UNIVERSIDADE FEDERAL DE CATALÃO (UFCAT)
CENTRO DE GESTÃO E NEGÓCIOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM GESTÃO ORGANIZACIONAL

FERNANDO SILVA DE OLIVEIRA

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE HIPERTENSÃO NO MUNICÍPIO DE CATALÃO: CONSTRUÇÃO DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO COM A UTILIZAÇÃO DA TRIAGEM, DIAGNÓSTICO E CONTRA REFERÊNCIA

CATALÃO(GO)
2023

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
UNIDADE ACADÊMICA ESPECIAL DE GESTÃO E NEGÓCIOS

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO (TECA) PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES

E DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei 9.610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo das Teses e Dissertações disponibilizado na BDTD/UFG é de responsabilidade exclusiva do autor. Ao encaminhar o produto final, o autor(a) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

1. Identificação do material bibliográfico

[**X**] Dissertação [ ] Tese [ ] Outro*:_____

*No caso de mestrado/doutorado profissional, indique o formato do Trabalho de Conclusão de Curso, permitido no documento de área, correspondente ao programa de pós-graduação, orientado pela legislação vigente da CAPES.

Exemplos: Estudo de caso ou Revisão sistemática ou outros formatos.

2. Nome completo do autor

Fernando Silva de Oliveira

3. Título do trabalho

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE HIPERTENSÃO NO MUNICÍPIO DE CATALÃO: CONSTRUÇÃO DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO COM A UTILIZAÇÃO DA TRIAGEM, DIAGNÓSTICO E CONTRA REFERÊNCIA

4. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador)

Concorda com a liberação total do documento [**X**] SIM [ ] NÃO[1]

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante:
a) consulta ao(à) autor(a) e ao(à) orientador(a);
b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo da tese ou dissertação.
O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.
Casos de embargo:
- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

Obs. Este termo deverá ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.

Documento assinado eletronicamente por **Luiz Almeida Da Silva**, **Professor do Magistério Superior**, em 13/02/2023, às 16:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **FERNANDO SILVA DE OLIVEIRA**, **Discente**, em 16/02/2023, às 17:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3526162** e o código CRC **21515225**.

Referência: Processo nº 23070.006230/2023-59 SEI nº 3526162

FERNANDO SILVA DE OLIVEIRA

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE HIPERTENSÃO NO MUNICÍPIO DE CATALÃO: CONSTRUÇÃO DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO COM A UTILIZAÇÃO DA TRIAGEM, DIAGNÓSTICO E CONTRA REFERÊNCIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Organizacional, do Centro de Gestão e Negócios, da Universidade Federal de Catalão (UFCAT), como requisito para a obtenção do título de Mestre em Gestão Organizacional.
Área de concentração: Gestão Organizacional.
Linha de Pesquisa: Indivíduo, Organização, Trabalho e Sociedade.
Orientador: Prof. Dr. Luiz Almeida da Silva

Catalão-GO

2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFCAT.

Oliveira, Fernando Silva de
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE HIPERTENSÃO NO MUNICÍPIO DE CATALÃO: CONSTRUÇÃO DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO COM A UTILIZAÇÃO DA TRIAGEM, DIAGNÓSTICO E CONTRA REFERÊNCIA / Fernando Silva de Oliveira. - 2023.
64, LXIV f.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Almeida da Silva.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Catalão, Centro de Gestão e Negócios, Catalão, Programa de Pós-Graduação em Gestão Organizacional, Catalão, 2023.
Bibliografia. Anexos.
Inclui abreviaturas, gráfico, tabelas.

1. Perfil Epidemiológico. 2. Itinerário Terapêutico. 3. Gestão Organizacional. 4. Hipertensão. I. Silva, Luiz Almeida da , orient. II. Título.

CDU 614

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

UNIDADE ACADÊMICA ESPECIAL DE GESTÃO E NEGÓCIOS

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Ata nº 04/2023 da sessão de Defesa de Dissertação de **Fernando Silva de Oliveira,** que confere o título de Mestre em Gestão Organizacional, na área de concentração em Gestão Organizacional.

Aos **seis** dias do mês de **fevereiro** do ano de **dois mil e vinte e três,** a partir das **treze** horas e **trinta** minutos, à distância, via webconferência, realizou-se a sessão pública de **Defesa** de Dissertação intitulada **"PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE HIPERTENSÃO NO MUNICÍPIO DE CATALÃO: CONSTRUÇÃO DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO COM A UTILIZAÇÃO DA TRIAGEM, DIAGNÓSTICO E CONTRA REFERÊNCIA".** Os trabalhos foram instalados pelo (a) Orientador (a), **Professor Doutor Luiz Almeida da Silva** (IBiotec/UFCAT) com a participação dos demais membros da Banca Examinadora: **Professor Doutor Alexandre de Assis Bueno** (IBiotec/UFCAT), membro titular interno e **Professor Doutor Sérgio Valverde Marques dos Santos** (UEMG), membro titular externo. A participação de todos os professores ocorreu via webconferência. Durante a arguição, os membros da banca **não** fizeram sugestão de alteração do título do trabalho. A Banca Examinadora reuniu-se em sessão secreta a fim de concluir o julgamento da Dissertação, tendo sido o (a) candidato(a) **aprovado (a)** pelos seus membros. Proclamados os resultados pelo (a) **Professor Doutor Luiz Almeida da Silva**, Presidente da Banca Examinadora, foram encerrados os trabalhos e, para constar, lavrou-se a presente ata que é assinada pelos Membros da Banca Examinadora, aos **seis** dias do mês de **fevereiro** do ano de **dois mil e vinte e três.**

TÍTULO SUGERIDO PELA BANCA

Documento assinado eletronicamente por **Luiz Almeida Da Silva**, **Professor do Magistério Superior**, em 06/02/2023, às 16:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Sergio Valverde Marques dos Santos**, **Usuário Externo**, em 06/02/2023, às 17:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Alexandre De Assis Bueno**, **Professor do Magistério Superior**, em 06/02/2023, às 17:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3508705** e o código CRC **8B47F02B**.

Referência: Processo nº 23070.006230/2023-59 SEI nº 3508705

Os Programas de Pós-Graduação *stricto sensu* que ainda estavam vinculados à Universidade Federal de Goiás (UFG) já foram migrados na CAPES para a Universidade Federal de Catalão (UFCAT). Entretanto, a UFCAT ainda utiliza o Sistema Eletrônico de Informação (SEI) da UFG. Por este motivo, no Termo de Ciência e de Autorização (TECA) e na Ata de Defesa ainda aparecem a informação e a logo da UFG.

Um olhar.

Eu tive uma namorada que via errado.

O que ela via não era uma garça na beira do rio.

O que ela via era um rio na beira de uma garça.

Ela despraticava as normas.

Dizia que seu avesso era mais visível do que um poste.

Com ela as coisas tinham que mudar de comportamento.

Aliás, a moça me contou uma vez que tinha

encontros diários com suas contradições.

Acho que essa frequência nos desencontros

ajudava o seu ver oblíquo.

Falou por acréscimo que ela não

contemplava as paisagens.

Que eram as paisagens que a contemplavam.

Chegou de ir no oculista.

Não era um defeito físico falou o diagnóstico.

Induziu que poderia ser uma disfunção da alma.

Mas ela falou que a ciência não tem lógica.

Porque viver não tem lógica – como diria nossa Lispector.

Veja isto: Rimbaud botou a beleza nos olhos e

viu que a beleza é amarga. Tem Lógica?

Também ela quis trocar por duas andorinhas

os urubus que avoavam no Ocaso de seu avô.

O Ocaso do seu avô tinha virado

uma praga de urubu.

Ela queria trocar porque as andorinhas

eram amoráveis e os urubus eram carniceiros.

Ela não tinha certeza se essa troca podia ser feita.

O pai falou que verbalmente podia.

Que era só despraticar as normas.

Achei certo.

Manoel de Barros.

AGRADECIMENTOS

- ✓ A Deus, nosso Pai Maior;
- ✓ À minha família nuclear: meus pais e irmãos; minha companheira e meu pequeno;
- ✓ À minha família maior, consanguíneos e/ou de coração;
- ✓ Aos mestres que me acompanham em minha jornada acadêmica, desde os primórdios dela;
- ✓ À UFCAT, pela oportunidade do mestrado em tempos sombrios de pandemia;
- ✓ Aos Professores Luiz, Alexandre e Renata;
- ✓ À Secretaria Municipal de Saúde de Catalão;
- ✓ À equipe da UPA;
- ✓ Aos amigos de hoje e sempre.

RESUMO

Introdução: A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) está em ascensão por todo o mundo, sendo considerada um importante problema de Saúde Pública. Por ser uma doença crônica, possui características complexas em seu manejo e, por isso, requer cuidado contínuo. **Objetivo:** Traçar o perfil sociodemográfico dos usuários atendidos na Unidade de Pronto Atendimento de Catalão (UPA), GO com a classificação I10, HAS primária, no Classificação Internacional de Doenças 10. **Método:** Estudo descritivo, quantitativo, realizado por meio do acesso aos prontuários dos usuários hipertensos atendidos na UPA no ano de 2019 e 2020, totalizando um quantitativo de 1943 usuários. **Resultados:** Observou-se maior prevalência de hipertensão no sexo feminino quando comparado ao sexo masculino, tanto em mulheres jovens quanto em mulheres idosas (≤ 60 anos: 51,8% e > 60 anos: 54% versus: ≤ 60 anos: 48,2% e > 60anos: 46%, respectivamente); em contrapartida, o sexo masculino apresentou maior mediana dos níveis pressóricos quando comparados ao sexo feminino:140/81mmHg versus 142/88 mmHg, respectivamente. A mediana da Pressão Sistólica (PS) foi de 141, com percentil 25 de 129, o que demonstra que 75% da população possui PS acima de 129mmHg e 25% da população possui PS acima de 160mmHg, quando analisado o percentil 75. Quando analisada a Pressão Diastólica a mediana foi de 85, com percentil 25 de 76, o que demonstra que 75% da população possui PS acima de 76mmHg e 25% da população possui PS acima de 98mmHg, quando analisado o percentil 75. **Conclusão:** O atendimento de casos de hipertensão na unidade apresentou tendência de crescimento no ano de 2019, no ano de 2020 voltou a crescer após o início pandêmico, o que denota que ações estratégicas precisam ser estabelecidas. A implementação de um Itinerário Terapêutico como uma política pública está envolta no desafio de transformar ideias e dados em ações e resultados
Palavras-chave: Hipertensão, Perfil Epidemiológico, Itinerário Terapêutico, Gestão Organizacional.

ABSTRACT

Introduction: High Blood Pressure (HBP) is on the rise all over the world, being considered an important public health problem. It is a chronic disease, that has complex characteristics in its management and, therefore, requires continuous care. **Objective:** Trace the sociodemographic profile of users assisted at the Catalão Emergency Unit (UPA), GO with classification I10, primary HBP, in CID 10. **Method:** Descriptive, quantitative study, carried out through access to the medical records of hypertensive users attended at the UPA in 2019 and 2020, totaling a number of 1943 users. **Results:** There was a higher prevalence of hypertension in females when compared to males, both in young women and in elderly women: ≤ 60 years: 51.8% and > 60 years: 54% versus: ≤ 60 years: 48, 2% and > 60 years: 46%) respectively; on the other hand, males had higher median blood pressure levels when compared to females: (140/81mmHg versus 142/88 mmHg) respectively. the median BP was 141, with a 25th percentile of 129, which shows that 75% of the population has systolic pressure (SP) above 129mmHg and 25% of the population has a BP above 160mmHg, when analyzing the 75th percentile. analyzing the PD, the median was 85, with a 25th percentile of 76, which shows that 75% of the population has systolic pressure (SP) above 76mmHg and 25% of the population has a BP above 98mmHg, when analyzing the 75th percentile. **Conclusion:** The care of cases of hypertension in the unit showed a growth trend in 2019, in 2020 it grew again after the start of the pandemic, which denotes that strategic actions need to be established. The implementation of IT as a public policy is involved in the challenge of transforming ideas and data into actions and results.
Keywords: Hypertension, Epidemiological Profile, Therapeutic Itinerary, Organizational Management.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1. Classificação dos níveis de hipertensão arterial segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia. Catalão - Go, 2022..... 18

Figura 1- Mapa das regiões de saúde do Estado de Goiás, com identificação da Regional Estrada de Ferro (Rosa), tendo como referência, o município de Catalão. Catalão - Go, 2022..... 23

Quadro 2. Distribuição de usuários hipertensos, CID I10, atendidos na UPA Catalão em 2019 e 2020. Catalão - Go, 2022..... 27

Figura 2. Distribuição dos usuários hipertensos, CID I10, com pesquisa via prontuários impressos, atendidos na UPA Catalão em 2019 e 2020. Catalão - Go, 2022..... 27

Tabela 1. Quantidade total de atendimentos, de usuários hipertensos, CID I10, com pesquisa via e-sus e prontuários impressos, e percentual de hipertensos atendidos na UPA Catalão em 2019. Catalão - Go, 2022..... 28

Tabela 2. Quantidade total de atendimentos, de usuários hipertensos, CID I10, com pesquisa via e-sus e prontuários impressos, e percentual de hipertensos atendidos na UPA Catalão em 2020. Catalão - Go, 2022..... 29

Tabela 3. Análise da diferença entre os registros da pesquisa via e-sus e prontuários impressos, e percentual dessa diferença nos dados de 2019 e 2020. Catalão - Go, 2022..... 30

Quadro 3. Identificação do espaço demográfico dos participantes da pesquisa. Catalão - Go, 2022..... 32

Tabela 4. Distribuição descritiva das variáveis segundo pressão sistólica, diastólica, pressão arterial média e idade. Catalão - Go, 2022..... 32

Tabela 5. Distribuição descritiva da variável sexo segundo as variáveis pressão sistólica, diastólica e idade. Catalão - Go, 2022..... 33

Tabela 6. Distribuição descritiva da variável sexo segundo a variável idade categorizada em duas classes. Catalão - Go, 2022..... 33

Quadro 5: Distribuição dos casos de hipertensão segundo vinculação à UBSF. Catalão – Go, 2022..... 34

Figura 3 – Processo Completo da Linha de Cuidado do Adulto com HAS. Catalão -Go, 2022..... 37

Figura 4. Fluxo para mensuração e classificação da hipertensão. Catalão - Go, 2022..... 38

Figura 5. Fluxo para atendimento e tratamento de usuários hipertensos segundo a Diretriz Brasileira de Hipertensão. Catalão – Go, 2022..... 38

Figura 6. Fluxograma para terapia medicamentosa segundo a Diretriz Brasileira de Hipertensão. Catalão - Go, 2022..... 40

SIGLAS E ABREVIATURAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CID	Código Internacional de Doenças
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DCV	Doença Cardiovascular
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
E-SUS	Sistema Eletrônico
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
IT	Itinerário terapêutico
LOA	Lesões de órgão-alvo
MAPA	Monitoramento Ambulatorial da Pressão Arterial
MRPA	Monitoramento Residencial da Pressão Arterial
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PS	Pronto Socorro
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SINAN	Sistema Nacional de Agravos de Notificação Compulsória
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda
SUS	Sistema Único de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UFCAT	Universidade Federal de Catalão
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO **13**

2. INTRODUÇÃO **15**

2.1 Justificativa 17

3. OBJETIVO **18**

3.1 Objetivo Geral 18

3.2 Objetivos Específicos 18

4. REFERENCIAL TEÓRICO **19**

4.1 Epidemiologia e Diretrizes da Hipertensão Arterial Sistêmica 19

4.2 Redes de atenção à saúde 21

4.3 Previne Brasil 22

4.4 Hipertensão, Itinerário terapêutico e a Gestão dos serviços de saúde 22

5. METODOLOGIA **24**

5.1 Tipo de Estudo 24

5.2 Local do estudo 24

5.3 Triagem de coleta de dados na UPA 25

5.4 Análise dos Dados 26

5.5 Aspectos éticos e legais 26

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO **27**

6.1 Primeiro Eixo 27

6.2 Segundo Eixo 33

6.3 Produto Técnico 37

6.3.1 Proposta de Itinerário Terapêutico 37

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS **44**

REFERÊNCIAS **45**

APÊNDICES E ANEXOS **50**

1. APRESENTAÇÃO

Minha vivência como profissional da saúde é recente, e por enquanto, ainda ocupa um pequeno espaço nas diversas trajetórias que tracei durante minha vida. Antes de ser médico tive outras profissões, outras formações e não sabia a nomenclatura certa para diversos desafios no cuidado com o ser humano e na saúde pública.

De uma formação inicial menos humanística, trouxe algumas lacunas de conhecimento e comportamento que são sanadas a cada minuto. Tenho aprendido outros comportamentos e outras formas de relacionar com as pessoas, e a cada experiência adentro em campos até conhecidos, mas nos quais não sei me expressar de forma adequada. Lembro que em minha primeira aula em uma das disciplinas do programa de mestrado em Gestão Organizacional falei para o professor que não sabia o que eram as Políticas Públicas. Logo eu, que desde o ensino médio carrego em minhas vivências mais de 20 anos de refeições em Restaurantes Universitários (RU), ora no então Centro Federal de Educação Tecnológica (CEFET/Goiânia); Universidade Federal de Goiânia (UFG),; Universidade de São Paulo (USP), em Ribeirão Preto; Universidade Federal de Uberlândia (UFU); e atualmente na Universidade Federal de Catalão (UFCAT), nessa sem RU, mas com conversas virtuais bastante proveitosas com professores e colegas. Durante esses almoços discutíamos a transição do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (FUNDEF) para o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (FUNDEB), a criação da Base Nacional Curricular Comum (BNCC), o surgimento e a transformação do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM), Reestruturação e Expansão das Universidades (REUNI), a Lei de Cotas, sistema de financiamento das Universidades Estaduais Paulistas (UNESP), Ciência sem Fronteiras, Bolsas de Pesquisa, Programa Jovens Talentos, criação do Programa de Educação Tutorial (PET), Programas de Iniciação Científica, Programa Melhor em Casa, Lei do aborto.- Nº da lei ??, Estratégia de Saúde da família (PSF), Programa Nacional de Imunização – (PNI) e suas constantes atualizações, protocolos de morte encefálica para doação de órgãos, programa de adesão ao tratamento de nome da sigla (HIV/AIDS), Farmácia Popular, Programa Nacional de Controle ao Tabagismo e o Hiperdia, dentre outros. E só durante aquela disciplina consegui perceber que eu sabia sim o que era uma política pública, só não sabia dar nome a elas.

Durante o tempo envolvido com o mestrado, que coincide com o tempo em que atuo como médico, aprendi a nomear muitas coisas, de acordo com as nomenclaturas políticas,

coloquiais – “mediquês”, “catalanês” –, e a partir da união dessas nomenclaturas, percebi a importância de uma política como o Hiperdia aplicada ao trabalhador que chega à Unidade de Saúde com quadro de pico hipertensivo, sintomático ou não, e que não possui nenhum diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Percebi que a trajetória a ser percorrida é longa e que o estudo sistematizado no meio acadêmico, nas “novas mesas de RU” que me sento, continua tendo um papel importante nas minhas tomadas de decisões, principalmente se este estudo puder ser aplicado e testado de forma efetiva nas vivências práticas de todos nós, preferencialmente por meio de uma política pública.

Finalizando a apresentação, falo um pouco sobre os parágrafos que serão lidos adiante. Neles constam muito pouco do aprendizado dos últimos 04 anos e dizem respeito ao que são as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) – a HAS em especial–; de algumas políticas públicas de saúde e uma parte do que vi e percebi em minhas atividades laborais no município de Catalão; da vivência dos que procuram o serviço de saúde na condição de hipertensos, e claro, um pouco da vivência do serviço de saúde em um período pandêmico.

Boa leitura!

2. INTRODUÇÃO

As DCNT lideram as causas de morte e injúrias à saúde, sendo atualmente responsáveis por 70% das mortes no mundo (WHO, 2015; LOZANO et al, 2012; WALLACE et al, 2015). Em 2012, elas foram responsáveis por 38 milhões de mortes, cuja projeção é de 52 milhões para 2030, o que significa aumento considerável de adultos diagnosticados com DCNT (BECKER; HEIDEMANN, 2020).

A prevalência de algumas dessas doenças eleva-se a partir dos 60 anos, principalmente em países subdesenvolvidos, destacando-se: as doenças osteoarticulares, as Doenças Cardiovasculares (DCV), o diabetes mellitus (DM), a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), a doença cerebrovascular e o câncer (CAMPOLINA, 2013). Dados nacionais apontam que as DCNT respondem por 66,3% da carga de doença, enquanto as doenças infecciosas, por 23,5%, e causas externas, por 10,2% (SCHRAMM, 2004). Essa alteração no perfil de morbimortalidade corrobora o estudo: “Transição da morbimortalidade no Brasil: um desafio aos 30 anos do SUS” produzido por Martins (MARTINS, 2021).

Dentre as DCV, a HAS é uma DCNT definida pelos seguintes níveis pressóricos: Pressão Arterial Sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou Pressão Arterial Diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg, aferida com a técnica correta, em pelo menos duas ocasiões diferentes. Trata-se de uma condição multifatorial, que depende de fatores genéticos/epigenéticos, ambientais e sociais, sendo que nos fatores sociais encontramos a ocupação/emprego como fator modificador da história natural da evolução da HAS (BARROSO et al, 2020).

Percebemos também que existe uma relação contínua, linear, entre HAS, o risco de Acidente Vascular Encefálico (AVE) e o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Estudos internacionais mostraram que houve aumento substancial nas taxas de PAS (≥140 mmHg) entre os anos de 1990 e 2015, com conhecidos efeitos sobre a expectativa de vida saudável e o número de mortes, tendo como causa base a HAS. O estudo europeu INTERHEART estimou que 22% dos IAM na Europa estão relacionados à HAS, o que é quase o dobro de risco quando comparado com pessoas normotensas (TIMMIS et al, 2020).

Estudos realizados em outros países, tais como Estados Unidos e Reino Unido, mostram que, em diferentes situações, a eliminação de doenças crônicas poderia levar a importantes ganhos em expectativa de vida livre da incapacidade (PERENBOOM; VAN OYEN; MUTAFOVA, 2003; HAYWARD; CRIMMINS; SAITO, 1998). Nos Estados Unidos, a eliminação da mortalidade por doença cardíaca resultaria em ganhos na expectativa de vida

(três anos para homens e quatro anos para mulheres acima dos 70 anos). No entanto, o controle ou a eliminação das doenças cardiovasculares nos indivíduos de idade mais avançada poderia levar a adição de mais anos na expectativa de vida, porém, anos pautados pela incapacidade de cuidar de si próprio, ou seja, redução da capacidade de autocuidado (HAYWARD; CRIMMINS; SAITO, 1998).

Fuchs e Wheltn (2020) listaram as principais consequências precoces e tardias da elevação crônica da PA, sendo Acidente Vascular Encefálico (AVE), DCV, Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) e morte cardiovascular as principais consequências precoces e que, juntas, são responsáveis por aumentos importantes nos gastos do sistema de saúde e diminuição importante da expectativa de vida saudável.

Lima et al (2021) fizeram uma análise dos custos e internações por Acidente Vascular Cerebral (AVC) no nordeste do Brasil, entre 2008 e 2019, e perceberam que no período analisado houve um aumento de 124,2% das internações anuais; tendo aumentado também o custo de cada internação e dos dias de permanência no hospital.

Silva, Vila e Ribeiro (2013) mostraram uma dicotomia entre a efetiva empregabilidade das políticas públicas no processo de cuidado e reabilitação das pessoas que sobreviveram ao AVC e a realidade vivenciada por essas pessoas e seus familiares, corroborando a importância da prevenção primária e secundária para as DCNT.

Assim, percebemos que o controle ou mesmo a eliminação das doenças crônicas é o próximo passo a ser alcançado na atual fase da transição demográfica em que estamos. Para isso, existem vários instrumentos de avaliação de qualidade de vida que relacionam à análise de condições gerais da qualidade de vida enfatizando fatores: a) físicos (dor, fadiga, capacidades e limitações); b) psicológicos (percepção do estado de saúde, depressão, autoestima, ansiedade e imagem corporal); c) sociais (apoio familiar e social, limitações impostas pela sociedade e as relações interpessoais); d) nível de independência (mobilidade, atividades cotidianas, capacidade para o trabalho) e, e) noções sobre o bem-estar (corporal, emocional, mental e vitalidade) (GORDIA et al, 2011, p. 50; BRASIL, 2021). Todas essas avaliações tem como objetivo final construir indicadores que nos mostrem onde priorizar, no período pré-patogênico de cada condição de saúde, para que, assim, possam ampliar a expectativa de vida saudável do ser humano.

Saber reconhecer as demandas de cuidados nesse período é um grande desafio decorrente do atual processo de transição demográfica. Por haver uma mudança na estrutura etária da população, o olhar sobre as políticas que antes eram voltadas para uma população

jovem precisa ser adaptado para suprir as necessidades de uma população predominantemente mais velha. Caso isto não aconteça, a eficiência de políticas públicas, dentre elas as de saúde, pode se tornar irrisória (BRITO, 2007; CAETANO et al, 2016).

2.1 Justificativa

Nesse contexto de transição demográfica das DCNT, em específico da HAS em seus níveis primário, secundário e terciário de prevenção, realizou-se uma pesquisa norteada perante as seguintes questões: Qual o perfil do paciente hipertenso atendido na Unidade de Pronto Atendimento de Catalão (UPA)? Qual o contexto sociodemográfico do paciente hipertenso atendido na UPA? Qual o Itinerário Terapêutico (IT) percorrido pelo hipertenso atendido na UPA?

Catalão é o maior município da Região de Saúde da Estrada de Ferro, que é composta por 18 municípios: Anhanguera, Caldas Novas, Campo Alegre de Goiás, Catalão, Corumbaíba, Cumari, Davinópolis, Goiandira, Ipameri, Marzagão, Nova Aurora, Ouvidor, Palmelo, Pires do Rio, Rio Quente, Santa Cruz de Goiás, Três Ranchos e Urutaí, totalizando 312.218 habitantes. Entretanto, em nossa rotina nos serviços de saúde não foram encontrados dados oficiais sobre o envelhecimento da população, nem sobre o conhecimento, tratamento e controle da PA dos habitantes do município de Catalão e região.

A experiência adquirida durante a vivência profissional do autor em diferentes serviços de Pronto Socorro (PS) no município de Catalão despertou o interesse pelo tema. Durante esse período, várias foram as dificuldades na prática profissional quando em contato com o paciente, diagnosticado ou não com HAS, que procura esses serviços apresentando pico hipertensivo. Algumas dessas dificuldades estão relacionadas ao acompanhamento do paciente após as consultas ocorridas no contexto desses PS, outras relacionadas aos saberes dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre as condições de saúde a que estão submetidos.

A partir dos problemas levantados, no presente estudo trabalhou-se com a hipótese de que a maioria da população hipertensa do nosso município não consegue fazer a prevenção e o acompanhamento preconizados pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), reduzindo assim a expectativa de vida saudável e aumentando a demanda dos serviços de saúde em seus mais diferentes níveis de atenção. Partindo dessa premissa, elaborou-se um trabalho dividido em três eixos, que se encerra com a proposta de um IT ao paciente hipertenso atendido na UPA Catalão.

3. OBJETIVO GERAL

Identificar o perfil sociodemográfico dos usuários atendidos na Unidade de Pronto Atendimento de Catalão - GO com a classificação de hipertensão primária.

3.1 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico do paciente hipertenso atendido na UPA;
- Identificar o comportamento dos casos de HAS nos diferentes locais da cidade;
- Traçar um itinerário terapêutico para usuários hipertensos atendidos na UPA;
- Implementar um protocolo para seguimentos dos usuários hipertensos atendidos na UPA.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Epidemiologia e Diretrizes da Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão arterial é caracterizada pela elevação persistente da PA e é definida pelos seguintes valores pressóricos: PAS maior ou igual a 140 mmHg e/ou PAD maior ou igual a 90 mmHg, nos quais os benefícios do tratamento superam os seus riscos.

Segundo a SBC, conforme o quadro 1 abaixo, a HAS pode ser classificada da seguinte forma:

Classificação*	PAS (mHg)	PAD (mmHg)
PA ótima	< 120 e	< 80
PA normal	120-129 e/ou	80-84
Pré HA	130-139 e/ou	85-89
HA estágio 1	140-159 e/ou	90-99
HA estágio 2	160-179 e/ou	100-109
HA estágio 3	≥ 180 e/ou	≥ 110

HA: Hipertensão Arterial; PA: Pressão Arterial; PAS: Pressão Arterial Sistólica; PAD: Pressão Arterial Diastólica. *A classificação é definida de acordo com a PA no consultório e pelo nível mais elevado de PA, sistólica ou diastólica. **A HA sistólica isolada, caracterizada pela PAS ≥ 140 mmHg e PAD < 90 mmHg, é classificada em 1, 2 ou 3, de acordo com os valores da PAS nos intervalos indicados ***A HA diastólica isolada, caracterizada pela PAS < 140 mmHg e PAD ≥ 90 mmHg, é classificada em 1, 2 ou 3, de acordo com os valores da PAD nos intervalos indicados.

Quadro 1. Classificação dos níveis de hipertensão arterial segundo a SBC.

Barroso (2020) afirma que a HAS é uma condição multifatorial que envolve a interação de fatores genéticos/epigenéticos, ambientais e socioeconômicos. Por ser uma condição multifatorial torna a HAS uma doença extremamente complexa, que pode permitir alterar o caminho natural de sua evolução em diversos pontos de seu percurso.

Os fatores que influenciam no aumento da PA, e consequentemente o desenvolvimento da HAS, podem ser classificados como modificáveis e não modificáveis (SILVA et al, 2004), e neste segundo grupo observam-se como fatores: a idade, a genética, o sexo e a etnia. Dentre os fatores de risco modificáveis estão: o sobrepeso, a ingestão de sódio e potássio, o sedentarismo, o etilismo e fatores socioeconômicos (BARROSO et al, 2020).

A HAS é um problema de saúde pública mundial, responsável por cerca de 10,4 milhões de mortes anuais. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) estimam que, no

mundo, 1,28 bilhões de adultos com idade entre 30 e 79 anos sejam hipertensos (GBD, 2016; OMS, 2021).

Observa-se uma variação na prevalência global de pessoas com HAS sendo essa variância relacionada a questões socioeconômicas. Uma revisão sistemática que incluiu 1.494.609 adultos de 45 países de baixa e média renda, evidenciou uma prevalência de HAS de 32,3% (IC: 29,4 – 35,3), as prevalências mais altas foram observadas nos países da América Latina e região do Caribe 39,1% (IC: 33,1 – 45,2), ambos com 95% de confiança (SARKI et al, 2015).

Em nosso país, a HAS tem uma prevalência não muito bem descrita, variando conforme o estudo feito com tal finalidade. Considerando diferentes metodologias e estudos temos trabalhos que estimam uma prevalência de HAS entre 28,7% (IC:26,2 – 31,4) e 32,9% (IC: 29,9 – 36,0) (PICON et al, 2012). Em estudo realizado com 60.202 brasileiros, selecionados de todo o território nacional, pôde-se evidenciar que a prevalência de HAS apresentou percentual de 22,8 (IC: 22,1 –23,4), segundo registros da Pesquisa Nacional de Saúde (MALTA et al, 2018).

A Pesquisa Nacional sobre o Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), realizada com 41.433 participantes entre os anos de 2013 e 2014 estimou uma prevalência autorreferida de HAS de 23,7% (IC: 22,8 – 24,6) no Brasil (MENGUE et al, 2016).

Os estudos nacionais avaliados neste trabalho apontaram uma prevalência que variou entre 22,1% e 36,0%. Essa taxa de prevalência ficou pouco abaixo da levantada por Sarki et al (2015) em pesquisa com adultos dos 45 países de baixa e média renda que variou entre 29,4% e 45,2%.

Estudo realizado pela OMS identificou uma prevalência de 580 milhões de hipertensos que não possuíam o diagnóstico de HAS (OMS 2021). Frequentemente a HAS se apresenta como assintomática e quando não tratada ocasiona danos estruturais em órgãos-alvo, tais como o coração, vasos, cérebro e rins, sendo o principal fator de risco modificável para as doenças cardiovasculares, doença renal crônica e morte prematura (KAESS et al, 2012; ZHENG et al, 2015; TOWNSEND et al, 2015). Dentre esse grupo de doenças se destacam com maior prevalência de óbitos as DCV, responsáveis por cerca de 17,9 milhões de mortes em 2016 (GUIMARÃES et al, 2015).

Outro ponto de destaque sobre danos provocados pela HAS não controlada está nos custos em internações e tratamentos no SUS, e consequente diminuição da produtividade e da qualidade de vida das pessoas afetadas e de seus familiares. Estimativas apontam que no ano

de 2019, o custo total da HAS e da parte atribuível a ela nas DCV representou um valor estimado em R$ 1.278.497.824,40 do orçamento público total em saúde (PEREIRA, 2020; GUIMARÃES et al, 2015).

Observa-se uma melhora no controle da HAS em países de alta renda, ao mesmo tempo, observa-se uma discreta diminuição desse controle em países de baixa e média renda. Devido ao aumento na prevalência de adultos com elevação dos níveis pressóricos, dificilmente será alcançada a meta mundial de redução desta prevalência para 25%, até o ano de 2025, entre os países de baixa e média renda, conforme a recomendação da OMS (ZHOU et al, 2017; OMS, 2013; BAKER, 2018; ZHOU et al, 2019).

4.2. Redes de atenção à saúde

No Brasil, o atendimento ao usuário com HAS é realizado nos níveis de atenção primária, secundária e terciária, a depender principalmente dos valores de PA aferidos e da clínica apresentada pelos usuários da rede. No âmbito do SUS, em 2013, o MS publicou o Caderno de Atenção Básica para a Hipertensão Arterial Sistêmica, que orienta o cuidado integral ao usuário com HAS, através de atividades direcionadas que envolvem desde a promoção e prevenção de saúde, até o tratamento de complicações na alta complexidade (BRASIL, 2013).

Assim, a atenção ao usuário com HAS é dada por um fluxo assistencial extenso na rede de cuidado. Para além das ações preventivas, são desenvolvidas também na atenção primária, o rastreamento, o diagnóstico, o tratamento e o controle da hipertensão (BRASIL, 2013).

Em nível de atenção primária, o acesso é permeado pelas equipes multiprofissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), compostas minimamente por enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Nesse serviço, a adstrição do território é tida como estratégia central (BRASIL, 2011).

Essa estratégia possibilita aos gestores, usuários e profissionais do SUS a compreensão das variáveis que compõem o território e a dinâmica das populações. Possibilita também, a forma na qual os sujeitos (individual e coletivo) produzem e reproduzem socialmente as suas condições de existência, mostrando as iniquidades em saúde e as desigualdades sociais (GONDIM, 2012).

A adstrição dos usuários permeia a vinculação dos sujeitos a profissionais e equipes de saúde, de maneira que esses profissionais se tornem referência para o seu cuidado, garantindo a continuidade e resolutividade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2011).

Mesmo sendo uma das condições mais comuns enfrentadas pelas equipes da Atenção Básica (AB), nota-se que existem dificuldades em realizar o diagnóstico precoce, tratamento e controle da HAS nos usuários. Ademais, observa-se que os serviços de saúde da AB apresentam desafios ao apresentarem indicadores positivos relacionados a esse problema (BRASIL, 2013).

4.3. Previne Brasil

Em novembro de 2019 foi lançado pelo M S, uma nova política de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) – o Previne Brasil –, que almeja fortalecer os atributos da AP S (HARZHEIM, 2020). Este novo modelo de distribuição dos repasses das transferências de verbas? aos municípios é baseado em quatro componentes que visam induzir à responsabilização dos gestores e dos profissionais de saúde pelas pessoas assistidas. São eles: capacitação ponderada, incentivo para ações estratégicas, incentivo financeiro com base em critério populacional e pagamento por desempenho. Este último é medido pela avaliação de sete indicadores e o pagamento mensal a ser feito aos municípios passa a ser por desempenho, sendo o valor dos repasses dependente dos resultados obtidos por meio da avaliação de indicadores no trabalho da ESF e de AP (BRASIL, 2019).

Dentre os sete indicadores presentes na portaria, o sexto indicador a ser avaliado pelo programa Previne Brasil é “Proporção de pessoas com hipertensão arterial, com consulta e pressão arterial aferida no semestre”. Este indicador objetiva reconhecer o contato entre a pessoa com HAS e o serviço de saúde para atendimento e aferição da PA, possibilitando a avaliação do controle da HAS (BRASIL, 2019).

Com esse indicador ressalta-se a importância da abordagem multiprofissional no controle da HAS, realizada por toda a rede de saúde, dando prioridade à atenção primária, onde se espera a realização de um atendimento, integral e longitudinal, coordenado pela APS, além da valorização das orientações familiares, culturais e da competência cultural de cada indivíduo.

4.4. Hipertensão, itinerário terapêutico e a gestão dos serviços de saúde

Itinerário Terapêutico é o caminho percorrido pelos usuários quando buscam cuidados terapêuticos para seus problemas de saúde. A construção e o entendimento sobre o IT perpassam os valores puramente biológicos das patologias adentrando em campos da socioantropologia que levam em conta, além da patologia em si, aspectos da história pessoal do portador da condição e o processo sociocultural inserido na história natural da doença (ALVES; SOUZA, 1999).

Os atributos essenciais e derivados da APS, propostos por Barbara Starfied, 2002 são percebidos quando temos um IT construído de acordo com sua definição original, levando assim a melhoria da gestão dos recursos e serviços de saúde.

Adentrando no campo da socioantropologia da saúde, aspectos como a promoção, a prevenção, além dos biológicos, ganham importância e passam a fazer parte do cuidado, pois baseiam-se em uma concepção positiva de saúde e ampliam-se a noção de prevenção primária, almejando a plenitude da vida em seus mais amplos valores (CAMARGO JUNIOR, 2007).

Por não requerer uma densidade tecnológica onerosa, o trabalho na APS é baseado em relações humanas, sejam elas entre trabalhadores e suas equipes, gestores, usuários e a própria comunidade (CONAAS, 2015). Para Lorenzetti et al (2014) a fragmentação da atenção e dos serviços de saúde é a principal causa do fracasso na gestão do cuidar. A fragmentação ocasiona obstáculos ao acesso, descontinuidade do cuidado, atendimento em lugar não apropriado com consequente desorientação e baixa resolutividade, ocasiões essas que o IT almeja evitar.

Além da dificuldade em conseguir um tratamento integral adequado, a não estruturação do cuidado oferecido aos portadores de DCNT levam a uma exacerbação dos gastos no tratamento de condições já estabelecidos. Nilson et al. (2020) estimam que os custos gerados na tentativa de cuidados para as condições de obesidade, hipertensão arterial e diabetes somaram, em 2018, R$ 3,45 bilhões ao SUS (IC95%: 3,15 a 3,75), sendo a maior parte dos gastos (58,8%) no fornecimento de medicamentos, seguido por hospitalização (34,6%) e procedimentos ambulatoriais (6,6%). Ou seja, mais da metade do orçamento é utilizado após o surgimento da condição e quase um terço é utilizado no tratamento, almejando, principalmente, a redução de danos já provocados, demandando elevados custos de equipamentos tecnologicamente densos (NILSON et al, 2020).

5. METODOLOGIA

5.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, quantitativo sobre HAS, realizado com a população atendida em uma UPA, situada no Município de Catalão - GO.

A instituição proponente da pesquisa é a UFCAT na qual o pesquisador responsável está vinculado como aluno do Programa de Pós Graduação em Gestão Organizacional.

Os critérios para inclusão dos sujeitos no estudo foram: usuários do SUS atendidos na UPA, em 2019 e 2020, com a queixa principal de elevação de PA e Cadastro Internacional de Doenças (CID) I10 de HAS primária, com ou sem diagnóstico prévio, maiores de 18 anos, independentemente de gênero.

5.2. Local do estudo - Caracterização do Munícipio e da Rede de Assistência à Saúde.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município de Catalão possui uma área de 3.826.370 Km^2, com uma população estimada de 113.091 pessoas, com IDHM de 0,766, sendo esse o terceiro mais alto do estado de Goiás; possui ainda um Produto Interno Bruto (PIB) per capita de R$ 64.326,38; segundo dados do IBGE com estimativas para 2021 (https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/go/catalao.html). Na rede estadual de saúde, Catalão é o maior munícipio da Região de Saúde Estrada de Ferro – Macrorregião Centro Sudeste.

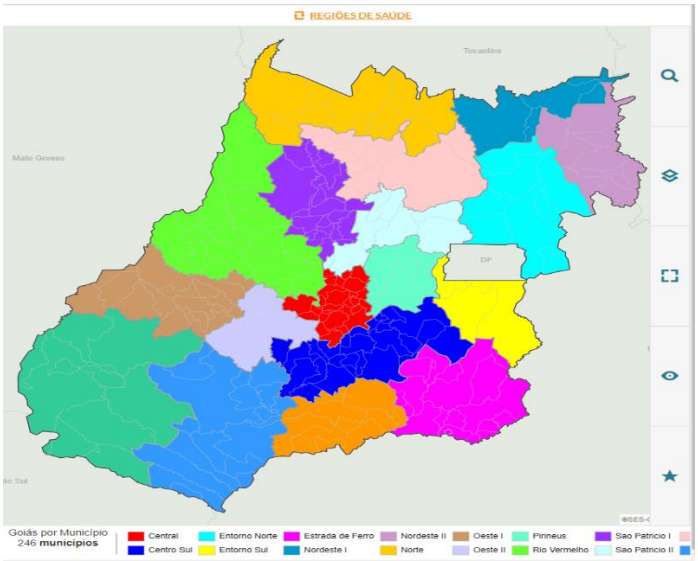


Figura 1- Mapa das regiões de saúde do estado de Goiás, com identificação da Regional Estrada de Ferro (Rosa), tendo como referência o município de Catalão.

O município em questão apresenta os seguintes equipamentos de saúde, totalmente vinculados ao SUS, diretamente relacionadas ao nosso estudo, segundo dados do Centro

Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES): (https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp):

UPA Dr Jamil Sebba, Setor Universitário;

UBSF Americo Machado, Santo Antônio do Rio Verde;

UBSF Dr José Rodrigues da Cruz, Pires Belo;

UBS João Moreira de Castro, Bairro São João;

UBSF Albino da Silva Barbosa, Bairro Ipanema;

UBSF CAIC, Bairro Elias Safatle;

UBSF Cristina de Cássia Rodovalho, Bairro Evelina Nour II;

UBSF Dr Bezerra de Menezes, Jardim Paraíso;

UBSF Dr Lamartine Pinto de Avelar, Bairro Santo Antônio;

UBSF Dr Paulo de Tarso, Bairro Pio Gomes;

UBSF Dr Willian Faiad, Bairro Pontal Norte;

UBSF Maria Carolina de Mesquita Netto, Residencial Eldorado/Castelo Branco;

UBSF Prefeito Divano Elias da Silva, Setor Universitário e;

UBSF Willian Netto Faiad, Bairro Copacabana.

Para melhor síntese e orientação, o estudo foi dividido em três partes, sendo elas:

1)Triagem de coleta de dados na UPA, que foi realizada na UPA Catalão-GO – maior equipamento de saúde dos listados acima –, e referência na Regional Estrada de Ferro.

2) Análise dos dados coletados;

3) Criação de uma proposta de trabalho almejando uma possível intervenção a ser seguida, via protocolo, na rede de saúde de Catalão.

5.3. Triagem de coleta de dados na UPA

Durante a primeira etapa, os dados foram coletados a partir da pesquisa realizada nos relatórios mensais do e-sus, dos atendimentos feitos pela UPA nos anos de 2019 e 2020. Nesses relatórios constam todos os atendimentos feitos na unidade, classificados, por exemplo, pelo CID, que foi nosso método de escolha para selecionarmos os usuários hipertensos atendidos na unidade, com o CID I10. Nessa etapa observamos um total de 1996 atendimentos com o referido CID, realizados no período analisado.

Na segunda etapa de nossa coleta de dados, agora via prontuários impressos e arquivados na própria unidade, foram selecionados 1498 prontuários. No início da coleta todos os prontuários de atendimentos realizados a partir de 2017 estavam na unidade,

armazenados em caixas arquivos em duas salas separadas, visto que os mais antigos, ou seja, anteriores a 2020, encontravam-se em uma sala anexa à unidade. Já os prontuários de 2021 e 2022 encontravam-se em uma sala no interior da própria unidade. Vale ressaltar que durante a coleta fomos informados que os prontuários seriam transferidos para a sede da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), onde passariam por um processo de digitalização. Esse processo se dá devido à dificuldade de organização e acesso aos prontuários antigos e obedece à Lei Nº 13.787, de 27 de dezembro de 2018, que dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário do usuário (BRASIL, 2018).

Nessa etapa da coleta de dados nos prontuários impressos, separamos todos os prontuários arquivados na unidade e que se referiam a atendimentos feitos nos anos de 2019 e 2020. Em seguida, buscamos nesses prontuários aqueles que continham o CID I10 como CID principal do atendimento. A partir daí separamos cada um desses prontuários e, a partir deles, anotamos os seguintes dados: nome, Cadastro de Pessoa Física (CPF)/ Cartão Nacional de Saúde (CNS), endereço e valor da PA aferida no início do atendimento.

5.4. Análise dos dados

A partir dessa coleta de dados iniciais fizemos o levantamento demográfico dos usuários atendidos e iniciamos a análise e diagnóstico sociodemográfico dos usuários.

Nessa etapa os usuários foram divididos em região geográfica, usando o endereço fornecido por eles e que constam no CNS; também foram divididos de acordo com o valor da PA aferida no início da consulta, seja no momento da triagem ou no consultório médico.

Inicialmente os dados foram digitados em planilhas *Excel* e posteriormente transportados para o SPSS 25.0. Foi realizada a análise descritiva com medidas de tendência central.

5.5. Aspectos éticos e legais

A condução da pesquisa obedeceu aos aspectos éticos vigentes (BRASIL, 2012), tendo sido aprovada, junto à Comissão de Análise de Projetos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), bem como junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFCAT, obtendo aprovação parecer 5.284.443 (ANEXO A).

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos preceitos já mencionados, discutimos nossos resultados mantendo a divisão do trabalho em dois eixos e em uma proposta de trabalho.

O **primeiro eixo** correspondente a triagem de dados coletados na UPA, seguido de uma análise dos fatores que interferiram na dinâmica da unidade no período analisado.

O **segundo eixo** compreende a análise e diagnóstico sociodemográfica dos dados coletados e nos dá um indicativo da necessidade de uma proposta de trabalho para enfrentarmos o problema de saúde analisado.

A **proposta de trabalho** propõe um IT para os usuários hipertensos atendidos na UPA Catalão.

6.1. Primeiro Eixo

Os resultados abaixo são parte da análise de dados da primeira etapa do trabalho e consistem na parte epidemiológica. Foram feitas inferências baseadas nos dados colhidos do e-sus e nos prontuários, sendo eles: total de atendimentos via e-sus por mês; total de hipertensos (CID I10) via e-sus e total de usuários hipertensos (CID I10) presentes nos prontuários impressos e arquivados na unidade.

A partir dessa coleta de dados iniciais – nome, CPF/CNS, endereço e valor da PA aferida no início do atendimento –, foi feito o levantamento demográfico dos usuários atendidos na UPA.

Os relatórios de 2019 e de 2020 mostram que o atendimento dos usuários hipertensos foi um dos mais frequentes, sendo a HAS primária o 10º CID mais frequente nos atendimentos feitos na UPA, nos anos citados.

Durante todos os meses do ano, a HAS foi a causa mais frequente pela procura por atendimentos, totalizando 1996 atendimentos nos dois anos, distribuídos mensalmente, conforme o Quadro 2.

Meses	**2019**	**2020**
Janeiro	65	88
Fevereiro	47	68
Março	62	109
Abril	89	95

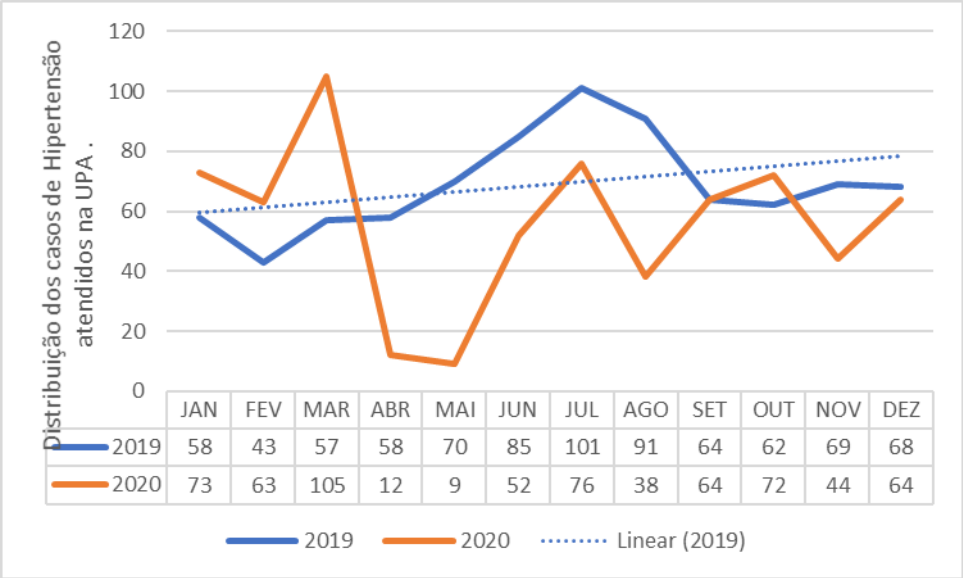
Continua....

Maio	105	68
Junho	113	64
Julho	120	83
Agosto	110	41
Setembro	92	66
Outubro	94	90
Novembro	99	68
Dezembro	79	81
Total (por ano)	1075	921
Total (atendimentos em 2019 e 2020)		1996

Fonte: O autor, 2022

Quadro 2. Frequência absoluta de usuários hipertensos, CID I10, atendidos na UPA Catalão em 2019 e 2020. Catalão - Go, 2022.

A partir da pesquisa feita via relatórios do e-sus, seguimos para a consulta aos prontuários impressos nos arquivos da unidade e chegamos ao valor de 1493 prontuários identificados e distribuídos conforme o quadro abaixo.



Fonte: O Autor, 2022

Figura 2. Distribuição dos usuários hipertensos, segundo a pesquisa via prontuários impressos, atendidos na UPA em 2019 e 2020. Catalão - Go, 2022.

No ano de 2019, observou-se que houve positividade na linha de tendência, o que demonstra crescimento nos casos atendidos de hipertensão arterial. Já no ano de 2020, tendo em vista o advento da pandemia e o consequente *lockdown*, a curva oscilou em seu início, voltando a crescer e atingindo seu maior pico em junho de 2020.

Na análise dos dados obtidos até esse ponto da coleta, foi possível perceber que no ano de 2019 foram realizados 142.609 atendimentos na UPA, dos quais 1075 constavam o CID I10 como queixa principal para o pedido de atendimento. Desse total, localizamos 824 prontuários impressos nos arquivos da unidade, conforme resumidos na tabela 1:

Tabela 1. Distribuição dos atendimentos de usuários hipertensos, CID I10, com pesquisa via e-sus e prontuários impressos, e percentual de hipertensos atendidos na UPA em 2019. Catalão - Go, 2022.

Meses	***N***	***n1***	***n2***	***%***
Janeiro	6004	65	58	1,08
Fevereiro	6402	47	43	0,73
Março	8399	62	57	0,73
Abril	12465	89	58	0,71
Maio	10861	105	70	0,96
Junho	13353	113	85	0,84
Julho	13228	120	101	0,90
Agosto	14638	110	91	0,75
Setembro	14704	92	64	0,62
Outubro	14992	94	62	0,62
Novembro	13765	99	69	0,71
Dezembro	13798	79	66	0,57
Total	**142.609**	**1075**	**824**	**0,75**

Fonte: O autor, 2022
N: total de casos gerais atendidos na UPA; n1: total de casos CID I10; n2: total de prontuários acessados para a pesquisa. % percentual de prontuários acessados com relação ao número total de atendimentos.

Os dados indicam um aumento expressivo no número de atendimentos a partir do mês de março de 2019, tanto nos gerais, quanto nos específicos de HAS. Foi observado que esse aumento aconteceu devido a uma mudança importante na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município, que em meados de março daquele ano teve o fechamento dos atendimentos ditos “de porta aberta” da Santa Casa de Misericórdia do município. A partir de então, a UPA tornou-se o único ponto de referência, com estrutura hospitalar, porta aberta da rede SUS no município. Tal fato fez com

que a unidade passasse a absorver, dentre outros tipos de atendimento, os de nível secundário e terciário dos usuários com quadro de pico hipertensivo.

Já para o ano de 2020 observou-se que houve um total de 123.733 atendimentos, sendo identificados 921 com o CID I10, mas somente 669 prontuários foram localizados, conforme apresentado na tabela 2:

Tabela 2. Distribuição de atendimentos de usuários hipertensos, CID I10, com pesquisa via e-sus e prontuários impressos, e percentual de hipertensos atendidos na UPA em 2020. Catalão - Go, 2022.

	CID	***N***	***n1***	***n2***	***%***
Janeiro	J20	13746	88	73	0,64
Fevereiro	F20	14951	68	63	0,45
Março	M20	12766	109	105	0,85
Abril	A20	7803	95	12	1,12
Maio	M20	7250	68	9	0,87
Junho	J20	8277	64	52	0,77
Julho	J20	9898	83	76	0,83
Agosto	A20	9858	41	38	0,41
Setembro	S20	8693	66	64	0,75
Outubro	O20	9859	90	72	0,91
Novembro	N20	10290	68	44	0,66
Dezembro	D20	10342	81	61	0,78
Total		**123.733**	**921**	**669**	**0,74**

Fonte: O autor, 2022N: total de casos gerais atendidos na UPA; n1: total de casos CID I10; n2: total de prontuários acessados para a pesquisa; % percentual de prontuários acessados com relação ao número total de atendimentos.

Pela tabela, nota-se o início de uma queda geral dos atendimentos em março de 2020. Considera-se o fato de que no dia 11 do mesmo mês, a OMS caracterizou a COVID 19 como uma pandemia e tivemos, ainda, o início da quarentena para grupos de risco, paralização econômica plena e restrição nos transportes no estado de Goiás (SILVA et al, 2020).

A queda no número total de atendimentos de março para abril não foi percebida de forma proporcional em relação aos usuários hipertensos, já que houve um aumento percentual de 0,85 para 1,12% do número de atendimentos com CID I10 naquele período. Dentre outras razões, tal fato pode ser explicado devido ao fechamento de estabelecimentos de saúde que trabalham com procedimentos eletivos, levando para a UPA, demandas como a renovação de receitas de medicamentos de uso contínuo. Em nossa prática, percebemos aumento de tal demanda para um serviço que usualmente era feito na unidade na condição de exceção. Logo

foi percebido que a questão de renovação de receitas para tratamento de condições crônicas era um novo problema a ser enfrentado em todo o território nacional, e em julho de 2020 a Câmara dos Deputados alterou a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para garantir que o receituário médico ou odontológico de medicamentos sujeitos à prescrição e de uso contínuo tivesse validade, ao menos enquanto perdurassem as medidas de isolamento para contenção do surto da Covid-19, na forma que especifica.

Outro possível fator preponderante para o aumento proporcional dos atendimentos a hipertensos pode estar relacionado à inércia terapêutica do tratamento a esses usuários, associado ao isolamento social imposto pela pandemia do coronavírus no período estudado. Segundo Silva et al (2020) 41% dos usuários em tratamento para hipertensão arterial que estavam em acompanhamento ambulatorial, estavam fora da meta pressórica e sem reajuste terapêutico em prática.

Kolhli e Virani (2020) perceberam que o isolamento social se tornou um gerador de dificuldades no controle das doenças crônicas, principalmente entre os idosos, fato percebido também neste estudo nos anos em que a coleta de dados foi realizada.

Outro dado marcante presente na tabela 2 diz respeito a diferença entre número total de atendimentos a usuários com HAS atendidos no e-sus em março e abril: 95 e 68; e o número total de prontuários encontrados nos arquivos da unidade: 12 e 9, respectivamente. Tal diferença se deve, provavelmente, à mudança de fluxo em todos os tipos de atendimentos da unidade, tendo sido mudada inclusive a conformação da sua estrutura física; além disso, a notificação dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) - COVID 19 ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação Compulsória (SINAN) alterou e sobrecarregou grande parte dos funcionários na organização e execução de novas tarefas, em meio ao risco de contato, que até então não se conhecia medidas de enfrentamento.

Ao compararmos alguns dados de 2019 e 2020, percebemos que houve algumas variações importantes na quantidade de prontuários inseridos no e-sus com os prontuários encontrados nos arquivos, conforme especifica a tabela 3.

Tabela 3. Distribuição dos registros da pesquisa via e-sus e prontuários impressos e percentual dessa diferença de 2019 e 2020. Catalão - GO, 2022.

CID	***N1***	***n1***	***%***	***CID***	***N1***	***n1***	***%***
J19	65	58	89	J20	88	73	82
F19	47	43	91	F20	68	63	92
M19	62	57	91	M20	109	105	96

Continua...

A19	89	58	65	A20	95	12	13
M19	105	70	66	M20	68	9	13
J19	113	85	75	J20	64	52	81
J19	120	101	84	J20	83	76	91
A19	110	91	82	A20	41	38	92
S19	92	64	69	S20	66	64	96
O19	94	62	65	O20	90	72	80
N19	99	69	69	N20	68	44	64
D19	79	66	86	D20	81	61	79

Fonte: O autor,2022

N1: Casos de HAS noe-sus; n1: Prontuários acessados; % percentual de prontuários acessados com relação ao número total de casos de HAS no E-SUS.

As maiores variações mensais de prontuários não identificados nos arquivos da unidade foram as dos meses de março para abril de 2019 e de março para abril de 2020, com variações de 91% para 65% e de 96% para 13%. Ambas as variações refletem a dificuldade para adaptação a diferentes alterações gerenciais sofridas pela unidade, visto que a primeira, quando houve um aumento da demanda devido ao fechamento de outro serviço de saúde da cidade e, a segunda, devido ao início da pandemia do coronavírus, respectivamente. Vale ressaltar que o retorno ao padrão em ambas as ocasiões foi rápido, dois a três meses.

Ao analisarmos o perfil demográfico nos dados de 2019, percebemos que a maioria dos atendimentos a usuários hipertensos, feitos na UPA, possui o CNS cadastrado no município de Catalão. Do total de 824 atendimentos a usuários hipertensos, 574 (69,5%) estavam cadastrados no município de Catalão, sendo que destes, 520 são da zona urbana e 54 são de distritos/zona rural do município; 123 (15,2%) são oriundos de outros estados e 72 (8,7%) de outros municípios de Goiás e 55 (6,6%) de origem desconhecida.

Pela experiência como profissional da unidade, entendemos que esses usuários ditos de origem desconhecida são brasileiros ou não, que no momento da triagem não possuíam CPF ou CNS, e obedecendo ao Princípio da Universalidade do SUS, foram atendidos como qualquer outro usuário, porém, sem nos dar a possibilidade de acompanhamento clínico do caso.

Sobre os dados de 2020, ao realizarmos a mesma análise, percebemos a manutenção do padrão da maioria dos atendimentos sendo de usuários com o CNS cadastrados no município de Catalão. Do total de 669 atendimentos a usuários hipertensos, 513 (77%) estavam cadastrados no município de Catalão, sendo 484 da zona urbana e 29 em distritos/zona rural

do município; 60 (9%) são oriundos de outros estados e 58 (8%) de outros municípios de Goiás e 38 (6%) de origem desconhecida.

CNS	Urbano	Rural	Goiás	Outros Estados	Desconhecidos	Total
2019	520	54	72	123	55	824
2020	484	29	58	60	38	669
Total	1004	83	130	188	93	1493

Fonte: O autor, 2022.

Quadro 3. Distribuição dos participantes da pesquisa segundo origem geográfica – Catalão GO, 2022.

6.2 Segundo Eixo

O segundo eixo compreende a análise e diagnóstico sociodemográficos dos dados coletados e nos dá um indicativo da necessidade de uma proposta de trabalho para enfrentarmos o problema de saúde analisado.

Para conhecermos o cenário, a tabela 4 mostra a análise descritiva do comportamento dos níveis pressóricos dos usuários atendidos na UPA nos dois anos considerados na presente pesquisa.

Tabela 4. Distribuição descritiva das variáveis segundo pressão sistólica, diastólica, pressão arterial média e idade. Catalão - GO, 2022.

	Mediana	Percentil 25	Percentil 75	Mínimo	Máximo
Sistólica	141	129	160	90	263
Diastólica	85	76	98	10	180
PAM	104,00	93,33	117,83	56,67	200,00
Idade	55	44	67	12	94

Fonte: O autor, 2022.

Observa-se na tabela 4 que a mediana da PS foi de 141, com percentil 25 de 129, o que demonstra que 75% da população possui pressão sistólica (PS) acima de 129mmHg e 25% da população possui PS acima de 160mmHg, quando analisado o percentil 75.

Quando analisado a PD, a mediana foi de 85, com percentil 25 de 76, o que demonstra que 75% da população possui pressão sistólica acima de 76mmHg e 25% da população possui PS acima de 98mmHg, quando analisado o percentil 75.

Quanto a idade, observa-se que 75% da população analisada possui idade maior que 44 anos quando analisado o percentil 25, o que mostra que a maioria da população é de pessoas jovens de meia idade acima.

Sendo a variável sexo um fator importante na avaliação do perfil de hipertensos, a tabela 5 traz a análise descritiva das principais variáveis analisadas.

Tabela 5. Distribuição descritiva da variável sexo segundo as variáveis pressão sistólica, diastólica e idade. Catalão - GO, 2022.

	Sexo									
	Feminino					**Masculino**				
	Mediana	**P 25**	**P 75**	**Mín**	**Máx**	**Mediana**	**P 25**	**P75**	**Mín**	**Máx**
Sistólica	140	126	160	90	249	142	130	160	91	263
Diastólica	81	74	96	10	160	88	78	100	10	180
Idade	55	45	67	15	94	55	44	67	12	94

Fonte: O autor, 2022.
P: percentil

A tabela 5 mostra que o sexo masculino possui mediana mais elevada quando comparado ao sexo feminino (140/81mmHg versus 142/88 mmHg), respectivamente. A distribuição dos percentis em ambos os sexos é próxima.

Para analisar a prevalência da hipertensão entre jovens e idosos, realizou-se análise descritiva segundo o sexo, como demonstrado na tabela 6.

Tabela 6. Distribuição descritiva dos hipertensos segundo sexo e idade. Catalão - GO, 2022.

		Sexo			
		Feminino		**Masculino**	
		n	%	n	%
Idade	≤ 60	468	51,8	436	48,2
	> 60	318	54,0	271	46,0

Fonte: O autor, 2022.

Observa-se maior prevalência no sexo feminino, tanto em mulheres jovens quanto em mulheres idosas, (51,8 e 54 versus 48,2 e 46) respectivamente.

Um estudo ecológico e descritivo realizado com dados secundários extraídos do Sistema de Informações Hospitalares do Ministério da Saúde foi publicado por Costa et al (2017). Em tal estudo, foram levantados os dados referentes às internações por condições sensíveis à APS no município de Catalão. Os resultados mostraram que mais de 40% de todas as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) aconteceram na população com 60 anos

ou mais e que houve um aumento na frequência das internações por AVC e outras complicações do aparelho circulatório já no grupo com mais de 40 anos.

Uma das conclusões do estudo descrito acima foi que, considerando todas as idades, as causas mais frequentes de ICSAP foram, em ordem decrescente: Depleção de Volume; ICC; ITU e AVC. Das quatro condições mais prevalentes duas – ICC e AVE –, foram listadas por Fuchs e Wheltn (2020) como principais consequências precoces e/ou tardias da elevação crônica da PA.

Considerando os 574 usuários hipertensos atendidos em 2019 e os 513 hipertensos atendidos em 2020, que possuíam CNS cadastrados no município de Catalão, totalizando 1087 atendimentos, cujo CID inicial do atendimento foi o I10, hipertensão arterial primária, fizemos uma análise demográfica de acordo com os bairros citados no cadastro do CNS, relacionando com a proximidade geográfica em cada uma das unidades cadastradas no CNES e citadas previamente, com exceção de três delas que, por diferentes motivos, não oferecem mais serviços à população.

Classificou-se também os valores de PA aferidos na UPA, sempre por um profissional enfermeiro ou médico, de acordo com o estabelecido na última diretriz brasileira de hipertensão arterial conforme classificações apresentadas no Quadro 1.

Em seguida, correlacionou-se o bairro que consta como domicílio de cada usuário com maior proximidade geográfica de cada uma das unidades cadastras no CNES, chegando a seguinte distribuição das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF):

UBSF	**Ótima**	**Normal**	**PRÉ HAS**	**E1**	**E2**	**E3**	**Total**
Willian Netto Faiad	2	4	8	10	4	5	33
Dr Bezerra de Menezes	11	24	14	26	21	7	103
Dr Lamartine P. de Avelar	14	16	13	19	19	15	96
Dr Paulo de Tarso Salviano	7	9	11	12	18	5	62
Cristina de C. Rodovalho	21	30	22	29	13	18	133
Albino da Silva Barbosa	14	11	24	31	8	10	98
CAIC	18	11	18	42	23	7	119
Maria C. de Mesquita Netto	12	18	15	26	11	7	89
UBS João Moreira de Castro	18	27	29	42	25	17	158

Continua...

Dr Willian Faiad	7	8	13	22	9	9	68
Pref. Divano Elias da Silva	19	10	15	35	19	18	116
Américo Machado – SARV	1	0	0	1	1	1	4
José Rodrigues – P. BELO	1	0	2	2	3	0	8
Total Acumulado	145	168	184	297	174	119	**1087**

Fonte: O autor, 2022; E: Estágio

Quadro 5: Distribuição dos casos de hipertensão segundo vinculação à UBSF. Catalão, GO, 2022.

Os resultados apresentados no Quadro 5 operam como indicadores do comparecimento de pessoas com queixas relacionadas à HAS em serviço de Pronto Atendimento. A referência como porta de entrada para a maioria desses usuários poderia ser os serviços da Atenção Básica, para os casos englobados nas categorias de PA ótima, PA normal, Pré HAS, HAS estágio 1 e 2; e a UPA, apenas para os casos de HAS estágio 3 (BARROSO et al, 2021).

Considerando as características estruturais do município, a baixa cobertura de Atenção Básica (35,5% no período estudado), segundo dados do e-gestor, acessado por (https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml), certamente influenciou nesse panorama. Dessa forma, o distanciamento das perspectivas de acompanhamento das condições crônicas de saúde e cuidado se dá à medida em que se identifica a quantidade expressiva desses atendimentos em uma Unidade de Urgência e Emergência.

Em estudo desenvolvido entre gestores do Mato Grosso, Santos et al (2017) analisaram a conformação da RAS para acompanhamento de pessoas com HAS e indicaram que as RAS estão com estrutura deficitária para constituição de linhas de cuidado e dificuldade na integração dos serviços com diferentes densidades tecnológicas. Os autores indicaram também que o conhecimento da realidade se faz necessário para compreender a dinâmica dos serviços e buscar integração, com maior eficiência para o cuidado.

Dessa forma, o panorama da realidade, apresentado no atendimento de pessoas com CID I10 na UPA em Catalão, mostrou-se como indicador com possibilidade de contribuir como ferramenta de planejamento e fortalecimento de ações de cuidado na Atenção Básica, inclusive permitindo executar estudos comparativos aos resultados aqui apresentados.

Para além da estrutura da RAS e a constituição dos serviços que a compõem, opera a subjetividade do percurso dos usuários pela RAS e sua utilização dos serviços de saúde, de acordo com compreensões de resolutividade, de acesso e de se sentir cuidado e acolhido em suas demandas de saúde (SANTOS, MISHIMA, MERHY, 2018).

Considerando as práticas de cuidado necessárias para o acompanhamento, tratamento adequado e controle da HAS, bem como demais doenças crônicas, é a Atenção Primária o lócus de possibilidades de intervenções mais efetivas para mudanças de estilo de vida necessárias para efetividade do tratamento ou prevenção dessas doenças/complicações (MALTA et al., 2019).

Assim, os resultados do segundo eixo indicam a constituição de um efetivo panorama de atendimentos de condições sensíveis à Atenção Primária no âmbito do Pronto Atendimento, com suas implicações envolvidas em termos de constituição de políticas públicas, características da RAS e utilização dos serviços de saúde pela população (ALFRADIQUE et al, 2009).

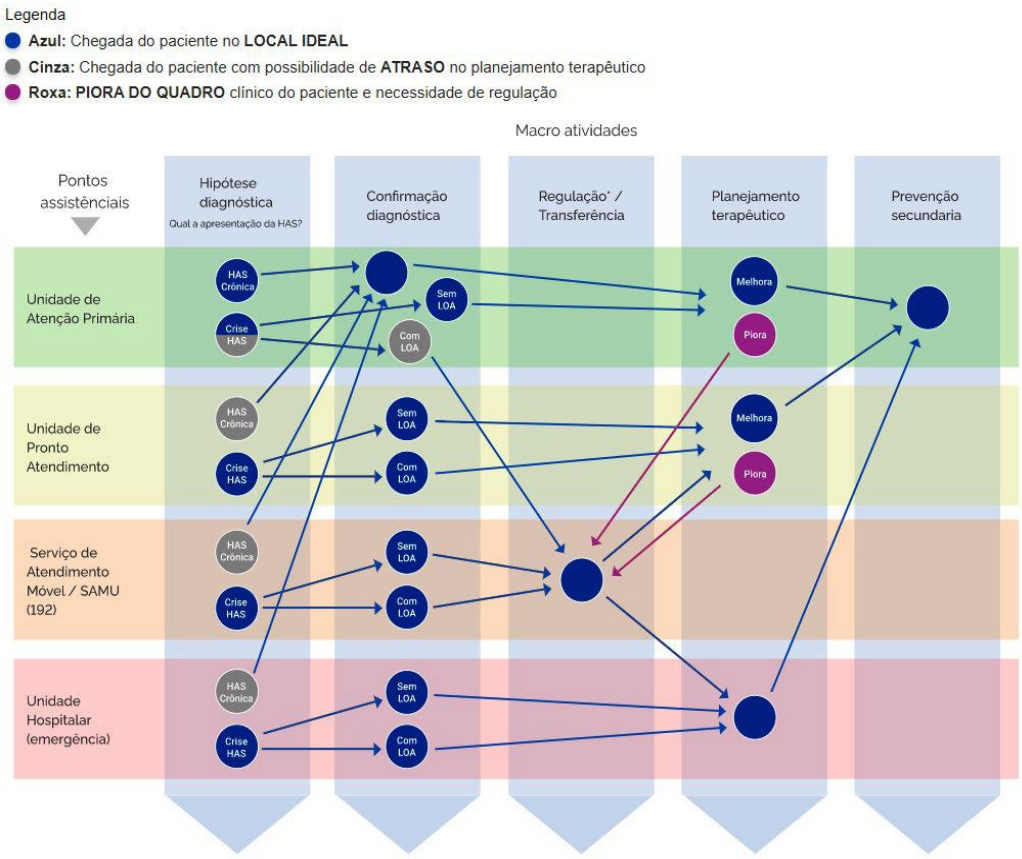
6.3 Produto Técnico

6.3.1 Proposta de Itinerário Terapêutico

Como produto técnico, propõe-se um IT para os usuários hipertensos atendidos na UPA Catalão.

Para a implementação de um itinerário terapêutico/linha de cuidado, devemos compreender e considerar tanto a disponibilidade dos serviços de saúde presentes e a forma como estes são utilizados, quanto as possibilidades socioculturais que tornam possível a implementação das trajetórias a serem percorridas (VELHO, 2004).

Em nossa prática observamos que a rede de saúde do município de Catalão possui todos os itens necessários para a criação de um IT de acordo com o preconizado no documento “Linha de Cuidado do adulto com hipertensão arterial sistêmica” (BRASIL, 2021) A linha de cuidado proposta está descrita na figura 3:

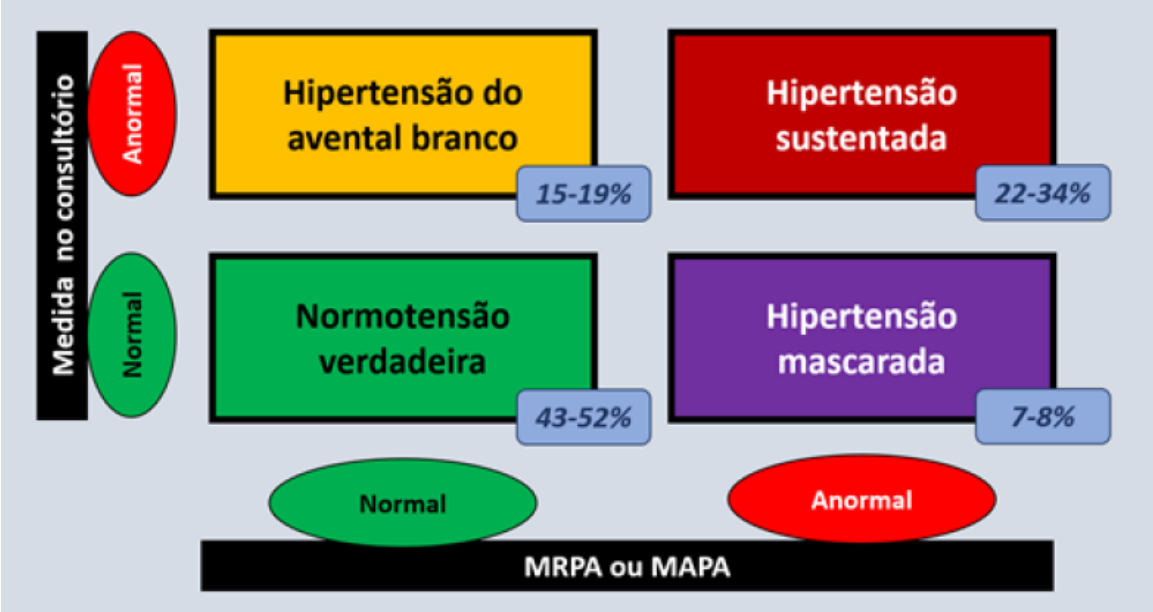


Fonte: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_adulto_hipertens%C3%A3o_arterial.pdf

Figura 3 – Processo Completo da Linha de Cuidado do Adulto com HAS. Catalão - GO, 2022.

Como citado acima, a diretriz brasileira de hipertensão arterial recomenda que a PA seja classificada em seis grupos, de acordo com o valor de PA aferido, e, independente de qual grupo o usuário hipertenso atendido na UPA esteja, temos a estrutura necessária para seguimento ambulatorial, conforme proposto pelo MS em 2021 e resumido na figura acima.

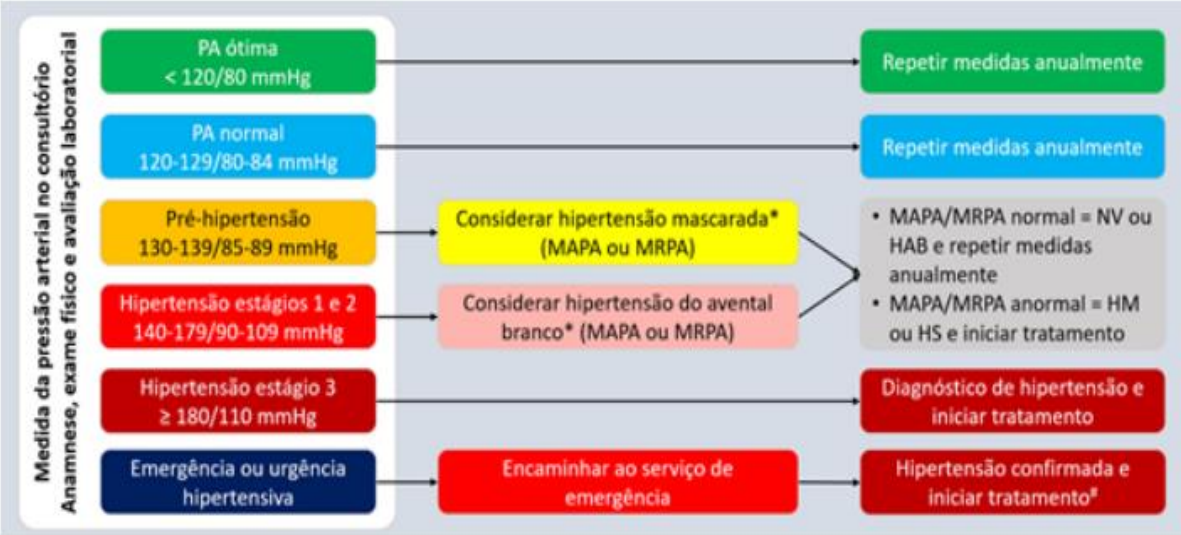
A orientação da SBC é que o diagnóstico da maioria dos casos de HA seja baseado em medições repetidas da PA em consultório, em mais de uma consulta, ou pela medida de PA fora do consultório com MAPA e/ou MRPA, desde que essas medidas sejam viáveis. A PA fora do consultório é especificamente recomendada para várias indicações clínicas, como identificação da Hipertensão do Avental Branco e da Hipertensão Mascarada, quantificação dos efeitos do tratamento e identificação de possíveis causas de efeitos colaterais, conforme mostrado na figura 4.



Fonte: Diretriz brasileira de HAS.

Figura 4. Fluxo para mensuração e classificação da hipertensão.

Ainda, segundo a recomendação da diretriz brasileira de HAS (BARROSO et al, 2021, BRASIL, 2021), que sabendo que a HA é uma condição habitualmente assintomática que pode ter alta variabilidade, temos um fluxo de triagem e diagnóstico de hipertensão arterial que é o ponto de partida para a criação de nosso IT para os usuários hipertensos atendidos na referida unidade.



Fonte: Diretriz brasileira de HAS

Figura 5. Fluxo para atendimento e tratamento de usuários hipertensos segundo a Diretriz Brasileira de Hipertensão.

Nesta proposta de IT, fazendo uma média anual, tem-se, aproximadamente, a seguinte demanda para as UBSF, dividida em três grupos:

- ✓ **Grupo A**: formado por usuários com PA ótima ou normal: 157 medidas de PA;
- ✓ **Grupo B**: formado por usuários com Pré-HAS ou HAS estágios 1 e 2: 241 MAPA/MRPA para fazerem acompanhamento na UBSF;
- ✓ **Grupo C**: formado por usuários com HAS estágio 3 e urgência/emergência hipertensiva: 147 usuários para seguimento na UBSF.

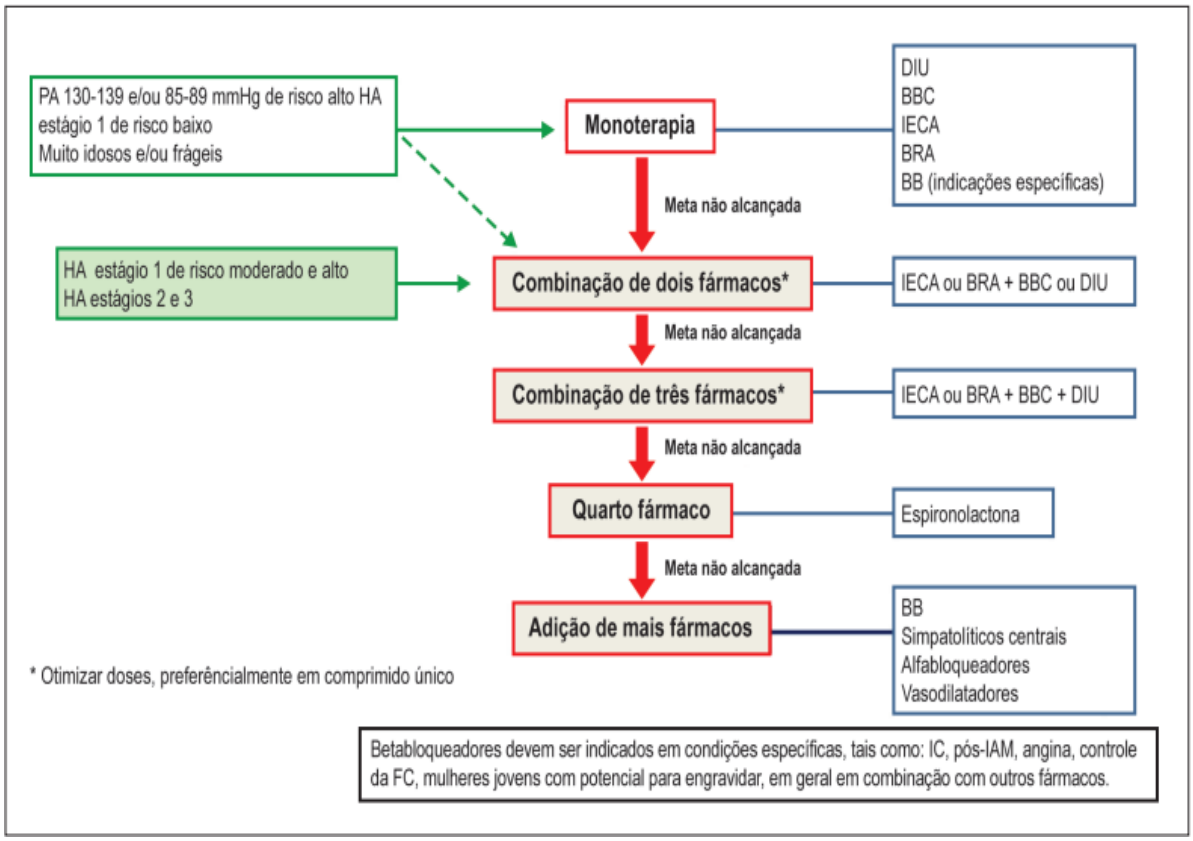
Os usuários atendidos na unidade e que se enquadrarem nos grupos acima poderão seguir os seguintes passos no itinerário.

- ✓ **Grupo A**: PA ótima ou normal.
- ✓ Encaminhado para UBSF com orientação de aferição de PA uma vez ao ano.
- ✓ **Grupo B**: Pré-hipertensão ou hipertensão estágios 1 ou 2.

  Orientação de realização de MRPA a ser feito pelo próprio usuário a depender do grau de capacidade de auto cuidado e do acesso aos aparelhos necessários para execução da MRPA, ou, encaminhamento para realização de MAPA a ser feito por cardiologistas já contratados pela RAS, considerando a gestão atual.
- ✓ **Grupo C**: hipertensão estágio 3 ou emergência/urgência hipertensiva.

Após tratamento clínico feito na unidade, o usuário recebe alta com tratamento medicamentoso ajustado/iniciado conforme fluxograma da diretriz e orientação dada por cardiologista, também já contratado pela unidade na gestão atual, para seguimento do tratamento; além disso será encaminhado para UBSF de referência para orientações sobre tratamento medicamentoso e não medicamentoso; e caso necessário, também poderá seguir o Itinerário do usuário do grupo B, ou seja, seguimento ambulatorial com cardiologista.

O tratamento medicamentoso a ser iniciado na UPA, nos casos dos usuários pertencentes ao grupo C, seguirá o proposto no fluxograma da figura 6, e caso necessário, será solicitada orientação ao cardiologista de sobreaviso da unidade para melhor escolha terapêutica.



Fonte: Diretriz Brasileira de HAS

Figura 6. Fluxograma para terapia medicamentosa segundo a Diretriz Brasileira de Hipertensão.

Para todos os usuários que chegarem a APS, encaminhado da UPA será feita uma avaliação clínica inicial que será realizada por equipe multidisciplinar e terá como objetivos:

- ✓ Confirmação do diagnóstico,
- ✓ Identificação de fatores de risco cardiovascular,
- ✓ Suspeita e identificação de causa secundária,
- ✓ Avaliação do risco cardiovascular,
- ✓ Lesões de órgão-alvo (LOA) e doenças associadas.

Os passos a serem seguidos no cuidado ao usuário hipertenso estão descritos pelo (BRASIL, 2021)

Com a criação do IT almejamos um cuidado continuado que a condição crônica exige, permitindo uma melhora na qualidade de vida e uma diminuição de lesões de órgãos alvos que acarretam prejuízo funcional para o usuário e para toda a rede.

O cuidado continuado almejado deve ser feito por equipe multiprofissional, com compartilhamento das decisões a serem tomadas e isso levará a uma redução de custos e melhores resultados do tratamento (DAVID et al, 2015).

Considerando a política nacional de atenção básica, seria interessante buscarmos apoio de profissionais como: nutricionista, psicólogo, profissional de educação física, fisioterapeuta e assistente social para melhor englobamento das ações de saúde, tanto individuais quanto familiares e coletivas, envolvendo assim a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, oferecendo assim um atendimento integral ao hipertenso (BRASIL, 2017).

Dentro dessa estrutura multiprofissional e adequando a realidade do nosso município com o preconizado pela Diretriz Brasileira de HAS listamos abaixo algumas ações a serem executadas por cada profissional da equipe mínima.

Médico generalista:

- ✓ Consulta médica;
- ✓ Diagnóstico, estratificação de risco, orientações sobre condutas farmacológicas e não farmacológicas;
- ✓ Encaminhamento para nefrologista/cardiologista, caso necessário;
- ✓ Avaliação clínica pelo menos duas vezes ao ano;
- ✓ Referência e contra referência dentro da RAS.

Enfermeiro:

- ✓ Consulta de enfermagem;
- ✓ Acolhimento;
- ✓ Empoderamento dos usuários;
- ✓ Planejamento de estratégias para promover e avaliar o andamento do tratamento;
- ✓ Supervisionar as ações da equipe de enfermagem;
- ✓ Organização e execução de visitas domiciliares.

Acima estão listadas atividades mínimas a serem executadas por dois dos profissionais presentes na rede. Essa divisão faz parte de um processo contínuo, complexo e de difícil abordagem e não pretende de forma alguma engessar a autonomia de cada profissional,

bastando que se obedeça aos limites estabelecidos por lei no papel de cada profissional; deve-se prevalecer o bom senso e a cooperação de toda a equipe.

Quanto a presença de outros profissionais, a literatura nos diz que quando atuando juntos, em equipe, o usuário é incentivado a replicar seus conhecimentos e atitudes, e que é proporcionado a cada profissional e ao serviço em si, um crescimento em conhecimento técnico e fortalecimentos dos vínculos (WEINSTEIN; RUCKER, 2016; JACOB et al, 2015; STRUMPF, 2017).

Tratando se da prática, sabe-se que é difícil a existência de uma equipe completa, como a preconizada pela literatura e pelos manuais, mas sabe-se também que as chances de se ter essa equipe completa e assim se promover um cuidado mais efetivo, está diretamente relacionada às dificuldades que enfrentaremos quando for iniciado o IT para esses usuários.

A implementação da abordagem multidisciplinar acarreta mudanças organizacionais e de gestão na rede (COMMUNITY PREVENTIVE SERVICES TASK F, 2014), porém ela apresenta um grau de recomendação 1, com evidência A no tratamento da HAS (BOULWARE et al, 2001), devendo por isso, ser implementada.

Para a implementação desse itinerário, prevemos um treinamento anual na UPA, para os médicos responsáveis pelo encaminhamento inicial do usuário e outro treinamento, também anual, para os profissionais que receberão esses usuários na UBSF. Para a implementação do IT, nesse primeiro momento, vemos a possibilidade de uma colaboração do grupo de atenção aos cuidados crônicos do PET 2022/2023. Para o segundo momento, quem sabe a continuação como avaliação da implementação do IT como um novo projeto de mestrado.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Lei 8080/90, em seu artigo 5° coloca como objetivos do SUS I – A identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II – a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no parágrafo 1° do artigo 2°, dessa mesma lei, que diz "O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem a redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação".

Partindo desse princípio, percebe-se que, como profissionais da saúde, além da complexidade do cuidado clínico integral, deve-se informar aos gestores de saúde dados cruciais para discussão de custos e demandas, para que eles possam, por sua vez, estruturar e operacionalizar as melhoras formas de cuidado, com menor gasto possível.

A implementação de um IT como uma política pública está envolta no desafio de transformar ideias e dados em ações e resultados. Este desafio é potencializado pela crescente complexidade no processo de implementação de políticas públicas no geral e, neste caso, sobretudo em função da dificuldade de interação dos pontos de contato entre diferentes atores do processo do cuidar do portador de DCNT.

Cientes de parte da complexidade desse desafio, temos, nessa implementação, a proposta final deste trabalho, e, quem sabe, o início de um próximo, para avaliação da execução dessa política pública.

Esse estudo foi bastante limitado por questões direta e indiretamente relacionadas à Pandemia do Coronavírus, dentre elas podemos citar: demora na aprovação por parte dos órgãos responsáveis pela parte Ética da pesquisa; a impossibilidade de realização de entrevistas com os usuários, como previsto inicialmente e aprovado pelo CEP; dificuldade de abordar um usuário com doença crônica, quando em tratamento para agudização do quadro; dentre outros...

REFERÊNCIAS

ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C.; ALVES, P. C. S.; SOUZA, I. M. (organizadores). **Experiência de Doença e Narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 125-38.

BALAMURUGAN, A. et al. Community Team Based Care for Hypertension Management: A Public-Private Partnership in Rural Arkansas. **J Ark Med Soc.** v. 113, n. 7, p.150-4, 2017.

BARROSO, W. K. S. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 116, n. 3, p. 516-658, mar. 2021. Disponível em: http://abccardiol.org/article/diretrizes-brasileiras-de-hipertensao-arterial-2020/. Acesso em: 30 dez 2022.

BECKER, R. M.; HEIDEMANN, I. T. S. B. Health promotion in care for people with chronic non-transmitable disease: integrative review. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 29, e20180250, 2020 Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072020000100502&lng=en&nrm=iso>. access on 13 nov. 2020. Epub Feb 10, 2020. https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0250.

BOULWARE L.E. et al. An evidence-based review of patient-centered behavioral interventions for hypertension. **Am J Prev Med**., v. 21, n.3, p. 221-32 2001. DOI: 10.1016/s0749-3797(01)00356-7. Acesso em: 22 ago. 2022.

BRASIL. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Nº 13.787, de 27 de Dezembro de 2018. **Dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário de paciente.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13787.htm.

BRASIL. Decreto-lei n° 5.452 de 1 de maio de 1943. **Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho.** Brasília, DF: Presidência da República, [1943]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Leis/L8080.htm. Acesso em: 18 jun. 2018.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, [1988]. Disponível em: http:// www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 14 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Linha de cuidado do adulto com hipertensão arterial sistêmica** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 85 p.: il.

BRASIL. Lei n° 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 do Brasil, Brasília,

DF: Presidência da República, [1990]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Leis/L8080.htm. Acesso em: 18 jun. 2018.

BRASIL. Lei n° 14.028, de 27 de julho de 2020. **Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para garantir que o receituário médico ou odontológico de medicamentos sujeitos a prescrição e de uso contínuo tenha validade pelo menos enquanto perdurarem as medidas de isolamento para contenção do surto da Covid-19, na forma que especifica.** Diário Oficial do Brasil, Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2020/lei-14028-27-julho-2020-790463-norma-pl.html. Acesso em: 20 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Portaria no 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília;2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 20 Ago. 2022

BRASIL. Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Diário Oficial do Brasil, Brasília, DF: Presidência da República, [2013]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf. Acesso em: 05 fev. 2020.

BRITO, F. **A transição demográfica no Brasil:** as possibilidades e os desafios para a economia e a sociedade. (2007) Texto para discussão, nº 318 – CEDEPLAR, Belo Horizonte/MG.

CAETANO, M. A. R. et al. **O fim do fator previdenciário e a introdução da idade mínima:** questões para a previdência social no Brasil. (2016) Brasília: Ipea. (Texto para Discussão, n. 2230). Disponível em: https://goo.gl/1dVFF1. Acesso em: 13 ago. 2022.

CAMARGO JUNIOR, K. R. As armadilhas da "concepção positiva de saúde". **Physis Rev. Saúde Coletiva.** v. 17, n.1, p.63-76, 2007.

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. D. (organizadores). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. p. 51-86.

CAMPOLINA, A. G. et al. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 6, p. 1217-1229, 2013. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000600018. Acesso em: 22 Jan. 2020.

COMMUNITY PREVENTIVE SERVICES TASK F. Team-based care to improve blood pressure control: recommendation of the Community Preventive Services Task Force. Am **J. Prev. Med., v.** 47, n.1, p. 100-2, 2014. Disponível em: DOI: 10.1016/j.amepre.2014.03.003. Acesso em: 20 Ago. 2022

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, DF: Conass; 2015.

DANTAS, J., MENDES, R., ARAÚJO, T. M. Hipertensão Arterial e Fatores Psicossociais no Trabalho em uma Refinaria de Petróleo. **Rev. Bras. Med. Trab.**, v. 2, n. 1, p. 55-68, 2004. Disponível em: http://www.rbmt.org.br/details/235/pt-BR/hipertensao-arterial-e fatores-psicossociais-no-trabalho-em-uma-refinaria-de-petroleo. Acesso em: 22 jan. 2020.

DAVID, G.G. et al. Do patient centered medical homes reduce emergency department visits? **Health Serv Res**. v. 50, n. 2, p. 418-39, 2015. Disponível em: DOI: 10.1111/1475-6773.12218Acesso em: 20 ago. 2022

FORMENTON, A. **Avaliação da capacidade para trabalho e absenteísmo da equipe de enfermagem de unidade de terapia intensiva de um hospital de ensino**. 2014. 92p. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Escola de enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2014.

GORDIA, A. P. et al. Qualidade de vida: contexto histórico, definição, avaliação e fatores associados. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Ponta Grossa, v. 3, n. 1, p. 40-52, jan jun 2011. Disponível em: https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/812. Acesso em: 18 novembro 2020.

HAYWARD, M.; CRIMMINS, E.; SAITO, Y. Cause of death and active life expectancy in the older population of the United States. **J Aging Health**, v. 10, p.192-2013, 1998. Disponível em: https://doi.org/10.590/1809-2950/13125822032015. Acesso em: 22 jan. 2020.

HARZHEIM, E. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2020, v. 25, n. 4 [Acessado 30 dezembro 2022], pp. 1189-1196. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01552020>. Epub 06 Abr 2020. ISSN 1678-4561. https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01552020.

Histórico da pandemia de COVID-19. PAHO 2018 Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 22 Jan. 2020.

JACOB, V. et al. Economics of Team-based Care in Controlling Blood Pressure: A Community Guide Systematic Review. **Am. J. Prev. Med.,** v.49, n.5, p. 772-83, 2015. Disponível em: DOI: 10.1016/j.amepre.2015.04.003. Acesso em: 20 ago. 2022.

KOHLI, P.; VIRANI, S. S. Surfing the waves of the COVID-19 pandemic as a cardiovascular clinician. **Circulation.** v.142, n. 2, p. 98-100, 2020. Disponível em: DOI: https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.120.047901. Acesso em: 12 jan. 2022.

LACAZ, F. A. C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 757-766, 2007. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000400003. Acesso em: 24 jan. 2020.

LARA L. S. S. et. al. Medidas de distanciamento social para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil: caracterização e análise epidemiológica por estado. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, 2020. Acesso em: 22 jan. 2021.

LORENZETTI, J. et al. Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 417-25, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/qJDNdkLvQ9qc6wVRsQRmyyH/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 12 jan. 2022.

LOZANO, R. et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010**. Lancet**, v. 380, p. 2095-128, 2012. Medline:23245604 Disponível em: doi:10.1016/S0140-6736(12)61728-0. Acesso em: 12 jan. 2022.

MALTA, D. C. et al. Hipertensão arterial autorreferida, uso de serviços de saúde e orientações para o cuidado na população brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online]. v. 31, n. spe1, e2021369, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SS2237-9622202200012.especial>. Acesso em: 30 dez. 2022.

MARTINS, T. C. F. et al. Transição da morbimortalidade no Brasil: um desafio aos 30 anos de SUS. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 26, n. 10, pp. 4483-4496, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.10852021>. Acesso em: 26 jun. 2022.

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, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.32. Acesso em: 30 dez. 2022.

PERENBOOM, R. J. M., VAN OYEN, H., MUTAFOVA, M. Health expectancies in European countries. In: ROBINE, J. M. et al. editors. **Determining health expectancies**. West Sussex: John Wiley & Sons; 2003. p. 359-76.

SANTOS, C. M. et al. Avaliação da rede de atenção ao portador de hipertensão arterial: estudo de uma região de saúde. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 33, n. 5, e00052816, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00052816. Acessado em: 30 dez. 2022.

SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 23, n. 3, pp. 861-870, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016. Acesso em: 30 dez. 2022.

SATO, L. Prevenção de agravos à saúde do trabalhador: replanejando o trabalho através das negociações cotidianas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1147- 1157, 2002. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000500002. Acesso em: 24 jan. 2020.

SCHILLING, R. S. F. More effective prevention in occupational health practice. **Journal of the Society of Occupational Medicine**. n. 39, p 71-79, 1984.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000400011 Acesso em: 22 Jan. 2020.

SIDNEY S. Team-Based Care: A Step in the Right Direction for Hypertension Control. **Am J Prev Med**. v. 49, n. 5, p. e81-e82, 2015. Acesso em: 20 ago. 2022.

SILVA, A. C. M. et al. Controle pressórico e inércia terapêutica no ambulatório escola da universidade Iguaçu. **Rev. Bras. Hipertens.**, v.27, n.2, p. 59-63, 2020. Disponível em: http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/27-2/controle-pressorico.pdf. Acesso em: 12 jan. 2022.

STRUMPF, E. et al. The impact of teambased primary care on health care services utilization and costs: Quebec's family medicine groups. **J. Health Econ.** v. 55, p.76-94, 2017. Acesso em: 20 Ago. 2022.

SILVA, L. L. S. et al. Medidas de distanciamento social para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil: caracterização e análise epidemiológica por estado. **Cadernos de Saúde Pública**, v.36, nº.9, 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00185020. Acesso em: 12 jan. 2022.

TIMMIS, A. et al. European Society of Cardiology. European Society of Cardiology: Cardiovascular Disease Statistics 2019. **Eur. Heart J.** v. 41, n.1, p.12-85, 2020. Disponível em: doi: 10.1093/eurheartj/ehz859. PMID: 31820000. Acesso em: 12 jan. 2022.

UNITED NATIONS. **World Population Ageing Report 2015**. Disponível em: http://www.un.org/en/development/desa/population/ publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf. Acesso em: 1 nov. 2018.

VELHO, G. **Individualismo e cultura**. 3a Ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores; 2004.

VIDOTTI, H. G. M. et al. Qualidade de vida e capacidade para o trabalho de bombeiros. **Fisioter. Pesq.**, v. 22, n. 3, p. 231-238, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502015000300231&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 jan. 2020.

WEINSTEIN E, RUCKER LM. Team-based care to improve control of hypertension in an inner city practice. **Healthc (Amst)**. v. 4, n.1, p. 52-6, 2016. Disponível em: DOI: 10.1016/j.hjdsi.2015.10.006. Acesso em: 20 Ago. 2022.

WALLACE, E. et al. Managing patients with multimorbidity in primary care. **BMJ.** v. 350, n. h176, 2015. Disponível em: doi: https://doi.org/10.1136/bmj.h176. Acesso em: 12 jan. 2012.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Prezado (a) Participante

Você/Sr./Sra. está sendo convidado(a) a participar, como voluntário/a, da pesquisa intitulada: "Avaliação da Capacidade Laboral de pessoas hipertensas atendidas em Unidade de Pronto Socorro". Meu nome é Fernando Silva de Oliveira, sou o pesquisador responsável e minha área de atuação é gestão organizacional e qualidade de vida do trabalhador. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, caso aceite fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está impresso em duas vias, sendo uma delas sua, e a outra do pesquisador responsável. Esclareço que em caso de recusa na participação você não será penalizado/a de forma alguma. Mas se aceitar participar, as dúvidas sobre a pesquisa poderão ser esclarecidas pelo pesquisador responsável, via e-mail tranductore@gmail.com; e, inclusive, sob forma de ligação a cobrar, através do seguinte contato telefônico: (34) 991444433. Ao persistirem as dúvidas sobre os seus direitos como participante desta pesquisa, você também poderá fazer contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Catalão, pelo telefone (64)3441-5300 ou pelo seguinte e-mail: secretaria.cep.ufcat@gmail.com.

1. Informações importantes sobre a pesquisa:

A pesquisa intitulada **"Avaliação da capacidade laboral de pessoas hipertensas atendidas em Unidade de Pronto Socorro"** justifica-se pela escassez de pesquisas acadêmicas sobre o tema, principalmente em nossa região e em nosso período histórico no qual estamos inseridos, o da transição demográfica, onde as causas de morte por doenças crônicas começam a superar outras causas, como as infectocontagiosas. O objetivo principal deste estudo é: avaliar a capacidade laboral e os fatores de risco em usuários com picos hipertensivos ou urgências hipertensivas atendidos na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Catalão. Serão incluídos no estudo: Usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) atendidos na UPA, nos anos de 2019 e 2020, com a queixa principal de elevação de pressão arterial e diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) primária, com ou sem diagnóstico prévio, integrantes da população economicamente ativa, maiores de 18 anos, independentemente de sexo, formação profissional, que aceitarem participar da pesquisa, e que estejam ativos no exercício de suas funções laborais. Serão excluídos os usuários com quadro de HAS secundária a doenças de base comprovadas no prontuário do paciente ou no contato telefônico prévio após a seleção dos prontuários, além dos não vacinados com pelo menos uma dose da vacina contra COVID. Os procedimentos a serem realizados na pesquisa serão: 1) Contato telefônico do pesquisador responsável com os possíveis participantes, onde será apresentada a proposta do estudo e agendado um horário para entrevista presencial; 2) O Termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) será entregue pessoalmente para todos/as os/as participantes, antes do preenchimento dos questionários, explicitando o convite para participação e apresentação do termo; 3) O/a participante responderá aos questionários, de forma individual, e o pesquisador ou algum membro da equipe, devidamente treinado, estará presente para esclarecimento de possíveis dúvidas durante o preenchimento; os questionários para preenchimento serão: ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO – ICT e o SISTEMA DE VIGILÂNCIA TELEFÔNICA - VIGITEL. Após o preenchimento individual seus questionários serão gravados em nuvem ficando sob responsabilidade do pesquisador. Devido ao momento atual de pandemia as seguintes medidas serão tomadas para redução de riscos/danos: será obrigatório o uso de máscara pelo pesquisador

e pelo/a participante, será disponibilizado álcool em gel para higienização das mãos antes e após o preenchimento dos questionários e o pesquisador responsável irá fazer a higienização de todo o material utilizado, seja ele cadeira, mesa computador/tablet utilizado. Riscos e danos possíveis: possibilidade de constrangimento ao responder os questionários: medo, desconforto ou vergonha, quebra da confidencialidade, tomar o tempo para responder aos questionários. Também consideramos como risco a exposição ao COVID-19, situação minimizada pelos cuidados citados acima e pela condição de imunização citada nos critérios de exclusão. Além disso, caso apresente algum sintoma gripal nos 15 dias após a entrevista, o/a participante será orientado(a) a entrar em contato com pesquisador para encaminhamento de avaliação clínica do quadro, em Unidade de Saúde de Referência, caso necessário.
Você tem garantia expressa de liberdade para recusar a responder questões que lhe causem desconforto emocional e/ou constrangimento nos questionários que forem aplicados na pesquisa; poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito na empresa. Para isso será garantido local reservado e liberdade para não responder questões que sejam constrangedoras, garantia de acesso aos prontuários apenas aos pesquisadores, garantia de confidencialidade e privacidade e proteção da imagem do participante. O pesquisador se compromete a ressarcir o participante caso ele sofra algum dano moral comprovadamente decorrente da pesquisa, inclusive relacionado à quebra de sigilo. Os riscos de participação no estudo são mínimos e incluem: cansaço e desconforto pelo tempo gasto no preenchimento do questionário e ao relembrar algumas sensações diante do vivido com situações altamente desgastantes. Também consideramos como risco a exposição ao COVID-19, situação minimizada pelos cuidados acima e pela condição de imunização citada nos critérios de exclusão. Mobilização de sentimentos desencadeantes de sofrimento psicológico inerente à condição de saúde ou do trabalho, e, caso isso ocorra, como estratégia de manejo, o participante será encaminhado ao Serviço Social / Psicológico da UPA, como forma de assistência imediata, para, se necessário, futuro encaminhamento à atendimento Médico ou Psicológico disponível na Rede de Atenção à Saúde. Além disso, caso apresente algum sintoma gripal nos 15 dias após a entrevista, o participante será orientado a entrar em contato com pesquisador para encaminhamento de avalição clínica do quadro, em Unidade de Saúde de Referência. Benefícios: você ficará sabendo como está sua saúde laboral e a sua capacidade para o trabalho. As informações fornecidas serão confidenciais e de conhecimento apenas dos pesquisadores. Você não será identificado em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados nas formas previstas, ou seja, relatório para Secretaria Municipal de Saúde, para a Unidade de Pronto Atendimento de Catalão, em resumo em Congresso Científico, na dissertação e em artigo científico, independente se os resultados forem favoráveis ou não, em relação à hipótese inicial e nos quais serão identificados apenas os pesquisadores integrantes da equipe de pesquisa. Os dados da pesquisa serão mantidos em arquivo, sob a responsabilidade do pesquisador responsável, por um período de 5(cinco) anos após o término da pesquisa. Você poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder nenhum benefício que possua. O pesquisador responsável garante o ressarcimento de qualquer gasto decorrente de sua participação na pesquisa.

2. Consentimento da participação da pessoa como participante da pesquisa:

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo intitulado “Avaliação da capacidade laboral de pessoas hipertensas atendidas em Unidade de Pronto Socorro”. Informo ser trabalhador; idade superior há 18 anos; contrato de trabalho vigente”. Informo ter mais de 18 anos de idade, e

destaco que minha participação nesta pesquisa é de caráter voluntário. Fui, ainda, devidamente informado (a) e esclarecido (a), pelo pesquisador responsável Fernando Silva de Oliveira, sobre a pesquisa, sobre os procedimentos e métodos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação no estudo. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. Declaro, portanto, que concordo com a minha participação no projeto de pesquisa acima descrito.

CATALÃO, ... de ..... de .....

_____

Assinatura por extenso do (a) participante

_____

Assinatura por extenso do (a) pesquisador (a) responsável

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Eu, Fernando Silva de Oliveira, pesquisador responsável pelo projeto intitulado “Avaliação da capacidade laboral de pessoas hipertensas atendidas em Unidade de Pronto Socorro.”, comprometo-me a anexar os resultados e relatórios da pesquisa na Plataforma Brasil, garantindo o sigilo relativo a identidade dos participantes. Comprometo-me ainda a tornar públicos os resultados, sejam eles favoráveis ou não, inclusive para os participantes da pesquisa e instituições onde os dados foram obtidos assegurando assim, aos participantes da pesquisa, os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa.

Catalão, 29 de dezembro de 2021.

_____

Fernando Silva de Oliveira
Pesquisador Responsável

TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde de Catalão está de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado *AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE LABORAL DE PESSOAS HIPERTENSAS ATENDIDAS EM UNIDADE DE PRONTO SOCORRO*, coordenado pelo pesquisador Fernando Silva de Oliveira, desenvolvido em conjunto com o pesquisador Prof. Dr. Luiz de Almeida da Silva na **Universidade Federal de Catalão - UFCat**.

A Secretaria Municipal de Saúde de Catalão assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa pela autorização da coleta de dados durante os meses de abril a setembro de 2021.

Declaramos ciência de que nossa instituição é coparticipante do presente projeto de pesquisa e requeremos o compromisso do pesquisador responsável com o resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados.

Catalão, 01 de dezembro de 2020

_____

Fernando Silva de Oliveira

ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CATALÃO - UFCAT

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE LABORAL DE PESSOAS HIPERTENSAS ATENDIDAS EM UNIDADE DE PRONTO SOCORRO
Pesquisador: FERNANDO SILVA DE OLIVEIRA
Área Temática:
Versão: 3
CAAE: 51673221.9.0000.0164
Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CATALAO
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.284.443

Apresentação do Projeto:
Trata-se de um protocolo de pesquisa, cujo projeto apresentado está vinculado ao PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO ORGANIZACIONAL, sob responsabilidade de FERNANDO SILVA DE OLIVEIRA, e da equipe composta por seu orientador, o Prof. Luiz Almeida da Silva, e por Talita Correa Santana.

As informações elencadas acima foram retiradas do arquivo PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_ 1822050 e do Arquivo Projetof, ambos de 29/10/2021.

Resumo: "Avaliar a capacidade laboral e os fatores de risco em pacientes com picos hipertensivos ou urgências hipertensivas atendidos na Unidade de Pronto Atendimento de Catalão, GO." (p. 2).

Hipótese (se houver): "Qual o indice de capacidade para o trabalho do trabalhador hipertenso que apresenta pico hipertensivo?" (p. 2).

Metodologia: "Trata-se de um estudo observacional, transversal, quantitativo sobre DCNT e ICT, a ser realizado com a população atendida em uma unidade de pronto atendimento, situado no Município de Catalão – GO.
A instituição proponente da pesquisa será a Universidade Federal de Catalão, à qual o pesquisador

Endereço: Av. Dr. Lamartine Pinto de Avelar, 1120 Setor Universitário, Bloco Didático I, segundo piso (subindo as
Bairro: Setor Universitário **CEP:** 75.704-020
UF: GO **Município:** CATALAO
Telefone: (64)3441-7609 **E-mail:** cep@ufcat.edu.br

responsável está vinculado como aluno do Programa de Pós-graduação em Gestão Organizacional.
O local da pesquisa será o Município de Catalão, GO e terá como foco principal a Unidade de Pronto Atendimento (UPA).
Usuários do sistema de saúde, portadores de Hipertensão arterial sistêmica residentes no município de Catalão – GO. A amostra será composta por portadores de HAS que deram entrada para atendimento com queixa de HAS primária (CID I10) na UPA no período de 2019 a 2020. De acordo com a direção da UPA, passam diariamente aproximadamente 80 pacientes atendidos com o CID I-10, na unidade. Considerando esse dado, temos que
a população atendida em dois anos será de aproximadamente 1920 pessoas.
N= 1920
E= 0,05
N1=1/E^2 = 400
n=(N x N1)/(N+N1) x=(1920 x 400)/(1920+400)=331 participantesSomando 20% como estratégia de previsão de perdas, o n estipulado será de 394 participantes
Para composição da amostragem, será realizada uma planilha eletrônica com a relação dos prontuários que serão ordenados em ordem alfabética e realizado sorteio aleatório para utilização de amostragem probabilística, utilizando um IC(95%), 0,05
Os participantes serão selecionados via prontuário no Sistema e-SUS, onde será feito um levantamento dos atendimentos feitos na UPA com a queixa principal de HAS primária, CID I10.
Após essa etapa ocorrerá uma busca ativa de todos esses usuários e os mesmos serão convidados a participarem do estudo, desde que cumpridos os critérios de inclusão. Caso os participantes não cumpram os critérios será realizado novo sorteio para repor o quantitativo.
Para alcançar o objetivo proposto, serão utilizados dois questionários compostos por questões fechadas, a serem respondidos por meio de entrevista, com o intuito de caracterizar a amostra, avaliar fatores de risco para DCNT e avaliar a capacidade para o trabalho dessa população. O questionário será aplicado pelo próprio pesquisador ou equipe treinada, de forma presencial no domicílio do paciente, em horário previamente acordado, via contato telefônico.
A coleta de dados será dividida em fases:
Fase I:
No mês de fevereiro, através do prontuário presente no e-SUS será feito a coleta de dados pessoais (Idade, telefone e endereço) dos possíveis participantes.
Fase II:
Após a fase 1 será feito contato via telefone convidando-o a se tornar um participante da

pesquisa. A coleta de dados ocorrerá de forma presencial, em horário a ser marcado no domicílio do participante, seguindo todos os protocolos de biossegurança vigente. Para a entrevista será marcado um horário no qual o pesquisador ou algum membro de sua equipe entrará em contato com participante portando um tablet no qual será feito a coleta de dados. Antes do início da coleta de dados será oferecido ao participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que terá suas duas vias assinadas, sendo que uma delas ficará de posse do participante e a outra, do pesquisador. Será garantido o sigilo e o anonimato a todos os participantes." (p. 2-3).

Critérios de Inclusão: "Os critérios para inclusão dos pacientes no estudo serão: pacientes atendidos na UPA, nos anos de 2019 e 2020, com a queixa principal de elevação de PA e CID I10 de HAS primária, com ou sem diagnóstico prévio, integrantes da população economicamente ativa, maiores de 18 anos, independentemente de sexo, formação profissional, que aceitarem participar da pesquisa, e que estejam ativos no exercício de suas funções laborais." (p. 3).

Critérios de Exclusão: "Serão excluídos os pacientes com quadro de HAS secundária a doenças de base comprovadas no prontuário do paciente ou no contato telefônico prévio após a seleção dos prontuários além dos não vacinados com pelo menos uma dose da vacina contra COVID" (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1822050, de 15/02/2022, p. 3).

Objetivo da Pesquisa:

As informações elencadas foram retiradas do arquivo PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1822050, de 29/10/2021.

Objetivo Geral: "Avaliar a capacidade laboral e os fatores de risco em pacientes com picos hipertensivos ou urgências hipertensivas atendidos na Unidade de Pronto Atendimento de Catalão, GO." (p. 2).

Objetivos Específicos: "Traçar o perfil sociodemográfico dos pacientes atendidos na UPA com a classificação I10, HAS primária, no CID 10; Investigar os riscos laborais associados ao aumento dos níveis de PA nesses pacientes; Investigar o período de tempo de trabalho perdido pela população economicamente ativa como consequência da HAS; Avaliar se existe associação entre os níveis pressóricos, dados sociodemográficos e Capacidade para o Trabalho.;" (p. 2).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As informações elencadas foram retiradas do arquivo PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1822050, de 29/10/2021.

Riscos: "Os riscos de participação no estudo são mínimos e incluem: cansaço e desconforto pelo tempo gasto no preenchimento do questionário, e ao relembrar algumas sensações diante do vivido com situações altamente desgastantes. Também consideramos como risco a exposição ao COVID-19, situação minimizada pelos cuidados acima e pela condição de imunização citada nos critérios de exclusão. Mobilização de sentimentos desencadeantes de sofrimento psicológico inerente à condição de saúde ou do trabalho, e caso isso ocorra, como estratégia de manejo o participante será encaminhado ao Serviço Social / Psicológico da UPA, como forma de assistência imediata, para, se necessário, futuro encaminhamento à atendimento Médico ou Psicológico disponível na Rede de Atenção à Saúde. Além disso, caso apresente algum sintoma gripal nos 15 dias após a entrevista, o participante será orientado a entrar em contato com pesquisador para encaminhamento de avaliação clínica do quadro, em Unidade de Saúde de Referência, caso necessário." (p. 3).

Benefícios: "Os achados da pesquisa beneficiarão os participantes de forma direta, através dos fatores educativos presentes durante a entrevista, podendo ser um momento de auto avaliação acerca do auto cuidado necessário às pessoas com condições crônicas. E indireta, pois teremos uma avaliação da rede de atenção à saúde à qual o participante pertence, com possibilidade de diagnósticos situacionais a serem apresentados às autoridades competentes" (p. 3).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo nacional e unicêntrico, prospectivo, randomizado.
Tem caráter acadêmico e será realizado para obtenção de título de mestre em Gestão Organizacional.
Não tem patrocinador; será realizado com recursos próprios.
O país de origem é o Brasil, sendo este também o país dos participantes.
O número de participantes incluídos no Brasil é de 1.920 e de entrevistados, 394. (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1822050, de 29/10/2021.)
Previsão de início da coleta de dados em 01/05/2022 e de término em 01/07/2022 (CronogramafF, p. 1).

Versão 3: Trata-se de análise de resposta ao parecer pendente no. 5.145.245 emitido pelo CEP em 03/12/2021.

Pendência 1: No TCLE, adequar a linguagem ao participante, sobretudo evitando o significado de siglas muito específicas. (Res. 466/2012 - IV.1, letra "b": "prestar informações em linguagem clara e acessível, utilizando-se das estratégias mais apropriadas à cultura, faixa etária, condição socioeconômica e autonomia dos convidados a participar da pesquisa" (p. 5).
Resposta: PREVIAMENTE ATENDIDA.
Análise: Atendida.

Pendência 2: No TCLE, explicitar que os resultados da pesquisa serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não. (Res. 466/2012 - XI.2, letra "g": "encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto" (p. 11).
Resposta: PREVIAMENTE ATENDIDA.
Análise: Atendida.

Pendência 3: No TCLE, explicitar que as entrevistas serão utilizadas como modo de aplicação de questionários, porque solicita-se autorização de divulgação de voz e imagem. Res. 466/2012 - II.5: (consentimento livre e esclarecido - anuência do participante da pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, após esclarecimento completo e pormenorizado sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar;)
Resposta: PREVIAMENTE ATENDIDA.
Análise: Atendida.

Pendência 4: Se mantiver gravação de voz e imagem, incluir boxes distintos para autorização da voz, imagem e opinião no TCLE, porque o/a participante pode consentir em uma delas e na(s) outra(s) não. A necessidade de gravação de voz e imagem não está clara (consentimento livre e esclarecido - anuência do participante da pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, após esclarecimento completo e pormenorizado sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios

previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar;) . Res. 466/2012 - II.5.
Resposta: PREVIAMENTE ATENDIDA.
Análise: Atendida.

Pendência 5: Apresentar critérios de exclusão no TCLE em consonância com os apresentados no arquivo Informações Básicas da Plataforma Brasil e no Projeto Detalhado, porque foram apresentados critérios distintos nos documentos mencionados. (N. Op. n. 001/201: "11 – Critérios de inclusão e exclusão dos participantes da pesquisa: devem ser apresentados de acordo com as exigências da metodologia a ser utilizada" (p. 10).
Resposta: Retirado dos critérios de exclusão do projeto e do TCLE o trecho: "os que se recusarem a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido".
Análise: Atendida.

Pendência 6: No TCLE, mencionar as estratégias de divulgação dos resultados (N. Op. nº 001/2013 - 3.4.1, item 15 e 15.1): (N. Op. n. 001/2013 - 3.4.1, item 14): "Resultados do estudo: garantia do pesquisador que os resultados do estudo serão divulgados para os participantes da pesquisa e instituições onde os dados foram obtidos." (p. 10); Res. 466/201 – 3.2, letra "n": "assegurar aos participantes da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa" (p. 4).
Resposta: Acrescentadas ao projeto, na página 11, 3º parágrafo, as estratégias apresentadas no TCLE.
Análise: Atendida.

Pendência 7: Mencionar, no TCLE, no Projeto Detalhado e no arquivo de Informações Básicas da Plataforma Brasil, a garantia de assistência imediata, integral e gratuita ao participante (Res. 466/2012 - III.2, letra o: "assegurar aos participantes da pesquisa as condições de acompanhamento, tratamento, assistência integral e orientação, conforme o caso, enquanto necessário, inclusive nas pesquisas de rastreamento" (p. 4); IV.3, letra "c": "esclarecimento sobre a forma de acompanhamento e assistência a que terão direito os participantes da pesquisa, inclusive considerando benefícios e acompanhamentos posteriores ao encerramento e/ ou a interrupção da pesquisa" (p. 5).
Resposta: Alteradas as estratégias apresentadas no TCLE, página 3, acordado com a direção clínica da UPA sobre o itinerário terapêutico dos participantes da pesquisa, caso necessitem, e

acrescentados as estratégias no TCLE, no projeto principal (página 10, 4º parágrafo) e no termo de anuência da UPA, conforme documentos anexados.
Análise: Atendida.

pendência 8: Acesso aos dados dos pacientes em novembro: coleta de dados pessoais em prontuários. Não menciona quando se dará o contato via telefone para convite para participar da pesquisa (p. 2 das Informações Básicas). Res. CNS nº 466/2012 - item XI, subitem 2, letra "a": (Cabe ao pesquisador: a) apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa), p. 11; N. Op. nº 001/2013 - 3.3, letra "f"; N.Op. nº 001/2013 - 3.3, letra "f"; 3.4.1, subitem 9.
Resposta: PREVIAMENTE ATENDIDA.
Análise: Atendida.

Pendência 9: Substituir, nos casos em que for pertinente, nos documentos deste protocolo, o termo paciente por participante.
Resposta: PREVIAMENTE ATENDIDA.
Análise: Atendida.

Pendência 10: Rever a necessidade de realizar a entrevista de modo presencial, considerando o estado de pandemia causado pela Covid-19 e que os participantes podem integrar um ou mais grupos de risco.
Resposta: PREVIAMENTE ATENDIDA.
Análise: Atendida.

Pendência 11: Incluir o Termo de Anuência da UPA, que será locus de coleta de dados. (II.9 - instituição coparticipante de pesquisa - organização, pública ou privada, legitimamente constituída e habilitada, na qual alguma das fases ou etapas da pesquisa se desenvolve;) Res. 466/2012 - II.9, letra b.
Resposta: PREVIAMENTE ATENDIDA.
Análise: Atendida.

Pendência 12: Adequar o cronograma do protocolo, uma vez que está previsto o acesso a prontuários médicos em novembro, enquanto que o período de apreciação ética é, no mínimo, de

sessenta dias. No arquivo Informações Básicas da Plataforma Brasil (p. 2), informa-se que "No mês de novembro, através do prontuário presente no e-SUS será feito a coleta de dados pessoais (Idade, telefone e endereço) dos possíveis participantes.". Esta etapa somente poderá ser realizada após aprovação pelo CEP.
Resposta: PREVIAMENTE ATENDIDA.
Análise: Atendida.

pendência 13: Detalhar melhor os riscos da pesquisa, sobretudo se se mantiver a realização de pesquisa nas residências dos participantes, pelo risco de contaminação por covid-19.
Resposta: PREVIAMENTE ATENDIDA.
Análise: Atendida.

Pendência 14: Elucidar quem constitui a equipe treinada a realizar as entrevistas, porque precisa constituir a equipe de pesquisa e, no protocolo, consta apenas o orientador do trabalho como integrante da equipe, além do pesquisador responsável.
Resposta: Incluída a assinatura da nova participante no termo de compromisso apresentado.
Análise: Atendida.

Pendência 15: Detalhar melhor o cálculo amostral, considerando que na Folha de rosto mencionam-se quinhentos participantes, mas nas Informações Básicas da Plataforma Brasil são computados 331 participantes. ("IV.3 - O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverá conter, obrigatoriamente: a) justificativa, os objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa, com o detalhamento dos métodos a serem utilizados, informando a possibilidade de inclusão em grupo controle ou experimental, quando aplicável) Res. 466/2012 - IV.3, letra "a".
Resposta: PREVIAMENTE ATENDIDA.
Análise: Atendida.

Pendência 16: Reservar um espaço maior para que o participante assine e não apenas assinale, consentindo ou recusando a divulgação da sua voz, imagem e opinião.
Resposta: PREVIAMENTE ATENDIDA.
Análise: Atendida.

Pendência 17: Organizar o documento para que a assinatura do pesquisador não fique em uma

página isolada da do participante.
Resposta: PREVIAMENTE ATENDIDA.
Análise: Atendida.

Em atenção às recomendações feitas em parecer anterior, o pesquisador respondeu que "Também foi alterado no cronograma e no projeto principal as datas de execução do projeto, devido a pendência no CEP, estando programado o início da coleta de dados para Abril de 2022".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:
Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
Considerando que as pendências apontadas no parecer anterior foram satisfatoriamente atendidas, o parecer a este protocolo é de aprovação, s.m.j deste Comitê.

Considerações Finais a critério do CEP:
O CEP/UFCAT considera este protocolo Aprovado.

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório" para que sejam devidamente apreciados no CEP, conforme Resolução CNS no. 466/12, item XI.2.d e Resolução CNS no. 510/16, art.28, item V.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1822050.pdf	15/02/2022 13:23:47		Aceito
Cronograma	cronogramaf5F.docx	15/02/2022 13:23:08	Luiz Almeida da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto5F.docx	15/02/2022 13:22:53	Luiz Almeida da Silva	Aceito
Outros	respostaCEP.docx	29/12/2021 08:34:14	FERNANDO SILVA DE OLIVEIRA	Aceito

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CATALÃO - UFCAT

Continuação do Parecer: 5.284.443

Declaração de Pesquisadores	TermoCompromisso.doc	29/12/2021 08:32:41	FERNANDO SILVA DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	instituicaoinfreaestrutura.pdf	29/12/2021 08:25:39	FERNANDO SILVA DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE27105.doc	29/12/2021 08:12:52	FERNANDO SILVA DE OLIVEIRA	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_5145245.pdf	29/12/2021 08:12:19	FERNANDO SILVA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	folhaderostof.pdf	29/10/2021 06:02:40	FERNANDO SILVA DE OLIVEIRA	Aceito
Orçamento	orcamentof.docx	29/10/2021 06:00:09	FERNANDO SILVA DE OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	07/09/2021 01:22:30	FERNANDO SILVA DE OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

CATALAO, 10 de Março de 2022

Assinado por:
Adriana Freitas Neves
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Dr. Lamartine Pinto de Avelar, 1120 Setor Universitário, Bloco Didático I, segundo piso (subindo as
Bairro: Setor Universitário **CEP:** 75.704-020
UF: GO **Município:** CATALAO
Telefone: (64)3441-7609 **E-mail:** cep@ufcat.edu.br