

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS MÉDICOS EM HIPERTENSOS

Observação do Registo de Critérios Explícitos e Normativos em Clínicos do Distrito de Lisboa

JOAQUINA BALTAZAR, ADRIANO NATÁRIO

Escola Nacional de Saúde Pública. Administração Regional de Saúde de Lisboa. Lisboa

RESUMO

As doenças cardiovasculares e em particular as cérebro-vasculares, são as de maior peso na mortalidade em Portugal, assim como no distrito de Lisboa. A hipertensão arterial é o mais potente e prevalente factor de risco para as doenças cardiovasculares, o mais importante preditor da esperança de vida e aparentemente fácil de controlar. Realizou-se um estudo descritivo transversal, através da observação, nos processos clínicos, do registo dos critérios explícitos normativos referentes a utentes identificados como hipertensos e com idades compreendidas entre os quarenta e cinco e sessenta e quatro anos. A análise dos resultados permite constatar que 28% dos hipertensos estudados tinham o processo de diagnóstico completo, 48% tinham o processo de seguimento e 41% tinham a hipertensão arterial controlada. Possíveis justificações para estes valores talvez residam na aderência do utente à vigilância, no subvalorizar dos factores de risco por parte dos profissionais de saúde ou ainda pelo facto de o médico de família, pelo conhecimento profundo que tem do indivíduo, descure os registos das observações efectuadas.

SUMMARY

Assessment of the quality of medical care for hypertensive patients

Cardiovascular and in particular cerebrovascular diseases are the most significant in mortality in Portugal, as well as in Lisbon. Arterial hypertension is the highest and most prevalent risk factor for cardiovascular diseases, the most important *predictor* of life span and apparently easy to control. A descriptive study has been made through observation of the clinical procedures, from the record of the explicit normative criteria used in identified hypertensive people aged between forty five and sixty four years. From the analysis of the results we may confirm that 28% of the studied hypertensive individuals had a complete diagnostic process, 48% has a complete following process and 41% had controlled arterial hypertension. The possible justifications for these values are the adherence of the ill individuals to vigilance, the undervalue of risk factors by health professionals or even the fact that the family doctor, due to his deep knowledge of the individual, neglects the records of the observations already made.

INTRODUÇÃO

As doenças do sistema cardiovascular constituem a causa mais frequente de mortalidade e morbidade nos países ocidentais em adultos acima dos quarenta anos¹. São responsáveis por uma percentagem de mortes prematuras

superior à de qualquer outra causa e mesmo superior à percentagem constituída pelo conjunto das doenças neoplásicas e infecciosas².

O tributo em vidas humanas pago em função das D.C.V. é preocupante seja para os médicos de família, seja para os médicos de saúde pública³.

Dentro das Doenças Cardiovasculares (D.C.V.), as cérebro-vasculares são as de maior peso na mortalidade em Portugal^{4,6}, assim como no distrito de Lisboa⁶.

Estudos populacionais de *follow-up* identificaram factores de risco *major* para as D.C.V. Destes factores, a Hipertensão Arterial (H.T.A.) é o mais potente e prevalente factor de risco e o mais importante preditor da esperança de vida. Estudos estatísticos⁷, revelaram que valores tensionais e mortalidade por doenças cardiovasculares tendem a ser paralelos: quanto mais elevados os valores tensionais, mais importante será o efeito da sua redução na mortalidade e morbidade. Este facto já é tido em conta desde os estudos de Framingham⁸, sendo também uma componente do problema de saúde considerado prioritário pela Direcção-Geral de Cuidados de Saúde Primários (D.G.C.S.P.) no período de 89/91⁹. A H.T.A. é assim um problema de saúde pública de grande magnitude e vulnerabilidade.

O diagnóstico, vigilância e o controlo dos hipertensos a nível dos cuidados de saúde primários constituem uma área onde podem ser desenvolvidas metodologias para uma adequada avaliação da qualidade dos cuidados de saúde¹⁰ pois há padrões definidos.

A avaliação da qualidade da prática médica e dos serviços de saúde remonta ao aparecimento destes, se considerarmos a opinião pública como método de avaliação. Aparecem normas destinadas a este fim no código de Hamuravi (2500 a.C.) e nos textos de Hipócrates (Séc. IV a.C.). No entanto o uso da avaliação dos cuidados médicos de uma forma científica tem-se desenvolvido de maneira lenta e com metodologias diversificadas¹¹⁻¹⁵.

A literatura recente, pelo avolumar de artigos publicados, mostra-nos a importância crescente deste tema. Podemos encontrar justificação para isto:

- Os crescentes custos e a complexidade da actuação médica (uso indiscriminado de tecnologia e procedimentos médicos cada vez mais sofisticados).

- A recusa de diagnósticos incorrectos, erros terapêuticos e cuidados desnecessários.

- Necessidade de mudar a antiga ideia de senso clínico, transformando-a de arte médica para um objecto de estudo e investigação¹⁶.

Entre nós, a qualidade aparece como um dos elementos definidos como prioritários para o sector da saúde nas grandes opções do plano para 1990 (lei 100/89 de 29 de Dezembro) e o mesmo aspecto está consagrado no recente Decreto-Lei n.º 73/90 de 6 de Março de 1990 o qual regulamenta o regime legal das carreiras médicas.

Assim as Doenças Cardiovasculares e Qualidade são duas preocupações actuais dos cuidados de saúde primários.

A avaliação da qualidade da consulta de H.T.A. foi considerado por vários autores como um indicador de monitorização da qualidade de cuidados médicos em ambulatório¹⁸⁻²¹. Segundo Kessener¹⁸, a H.T.A. é uma das poucas doenças ou condições que satisfaz todas as características de um marcador (*tracer*): tem uma elevada prevalência, é fácil de definir e diagnosticar, o tratamento mais eficaz é o mais aceite e é sensível à qualidade de prestação de cuidados.

O controlo do grupo de risco de hipertensos numa sociedade reflecte o seu sistema sanitário e pode supor uma poupança importante de recursos²².

Uma das actividades do programa das doenças cardiovasculares da Administração Regional de Saúde (A.R.S.) de Lisboa para 1991, é a avaliação da qualidade dos cuidados prestados aos Hipertensos²³. Por este motivo, pelas considerações feitas anteriormente e com a finalidade de reduzir a morbimortalidade por D.C.V. nas populações, decidiu-se realizar uma avaliação da qualidade de cuidados médicos em doentes diagnosticados como hipertensos e pertencentes à lista de utentes de um clínico de cada centro de saúde do distrito de Lisboa.

Esta avaliação da qualidade não pode ser enquadrada nas formas tradicionalmente estabelecidas de avaliação da qualidade (*Quality assurance, quality control, peer review, audit médico, ...*)¹² devido ao seu carácter exploratório e voluntário, e como tal desinserido da cadeia do poder da instituição.

Pretende-se com esta avaliação detectar possíveis erros para se poderem empreender acções de sensibilização aos clínicos para correcção destes. Pois a atitude perante os erros não é escondê-los. A crítica de outros favorece a correcção e o progresso.

Tendo em conta a bibliografia consultada formulamos as seguintes hipóteses de trabalho²⁷⁻²⁹:

- Em 40% dos Hipertensos estudados foram seguidos os critérios explícitos e normativos no que diz respeito ao processo de diagnóstico.

- Em 40% dos Hipertensos estudados foram seguidos os critérios explícitos e normativos no que diz respeito ao processo de seguimento.

- 40% dos Hipertensos identificados estão com H.T.A. controlada no último ano.

- O controlo da H.T.A. é independente do exame físico de seguimento, exames complementares de diagnóstico e número de consultas no último ano.

METODOLOGIA

O estudo efectuado foi do tipo descritivo transversal. Este tipo de estudo permitiu recolher, de uma forma exaustiva, a informação pretendida num curto espaço de tempo.

O universo em estudo foram todos os hipertensos identificados na lista de utentes de um clínico de cada Centro de Saúde (C.S.) pertencente ao distrito de Lisboa. O critério de selecção do clínico era ser coordenador local do programa das D.C.V.. Obteve-se assim um total de 44 clínicos para o estudo.

A população em estudo foram os hipertensos de ambos os sexos com idades compreendidas entre os 45 e os 64 anos. Optou-se por esta idade pelos seguintes motivos: 1 - existe consenso na classificação da H.T.A., pelos critérios utilizados, neste grupo etário, o mesmo não acontece para idades inferiores²⁹, 2 - sensibilização do clínico para grupos etários mais jovens pois 10% dos A.V.C. e 20% dos acidentes isquémicos coronários ocorrem antes dos 65 anos⁶ o que leva a muitos anos de vida perdidos.

Obteve-se a amostra em estudo após uma selecção aleatória de dez hipertensos por clínico utilizando uma tabela de números aleatórios. Ordenou-se previamente os números aleatórios por ordem crescente. Os hipertensos eram posteriormente identificados por esta mesma ordem, de acordo com a organização dos ficheiros de cada clínico: 1 - ficheiro de hipertensos do C.S., 2 - ficheiro piloto individual do clínico. 3 - directamente dos processos

clínicos que tinham uma identificação própria de cada clínico.

Posteriormente eram retiradas pelo médico as fichas clínicas correspondentes ao hipertenso identificado que serviam de base à recolha de informação.

Os dados recolhidos foram dados de processo e indiretamente através destes foram estudados dados de resultados, expressos em termos do controlo da H.T.A. Os dados de processo segundo Palmer¹¹, descrevem a qualidade e quantidade das acções tomadas pelos prestadores em relação aos doentes e as respostas destes. Neste estudo foram utilizados dados que correspondem à sistematização seguida pelo clínico na observação do doente, em dois períodos distintos de tempo com duração de um ano cada. A saber: o primeiro período, ano de diagnóstico, desde a primeira consulta em que se efectuou a medição de T.A. ≥ 160 e/ou 95 mmHg até um ano após. O segundo período, o ano de seguimento, desde 1 de Setembro de 1990 até 30 de Setembro de 1991.

Pretendeu-se assim estudar o componente efectividade da avaliação. Efectividade segundo Palmer¹¹ é a situação em que os benefícios atingíveis em condições óptimas de saúde são verdadeiramente atingíveis na prática diária.

Como instrumento de medida elaborou-se um questionário com base na bibliografia consultada^{4,24-28}. Este englobava 4 áreas:

Características demográficas da amostra: sexo; idade.

Processo de diagnóstico: diagnóstico correcto da H.T.A.; registo do exame físico de diagnóstico; registo dos exames complementares de diagnóstico; registo do estágio de reperiência orgânica; registo dos antecedentes familiares; registo dos antecedentes pessoais.

Processo de seguimento: registo de pelo menos uma consulta no último ano; registo de pelo menos uma consulta há menos de 6 meses; registo do exame físico de seguimento; registo dos exames complementares de seguimento; registo de terapêutica farmacológica e não farmacológica; evolução do peso; evolução da colesterolemia; evolução de outros hábitos (tabágicos e/ou alcoólicos).

Controlo da H.T.A.: este suporte de informação era constituído por perguntas fechadas, previamente codificadas.

Os dados eram recolhidos da ficha clínica desde que registados nesta e obedecessem aos critérios estabelecidos nas normas da D.G.C.S.P. Para as restantes foram utilizados critérios estabelecidos com os clínicos aquando da reunião que se efectuou com estes.

Para o exame físico de diagnóstico e seguimento foi considerado registado desde que constasse pelo menos um dos *items*: peso, altura, auscultação cardiopulmonar, pulsos periféricos, exame abdominal e fundoscopia.

Para o registo dos factores de risco deveriam constar os antecedentes familiares (A.V.C, H.T.A., diabetes, dislipidemias, nenhum) e os antecedentes pessoais (hábitos tabágicos, hábitos alcoólicos, obesidade, dislipidemias, outros – coronariopatia, Acidente Vascular Transitório (A.I.T), A.V.C – nenhum).

Foi considerado um hipertenso sem qualquer antecedente pessoal de risco, desde que os antecedentes tivessem sido questionados, registados e não constasse qualquer destes indicados.

Considerou-se H.T.A. controlada se a média dos valores tensionais registados nas consultas do último ano tivessem um valor inferior a 160/95mmHg e não controladas se valores de T.A. fossem superiores ao valor mencionado ou se a última consulta do ano tivesse sido há mais de seis meses.

Com o fim de operacionalizar a informação e permitir o estabelecimento de comparações e relações foram elaborados critérios de agrupamento que pretendem sintetizar a informação dos *items* 2 e 3 que dizem respeito ao processo de diagnóstico e ao processo de seguimento. Assim foi considerado que o processo de diagnóstico estava bem concluído desde que estivessem registados (na totalidade ou parcialmente) 5 a 6 dos pontos referenciados para esta área. O processo de seguimento estava bem concluído desde que estivessem registados 2 ou 3 dos seguintes pontos: 1 – consulta há menos de 6 meses, 2 – exames complementares de seguimento, 3 – exame físico de seguimento. As restantes combinações de registo ou eram incompletas ou não existiam.

Para se obter a colaboração dos clínicos e informar sobre os objectivos do trabalho, efectuou-se uma reunião para a qual foram convocados previamente. Nesta reunião também foi discutida a melhor forma de se obter a informação pretendida e os *items* a incluir na avaliação da qualidade.

Posteriormente foi marcada uma entrevista individualizada no local de trabalho de cada clínico, para selecção da amostra de hipertensos a estudar e recolha de dados.

Foi realizado um pré-teste no C.S. Barão do Corvo, V.N. Gaia, Distrito do Porto, na semana de 2 a 6 de Setembro para testar as dificuldades a encontrar na recolha de dados (tempo a gastar na recolha de dados, participação do clínico), e/ou na selecção da amostra (tipos possíveis de identificação dos hipertensos).

Os dados foram recolhidos pelos autores e pelo clínico a que estava a ser feita a avaliação. Este pesquisava nos processos clínicos se havia ou não os dados pedidos.

O período de recolha dos dados decorreu de dezoito de Setembro a dezoito de Outubro de 1991 no local de trabalho da respectivo clínico.

Após recolha de dados estes foram tratados por computador utilizando o programa de estatística microstat.

RESULTADOS

Adesão dos clínicos: Da totalidade dos 44 clínicos, participaram no estudo 35. Assim a adesão foi de 79%.

Amostra em estudo: Após selecção dos hipertensos obtiveram-se 349 processos clínicos. Isto porque num C.S. a totalidade dos Hts. do grupo etário em estudo eram apenas 9. Após recolha de dados foram eliminados 49 processos pelos seguintes motivos: 1 – Normotensão 6 casos, 2 – H.T.A. *borderline* 22 casos, 3 – Outros (processos desaparecidos, falecidos e transferidos) 21 casos. Assim a amostra estudada foi de 300 casos, 86% da amostra inicial.

Características demográficas da amostra: Como se pode observar no *Quadro 1*, predominam o sexo feminino (63%) e os grupos etários com mais idade (66,8% mais de 55 anos).

QUADRO 1 – Distribuição da amostra por sexo e idade

	45-49	50-54	55-59	60-64	Total	%
Masculino	25	15	41	28	109	36,3
Feminino	26	33	67	65	191	63,7
Total	51	48	108	93	300	
%	17,1	16,1	36,1	30,7		100

Fonte: Baltazar J., Natário A., 1991

Processo de diagnóstico

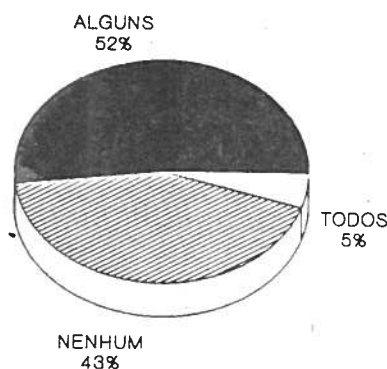
Identificação correcta da H.T.A.: De acordo com os critérios definidos na metodologia encontramos 81,5% (245) dos processos clínicos com os critérios de diagnóstico correctamente registados, 12,5%³⁷ já estavam diagnosticados por outro clínico e 18,5%⁵⁵ estavam incorrectamente identificados.

Registo do exame físico e exames complementares de diagnóstico: A maioria dos clínicos tem preferência pelo registo parcial destes valores: 52% (156) dos registos têm pelo menos um dos *itens* do exame físico, sendo o mais registado a auscultação cardiopulmonar (43,3%) e o menos a Fundoscopia (7,3%). Quanto aos exames analíticos 56,6% (170) dos registos têm pelo menos um anotado, sendo o mais anotado o electrocardiograma (63,7%) e o menos o potássio (28,3%). Fig. 1 e 2.

Registo do estágio de repercussão orgânica: Dos processos clínicos observados 91,7% (275) não tinham registo do estágio de repercussão orgânica.

Registo dos antecedentes familiares: Os antecedentes familiares são explicitados no Quadro 2. É de salientar que 66% dos clínicos não registam os antecedentes familiares.

Registo dos antecedentes pessoais: A maioria dos processos clínicos – 64,3% contém registo dos antecedentes pessoais, Quadro 3.



Fonte: Baltazar J., Natário A., 1991

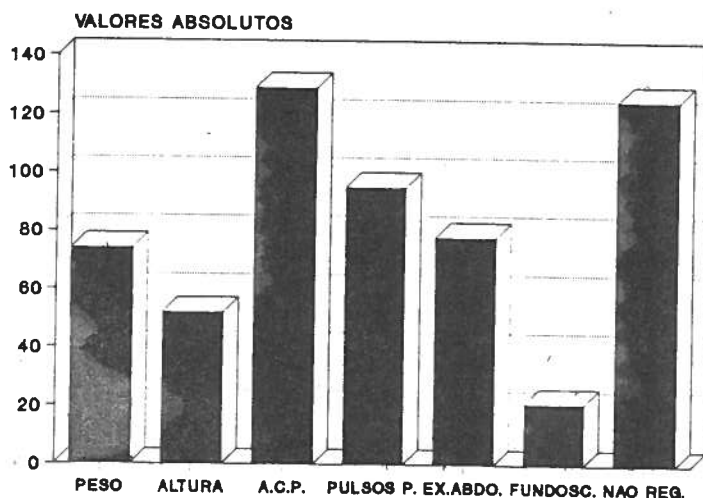
Fig. 1 – Registo do Exame Físico de Diagnóstico.

QUADRO 2 – Registo dos Antecedentes Familiares

	N.º (%)	%
REGISTADOS	102	34,0
A.V.C.	14 (14,0)	
H.T.A.	20 (20,0)	
Diabetes	7 (7,0)	
Dislipid.	0 (0,0)	
Nenhum	49 (49,9)	
Outras comb.	12 (12,0)	
NÃO REGISTADOS	198	66,0
TOTAL	300	100

QUADRO 3 – Registo dos Antecedentes Pessoais

	N.º (%)	%
REGISTADOS	193	64,3
Hab. tabag.	6 (2,1)	
Hab. álcool	8 (2,8)	
Sedentar.	1 (0,3)	
Obesidade	21 (7,4)	
Diabetes	24 (8,5)	
Dislipid.	7 (2,4)	
Nenhum	82 (28,8)	
Outros	15 (5,2)	
Hab. tab+alc.	6 (2,1)	
Outras comb.	33 (12,0)	
NÃO REGISTADOS	107	35,7
TOTAL	300	100



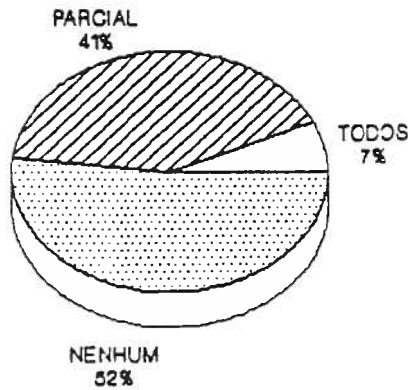


Fig. 2 – Registo dos Exames Complementares de Diagnóstico

Processo de seguimento

Registo do número de consultas no último ano: Dos processos clínicos observados 73,3% (220) tinham tido pelo menos uma consulta no último ano e destes 220 hipertensos (15,3%) tinham o registo de mais de 7 consultas. Dos 80 que não tinham registo de consultas 77,5% não o faziam há pelo menos 3 anos. Fig. 3.

Registo de uma consulta há menos de 6 meses: 65,2% (196) – tinham registo de consulta há menos de seis meses. 34,8% (104) – não tinham registo (destes 24 casos tinham tido pelo menos uma consulta no último ano). Fig. 3

Registo do exame físico e exames complementares de seguimento: Dos processos clínicos observados a maioria não tinha qualquer registo destes exames. Assim 70,4% (211) não tinham registos do exame físico e 52% (156) não tinha registo de exames complementares. Figs 4 e 5

Registo da terapêutica farmacológica e não farmacológica: Há preferência de registo pela terapêutica farmacológica (72%) em relação à não farmacológica.

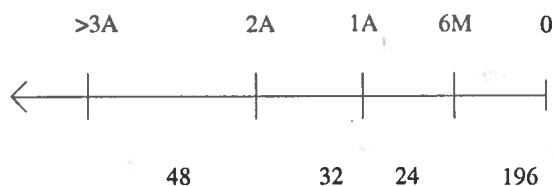


Fig 3 – Distribuição dos hipertensos por consultas no último ano.

	REGIST.		NÃO REG.	
	Nº	%	Nº	%
Hb e HT	88	29.3	212	70.7
CREAT/UR	75	25.0	225	75.0
K+	47	15.7	253	84.3
E.C.G.	100	33.3	200	66.7
Rx. T.	63	21.0	237	79.0
URINA II	85	28.3	215	71.7
COLEST.	115	38.3	185	61.7
Ac. ÚRICO	91	30.3	209	69.7
GLICEMIA	105	35.0	195	65.0

Registo da evolução do peso: Dos processos clínicos observados 85% não tinham registo da evolução do peso.

Registo da evolução da colesterolémia: Foi observado que 67% dos casos não tinham registo da evolução deste valor.

Registo dos hábitos tabágicos e/ou alcoólicos: 41% dos processos não tinham o registo da evolução destes hábitos ou não havia registo destes nos antecedentes pessoais.

Dados de resultados

Controlo da P.A. no último ano: De acordo com os critérios definidos na metodologia, verificámos que estavam controlados 41% (123); 25,7% (77) dos hipertensos não estavam controlados e em 33,3% (100) não havia registo dos valores da P.A. nos últimos seis meses. Fig. 6

DISCUSSÃO

É controverso o facto de um estudo de avaliação da qualidade ser feito com base nos registos efectuados pelos clínicos aquando da observação do doente. No entanto tem sido esta a fonte de dados mais utilizada em avaliação da qualidade. Tem as seguintes vantagens: documenta de forma permanente os cuidados de saúde prestados; permite a recolha de informação de uma forma rápida e simples e pode constituir um instrumento útil de melhoria da qualidade de cuidados¹².

No entanto tem a desvantagem de se apresentar de uma forma volumosa, mal organizada, incompleta e ilegível¹².

Neste trabalho parece ter sido uma metodologia útil e adequada, pois as desvantagens citadas foram atenuadas



Fonte: Baltazar J., Natário, A. 1991

Fig. 4 – Registo do Exame Físico de Seguimento

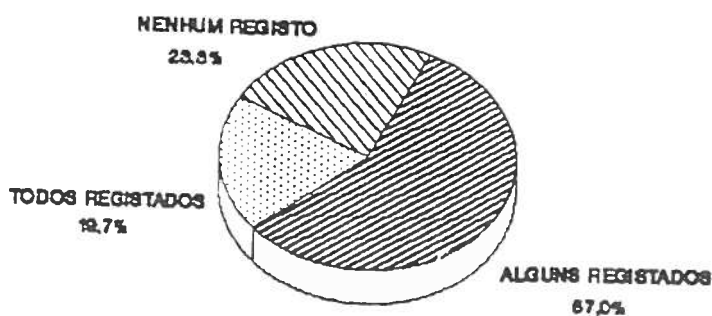
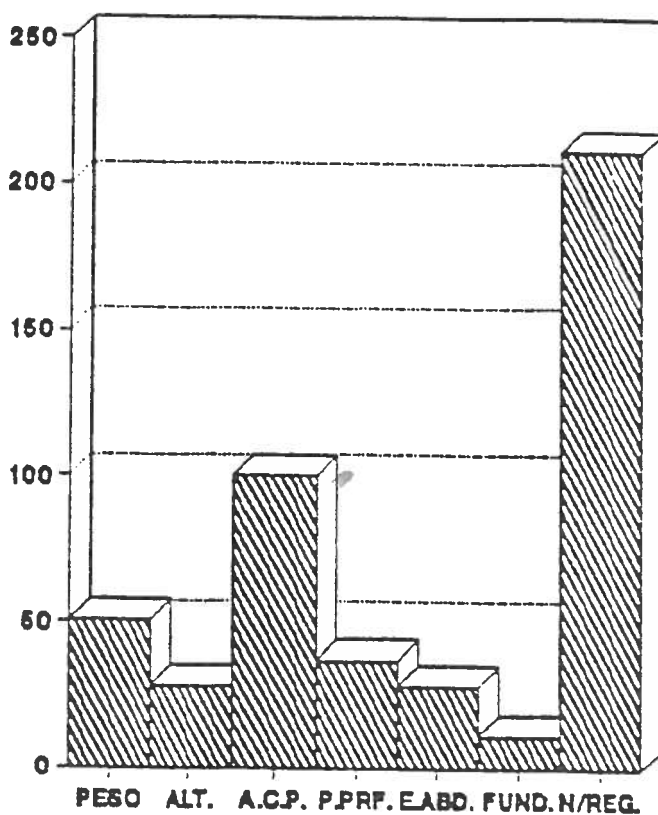


Fig. 5 – Registo dos Exames Complementares de Seguimento

	REGIST.		NÃO REG.	
	Nº	%	Nº	%
Hb e HT	149	49.7	151	50.3
CREAT/UR	138	46.0	162	54.0
K+	85	28.3	215	71.7
E.C.G.	191	63.7	109	36.3
Rx. T.	119	39.7	181	60.3
URINA II	140	46.8	159	53.2
COLEST.	163	54.5	136	45.5
Ac. ÚRICO	141	47.0	159	53.0
GLICEMIA	158	52.7	142	47.3

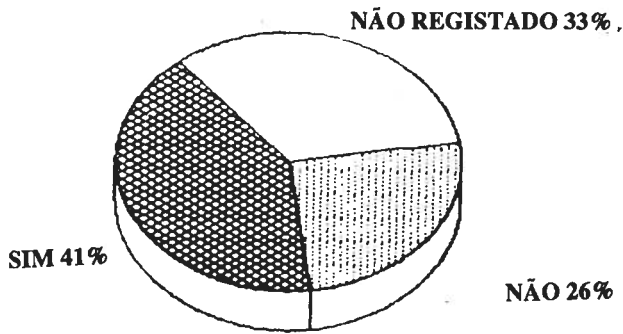


Fig. 6 - P.A. Controlada no último ano

pela participação do clínico na recolha dos dados em causa.

No entanto a participação deste tornou-se em alguns casos fonte de dificuldades por tentar ocultar a não existência de determinados valores.

Outro dos motivos que torna este método vantajoso é o de ser um meio de sensibilização (ou educação) para os profissionais de saúde no sentido de realçar a importância dum notaçãõ correcta em Cuidados de Saúde Primários e muito particularmente no acompanhamento de doenças crónicas.

Por se pensar que um método de avaliação da qualidade deve ter em atenção a possibilidade da sua integração na vida normal do Centro de Saúde levou a que se optasse apenas por dois períodos de tempo para o estudo. Isto teve como consequência o facto de só se obterem dois valores para comparação (data de diagnóstico e último ano). No entanto se as normas fossem cumpridas estes dois períodos eram suficientes.

Quanto à amostra seleccionada com base em dez hipertensos por clínico pensamos ter sido representativa pelos seguintes motivos: os dez hipertensos constituíram em alguns clínicos aproximadamente dois terços da totalidade dos hipertensos deste grupo etário, chegando mesmo num C.S. a não haver a totalidade de dez hipertensos.

Pensamos não haver vieses introduzidos pelos observadores. Pois o facto de serem dois e por vezes três levou a que a informação recolhida fosse a informação realmente existente.

A operacionalização da informação pode não ter sido feita da forma mais adequada pois que não foi introduzido nenhum factor de ponderação e a escala utilizada foi muito reduzida: todos, alguns e nenhum. O valor *alguns* é susceptível de críticas, pois engloba tanto uma só resposta como várias.

Três das perguntas formuladas no questionário referentes à evolução do peso, evolução da colesterolemia e evolução de hábitos tabágicos e/ou alcoólicos, não cumpriram o seu objectivo por falta de especificidade na colheita de informação.

A adesão dos clínicos foi superior ao esperado, possivelmente pelo facto de este estudo ter tido a supervisão do coordenador distrital do programa das D.C.V. e estar envolvido no trabalho.

Os critérios utilizados para exclusão de quarenta e nove processos pensamos serem admissíveis e explicados pelo

seguinte: Os normotensos e os classificados de *outros* revelam descuido na actualização do ficheiro de identificação e como tal não deviam fazer parte dele. Os H.T.A. *borderline* apesar de pertencerem normativamente ao ficheiro de hipertensos não eram objectivo de estudo neste trabalho. O facto de se incluir no estudo hipertensos com o registo de diagnóstico mal formulado (só uma medição de T.A. >160/95mmHg) deve-se ao facto de pensar que se o clínico o considerou hipertenso é porque este o é na realidade. Pensamos que este valor influi apenas numa baixa de qualidade nos critérios de diagnóstico.

Na análise das características demográficas da amostra verificámos que os resultados referentes ao sexo vão de encontro a estudos de prevalência já realizados⁴. No entanto inquéritos populacionais têm indicado a necessidade de detectar com mais frequência a H.T.A. no sexo masculino atendendo a que estes contactam menos vezes os C.S. e consequentemente têm menor oportunidade de serem diagnosticados e tratados.

Quanto à idade predominam os grupos etários quinzenais de mais idade o que está de acordo com outros estudos epidemiológicos.

Quanto aos dados de processo recolhidos pensamos que os valores encontrados se devem ao facto de o clínico não registar parcialmente a informação colhida aquando do diagnóstico e do seguimento. Uma justificação para isto talvez resida no facto de o médico de família, pelo conhecimento profundo que tem do indivíduo no seu todo, e pela continuidade de cuidados que lhe presta, estar numa situação que o leva a descuidar os registos das observações (exames físicos, analíticos, factores de risco) aquando da consulta. No entanto este facto deveria influenciar positivamente o controlo da H.T.A. e de outros factores de risco o que não foi verificado no estudo. Outra justificação seria o facto de o clínico não achar necessário seguir criteriosamente as normas da D.G.C.S.P. por pensar que são exames a mais e que se tornam supérfluos. Neste caso estão a ser postas as normas em causa; será a sua revisão recomendável?

Estes resultados também podem ser justificados pela dificuldade de aderência do indivíduo em risco, pois este não vai tratar um sintoma ou uma doença mas sim *um risco* de patologia que até pode nunca vir a acontecer.

Alguns autores sugerem que o controlo da P.A. é o elemento mais importante para avaliar a qualidade de cuidados a hipertensos. A P.A. controlada é, no entanto, variável de estudo para estudo, sendo o leque de variação de 34% até 71%³⁶.

Assim sendo o valor encontrado neste estudo está dentro deste intervalo apesar de ser próximo do limite inferior. O facto de parecer haver associação estatística entre a variável P.A. controlada e o número de consultas no ano, o exame físico de seguimento e os exames complementares de seguimento merecem uma atenção especial, pois a H.T.A. tem uma causa multifactorial, em que só uma abordagem global a pode controlar efectivamente.

CONCLUSÃO

Apenas 28% dos processos clínicos observados tinham o processo de diagnóstico completo. Contribuiu para estes resultados os baixos registos encontrados do estágio de recursão orgânica.

48% dos processos clínicos observados tinham o processo de seguimento completo. Os baixos registos do exame físico de seguimento, dos exames complementares de seguimento e a adesão dos hipertensos contribuíram para estes resultados.

41% dos hipertensos identificados estão controlados.

BIBLIOGRAFIA

1. McNEIL J.J.: The cost of untreated hypertension. *Medocografia*, 1985; 7 (1).
2. BEEVERS D.G., MAC GREGOR G.A.: *Hypertension in practice*. London, Martin Dunitz, Ltd. 1987.
3. ROSE G.A., BLACKBURN H., GILLUM R.F., PRINEAS R.J.: *Méthodes d'enquête sur les maladies cardiovasculaires*. Genève, O.M.S. 1984.
4. LOPES DIAS J., IMPERATORI E., PEREIRA MIGUEL J., CASTELL BRANCO, CORREIA NUNES A., SAKELLARIDES C.: *Hipertensão Arterial e Cuidados de Saúde Primários*, Lisboa, D.G.C.S.P. 1984.
5. LEITÃO A.: Dar mais anos à vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*; 6 (1-2): 5-18.
6. Portugal, Instituto Nacional de Estatística. *Estatísticas de Saúde*, Lisboa, 1990.
7. Society of actuaries community on mortality. *Build and Blood Pressure Study 1959*. Chicago: Society of actuaries, 1960.
8. KANNEL W.B.: Assessment of hypertension as a predictor of cardiovascular disease: the Framingham study of hypertension - Its nature and treatment, S1 - CIBA, 1975.
9. D.G.C.S.P.: *Grandes linhas de acção para o período de 89/91*.
10. NOGUEIRA J.M.R.: Avaliação da qualidade de cuidados médicos em doentes hipertensos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 1990; 8 (3): 48-57.
11. PALMER R.H.: *Evaluación de la asistencia ambulatoria, principios y práctica*. Ministerio de Sanid e Consumo, Madrid 1989.
12. IMPERATORI E.: *Avaliação de Centros de Saúde, aspectos conceptuais*. Lisboa, D.G.C.S.P., 1988.
13. SILVA C.: *Garantia de qualidade dos cuidados médicos hospitalares, uma perspectiva global*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 1985; 3 (4): 7-14.
14. ROEMER M.I., MONTOYA A.C.: *Quality assessment and assurance in primary health care*. Geneva. Who, 1988.
15. NICK BLACK: *Quality assurance of medical care*. *Journal of Public Health Medicine*, 1990; 12 (2): 97-104.
16. MIRANDA J.A.: *Qualidade, senso clínico e formação em clínica geral*. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 1989; 6. (4): 126-134.
17. IMPERATORIE.: *Comentário*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 1990; 8.
18. KESSNER D.M. *et al.*: *Assessing health quality - the case for tracers*. *The New England Journal of Medicine*, 1973; 4. (288): 126-194
19. GONNELLA J.S. *et al.*: *The staging concept an approach to the assessment of outcome of ambulatory care*. *Medical Care*, 1976; 14. (1): 13-21
20. TARLOV A.R., WARE J.E. Jr., GREENFIELDS S., NELSON E.C., PERRIN E., ZUBKOFF M.: *The medical outcomes study - an application of methods for monitoring the results of medical care*. *JAMA*, 1989; 262.
21. IMPERATORI E.: *Um modelo de avaliação para os nossos centros de saúde*. In: *Encontro da Qualidade dos Serviços de Saúde*, n.º1, LISBOA, 1988.
22. VALLBONA C.: *Hipertensión arterial en la atención primaria*. *Atención Primaria*, 1984; 1.
23. *Administração Regional de Saúde de Lisboa - Plano de Actividades 1991*, Lisboa, 1990
24. *Ministerio de Sanidad y Consumo. Avaliação da qualidade dos cuidados de saúde primários, experiências no âmbito da cooperação ibérica: desenhos dos projectos - Madrid*, 1990.
25. Portugal, D.G.C.S.P.: *Circular normativa n.º 100/DSA: definição e classificação da hipertensão arterial*. Lisboa, 1989.
26. Portugal, D.G.C.S.P.: *Circular normativa n.º 12/DSA: exames complementares mínimos no doente hipertenso*. Lisboa, 1989.
27. Portugal, D.G.C.S.P.: *Circular normativa n.º 13/DSA: normas de seguimento dos hipertensos*. Lisboa, 1989.
28. *Grupo de Estudos de Hipertensão Arterial - 1.ª Reunião Nacional sobre Recomendações, Competências e Consensos em Cardiologia*. Tema n.º 8.2; Tema n.º 8.3. Lisboa, Novembro 1988.
29. MOTA J.C., SAKELLARIDES C.: *Epidemiologia e controle da hipertensão arterial - alternativa*. In: *Hipertensão Arterial*, ed. Nogueira da Costa M.S.D., 1979.
30. Portugal. *Ministério da Saúde. Grupo Coordenador do Programa da Hipertensão Arterial, Divisão de Saúde de Adultos - Programa de Controlo da Hipertensão Arterial na Comunidade com Base nos Centros de Saúde*. Lisboa D.G.C.S.P. 1980
31. PALMER R.H., NESSON H.R.: *A review of methods for ambulatory medical care evaluations*. *Medical Care*, 1982; 20 (8): 758-782
32. BENSON D.S., GARTER C, ANDERSON J, SCHWEER H AND KIRCHGESSEN R.: *The ambulatory care paramete: a structured approach to quality assurance in the ambulatory care setting*. *Quality Review Bulletin*, 1987; 13 (2): 51-55.