-05102007-095321.> Acesso em: 15 maio 2022.

MALTA, D. C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 1, 4s, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000090.> Acesso em: 28 jan. 2021

MALTA, D. C.; GONÇALVES, R. P. F.; MACHADO, I. E.; FREITAS, M. I. F.; AZEREDO, C.; SZWARCOWALD, C. L. et al. Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos. Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 21, sup. 1, p. E180021, 2018.

MALTA, D. C. et al. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 22, p. e190030, 2019. ISSN 1980-5497. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190030.> Acesso em: 29 Jun. 2022.

MARINHO, F.; PASSOS, V. M. A.; FRANÇA, E. B. Novo século, novos desafios: mudança no perfil da carga de doença no Brasil de 1990 a 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 25, p. 713-724, dez. 2016.

MARQUES, M. C. C.; MARIM, F. A.; GUERRA, V. A. PMAQ-AB e a voz dos usuários: o que nos dizem sobre a Atenção Básica. In: AKERMAN, M.; SANINE, P. R.; CACCIA-BAVA, M. C. G.; MARIM, F. A.; LOUVISON, M.; HIROOKA, L. B.; MORAIS, C. K.; MARQUES, M. C. C. (Org.) **Atenção Básica é o caminho!** Desmontes, Resistências e Compromissos: contribuições das Universidades Brasileiras para a avaliação e pesquisa na APS, Perspectivas: Avaliação e cuidado em APS. 1. ed. São Paulo: HUCITEC, 2020, p. 143-160.

MEHTA, K. M. et al. Black and white differences in cognitive function test scores? What explains the difference? **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 52, n. 12, p. 2120-2127, 2004.

MENDES, A. C. G. et al. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2903-2912, 2017. ISSN 1678-4561. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100007.> Acesso em: 22 maio 2022.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. ISBN: 978-85-7967-075-6.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il. ISBN: 978-85-7967-078-7.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. ISSN 1678-4561. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>> Acesso em: 20 maio 2022.

MIRJALILI, H. et al. Proportion and mortality of Iranian diabetes mellitus, chronic kidney disease, hypertension and cardiovascular disease patients with COVID-19: a meta-analysis. **Journal of Diabetes & Metabolic Disorders** [online], v. 20, n. 1, p. 905-917, 2021.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1419-1440, 2010.

MORAES, V. D.; MACHADO, C. V. O Programa Bolsa Família e as condicionalidades de saúde: desafios da coordenação intergovernamental e intersetorial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. e. 3, p. 129-143, 2017. ISSN 2358-2898. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042017S310>> Acesso em: 18 maio 2022.

MORENOFF, J. D. et al. Understanding social disparities in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control: The role of neighborhood context. **Social Science & Medicine**, v. 65, n. 9, p. 1853-1866, 2007.

NILSON, E. A. F. et al. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Revista Panamericana de Salud Pública** [online], v. 44, e32. Disponível em: <<https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.32>>. Acesso em: 15 Jun 2022.

OLIVEIRA, B. L. C. A.; THOMAZ, E. B. A. F.; SILVA, R. A. Associação da cor/raça aos indicadores de saúde para idosos no Brasil: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2008). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p.1438-1452, 2014.

OPAS/OMS. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. Alma-Ata: OMS, 1978. Disponível em: <<https://opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/>>. Acesso em: 01 maio 2022.

PAES, N. A. et al. Satisfação dos usuários hipertensos com os serviços da rede de atenção primária no Brasil: um estudo de validação. **Revista Panamericana de Salud Pública** [online], v. 36, n. 2, p. 87-93, 2014.

PEREZ, L. G. et al. Professional and community satisfaction with the Brazilian family health strategy. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 403-413, 2013. ISSN 1518-8787. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034->

8910.2013047003868.> Acesso em: 22 maio 2022.

PIERIN, A. M. G. et al. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1389-1400, 2011. ISSN 1678-4561. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700074>> Acesso em: 16 maio 2022.

PINTO, C. B. S. et al. A provisão de medicamentos pelo “Saúde Não Tem Preço” em municípios prioritários para o Plano Brasil Sem Miséria em Mato Grosso do Sul. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 01, p. e280106, 2018. ISSN 1809-4481. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280106>> Acesso em: 20 Jul 2022.

PROTASIO, A. P. L.; CIOL, M. A.; GOMES, L. B.; MACHADO, L. S.; VALENÇA, A. M. G. O que os usuários têm a dizer sobre a atenção básica? Olhares produzidos a partir do PMAQ-AB. In: AKERMAN, M.; SANINE, P. R.; CACCIA-BAVA, M. C. G.; MARIM, F. A.; LOUVISON, M.; HIROOKA, L. B.; MORAIS, C. K.; MARQUES, M. C. C. (Org.) **Atenção Básica é o caminho!** Desmontes, Resistências e Compromissos: contribuições das Universidades Brasileiras para a avaliação e pesquisa na APS, Perspectivas: Avaliação e cuidado em APS. 1. ed. São Paulo: HUCITEC, 2020, p. 125-142.

PROTASIO, A. P. L. et al. Satisfação do usuário da Atenção Básica em Saúde por regiões do Brasil: 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 1829-1844, 2017.

REDE APS. Rede de Pesquisa em APS (org.). **Bases para uma Atenção Primária à Saúde integral, resolutiva, territorial e comunitária no SUS:** aspectos críticos e proposições. Brasília, DF: Organização Pan-americana de Saúde, Rio de Janeiro: Abrasco; 2022. E-book. 111p.

SANINE, P. R. et al. Influência da gestão municipal na organização da atenção à saúde da criança em serviços de atenção primária do interior de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, p. e00242219, 2021.

SANINE, P. R.; PAGANINI, L. A.; LOUVISON, M. C. P.; MARIN, F. A.; SILVA, L. I. F.; WIJK, M. C. G. Para além da certificação ministerial: como gestores e profissionais de saúde podem utilizar os dados do PMAQ-AB para qualificar as linhas de cuidado. In: AKERMAN, M.; SANINE, P. R.; CACCIA-BAVA, M. C. G.; MARIM, F. A.; LOUVISON, M.; HIROOKA, L. B.; MORAIS, C. K.; MARQUES, M. C. C. (Org.) **Atenção Básica é o caminho!** Desmontes, resistências e compromissos. Contribuições das Universidades Brasileiras para a avaliação e pesquisa na APS. A resposta do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenç Bás (PMAQ-AB) para a avaliação da APS. 1ed. São Paulo: HUCITEC, 2020, p. 208-244.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. **Linha de cuidado hipertensão arterial sistêmica: manejo na unidade de saúde.** Organizado por Fátima Palmeira Bombarda e Fabiana da Mota Peroni. São Paulo: SES/SP, 2018. 2 ed. 112 p.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Linha de cuidado à pessoa com hipertensão arterial sistêmica**, v. 1, Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2019. Disponível em:

<<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/atencao-basica/linha-de-cuidado-ab-aps/linha-de-cuidado-a-pessoa-com-hipertensao-arterial-sistemica>.> Acesso em: 10 maio 2021.

SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 10, p. 25-41, 2006.

SANTOS, J. A. F. Classe social, território e desigualdade de saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 556-572, 2018.

SEIXAS, C. T. et al. A crise como potência: os cuidados de proximidade e a epidemia pela Covid-19. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 25, supl.1, p. e200379 2020.

SELEM, S. S. A. C. et al. Validade da hipertensão autorreferida associa-se inversamente com escolaridade em brasileiros. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 100, n. 1, p. 52-59, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2012005000119>.> Acesso em: 16 maio 2022.

SETA, M. H., OCKÉ-REIS, C. O.; RAMOS, A. L. P. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 3781-3786, 2021.

SILVA, A. et al. Iniquidades raciais e envelhecimento: análise da coorte 2010 do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, Supl. 02, 2018. ISSN 1980-5497. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-549720180004.supl.2>.> Acesso em: 15 maio 2022.

SILVA, C. S. O. et al. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4407-4415, 2014. ISSN 1678-4561. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.14122013>.> Acesso em: 6 maio 2022.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011. ISSN 1678-4561. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600014>.> Acesso em: 30 jun. 2022.

SILVA, S. F. **Pacto pela Saúde e rede regionalizadas de atenção**: diretrizes operacionais para implantação. In: Silva SF, organizador. **Redes de Atenção à Saúde no SUS**. Campinas, SP: Idisa, Conasems; 2008.

SILVA, S. F. et al. (org). **Redes de atenção à saúde**: desafios da regionalização no SUS. Campinas, SP: Saberes, 2013. 249p, 2ª. ed. ISBN 9788562844416.

SILVA, H. M.; PEREIRA, R. S.; GRITZ, R. A.; SIMÕES, A.; PORTO, F. A. Projection of hospitalization by COVID-19 in Brazil following different social distances policies. **medRxiv**. 2020. PrePrint. Disponível em: <<https://doi.org/10.1101/2020.04.26.20080143>> Acesso em: 02 out. 2021.

SILVA, S. S. B. E.; OLIVEIRA, S. F. S. B.; PIERIN, A. M. G. The control of hypertension in men and women: a comparative analysis. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 50-58, 2016. ISSN 1980-220X. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000100007>.> Acesso em: 16 maio 2022.

SOARES, L. S.; JUNQUEIRA, M. A. B. A percepção sobre o acesso avançado em uma unidade unidade-escola de atenção básica à saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, DF, v. 46, n.01, e031 2022.

SOUSA, A. N. A. e SHIMIZU, H. E. Como os brasileiros acessam a Atenção Básica em Saúde: evolução e adversidades no período recente (2012-2018). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 08, p. 2981-2995, 2021.

SCHMIDT, M. I. et al. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, p. 74-82, 2009.

SPEDO, S. M.; PINTO, N. R. S.; TANAKA, O. Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 953-972, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: <<Http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/ue000039.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2021.

STARFIELD, B.; XU, J.; SHI, L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **The Journal of Family Practice**, Newark, v. 50, n. 2, p.161-175, 2001.

SZWARCWALD, C. L. et al. Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde, 2003. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, supl. 1, p. s11-s22, 2005.

TANAKA, O. Y. et al. Hipertensão arterial como condição traçadora para avaliação do acesso na atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 963–972, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.07312017>.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: EDUSP/OPS, 2004.

TRAVERSO-YÉPEZ, M.; MORAIS, N. A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 80-88, 2004.

VENANCIO, S. I. et al. Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes mellitus: implementação da Linha de Cuidado em uma Região de Saúde do estado de São Paulo, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 113-135, mar. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000100008>.

WHO - World Health Organization. **Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020**. Geneva: World Health Organization; 2013. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/> Acesso em: 12 jun. 2022.

ANEXOS



Maria do Carmo Gouveia Wiik

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/9225625761600230>

ID Lattes: **9225625761600230**

Última atualização do currículo em 27/05/2022

Graduada em Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Monitora de Curso Básico de Regulação em Saúde no Curso de verão da Faculdade de Saúde Pública da USP (2018); Monitora de Gestão Pública e Privada no curso de Graduação em Saúde Pública da FSP/USP (2017); Monitora de Avaliação em Saúde no curso de Graduação em Saúde Pública da FSP/USP (2017); Monitora de Instrumentos de Regulação na Assistência à Saúde e Controle das Relações Intersetoriais no curso de Graduação em Saúde Pública da FSP/USP (2017); Monitora de Curso Básico de Regulação em Saúde no Curso de verão da Faculdade de Saúde Pública da USP (2017); Monitora de Atividades Integradas V no curso de Graduação em Saúde Pública da FSP/USP (2016); Monitora de Uso de Informações em Saúde para a Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde no curso de Graduação em Saúde Pública da FSP/USP (2016); Monitora de Instrumentos de Regulação na Assistência à Saúde e Controle das Relações Intersetoriais no curso de Graduação em Saúde Pública da FSP/USP (2016). Experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Maria do Carmo Gouveia Wiik
Nome em citações bibliográficas	WIIK, M. C. G.
Lattes iD	http://lattes.cnpq.br/9225625761600230

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2019	Mestrado em andamento em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Atenção básica no cuidado à Hipertensão Arterial Sistêmica: a voz dos usuários do SUS. Orientador: Marília Cristina Prado Louvison. Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil. Palavras-chave: Avaliação da Atenção às condições crônicas; Hipertensão Arterial Sistêmica; Políticas Públicas. Grande área: Ciências da Saúde Setores de atividade: Atividades de atenção à saúde humana.
2014 - 2018	Graduação em Saúde Pública. Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
1995 - 1998	Ensino Médio (2º grau). Colégio Presidente Dutra (MA), CPD, Brasil.

Formação Complementar

2017 - 2017	Introdução à Vigilância Sanitária. (Carga horária: 100h). Escola Nacional de Administração Pública, ENAP, Brasil.
2015 - 2015	Extensão universitária em Laboratório em Saúde Internacional. (Carga horária: 180h). Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
2015 - 2015	Biossegurança Laboratorial. (Carga horária: 6h). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, FMUSP, Brasil.
2014 - 2014	



Marilia Cristina Prado Louvison

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/4532645395293280>

ID Lattes: **4532645395293280**

Última atualização do currículo em 15/05/2022

Professora Doutora da Faculdade de Saúde Pública da USP. Médica Sanitarista com residência em Medicina Preventiva e Social pela Escola Paulista de Medicina, Mestre e Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Pesquisadora e professora do Departamento de Política, Gestão e Saúde da FSP USP, atuando em Política, Planejamento e Gestão no campo da saúde coletiva, com ênfase em Regulação, regiões e redes de atenção à saúde; Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde; Envelhecimento e saúde pública; Políticas públicas de saúde e participação social. Orientadora do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da FSP USP. Coordenadora da Comissão Organizadora do Curso de Bacharelado em Saúde Pública da FSP USP. Vice presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva e Ponto focal do Centro Internacional de Longevidade Brasil em "políticas de envelhecimento ativo e estratégias amigas de todas as idades". **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Marilia Cristina Prado Louvison
Nome em citações bibliográficas	LOUVISON, M. C. P.; Louvison, Marília Cristina Prado; LOUVISON, MARILIA; LOUVISON, MARÍLIA C. P.; LOUVISON, MARILIA CRISTINA PRADO; LOUVISON, MARÍLIA
Lattes iD	http://lattes.cnpq.br/4532645395293280
Orcid iD	https://orcid.org/0000-0003-1630-3463

Endereço

Endereço Profissional	Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Departamento de Prática em Saúde Pública. Av Dr Arnaldo 715 Pacaembu 01246904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30617718 URL da Homepage: www.fsp.usp.br
------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Formação acadêmica/titulação

2006 - 2011	Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Faculdade de Saúde Pública da USP, FSP/USP, Brasil. Título: Avaliação da atenção às condições crônicas em idosos: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus como condições traçadoras, Ano de obtenção: 2012. Orientador: Maria Lúcia Lebrão.
2004 - 2006	Mestrado em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, FSP-USP, Brasil. Título: Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde pela população idosa do município de São Paulo, Ano de Obtenção: 2006. Orientador: Maria Lúcia Lebrão.
1986 - 1987	Palavras-chave: epidemiologia de serviços de saúde; desigualdades em saúde; modelo de atenção em saúde do idoso. Especialização - Residência médica. Escola Paulista de Medicina, EPM, Brasil. Residência médica em: Medicina Preventiva e Social
1980 - 1985	Número do registro: . Graduação em Medicina. Escola Paulista de Medicina, EPM, Brasil.
1977 - 1979	Ensino Médio (2º grau). Escola Estadual de Segundo Grau de São Paulo, EESGSP, Brasil.
1969 - 1976	Ensino Fundamental (1º grau). Externato Nossa Senhora Menina, ENSM, Brasil.