



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA – UEPB
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE- CCBS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Salete Gomes dos Santos

AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DA ASSISTÊNCIA NO
CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NO MUNICÍPIO
DE CAMPINA GRANDE-PB

Campina Grande - PB

2010

Salete Gomes Dos Santos

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DA ASSISTÊNCIA NO CONTROLE
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NO MUNICÍPIO DE CAMPINA
GRANDE-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como pré-requisito para a obtenção do título de
Bacharel e Licenciada em Enfermagem pela
Universidade Estadual da Paraíba.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Tânia Maria Ribeiro Monteiro
de Figueiredo.

Campina Grande – PB

2010

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

S237a Santos, Salete Gomes dos.

Avaliação da efetividade da assistência no controle da hipertensão arterial no município de Campina Grande-PB [manuscrito] / Salete Gomes dos Santos. – 2010 65 f.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2010.

“Orientação: Prof^a. Dra. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo, Departamento de Enfermagem”.

1. Hipertensão. 2. Atenção básica. 3. Serviço de Saúde
I. Título.

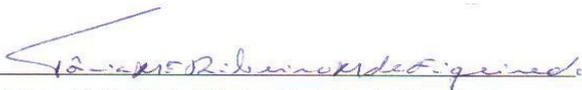
21. ed. CDD 616.132

Salette Gomes Dos Santos

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DA ASSISTÊNCIA NO CONTROLE
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NO MUNICÍPIO DE CAMPINA
GRANDE-PB**

Campina Grande - PB, aprovado em 16 de 12 de 2010.

Banca Examinadora



Profª Dra. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo

Orientadora



Profª Jaqueline Santos da Fonseca Almeida Gama

Mestre em Saúde Coletiva

Membro avaliador



Profª Jacinta Tavares Vieira

Especialista em Saúde da Família

Membro avaliador

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos que contribuíram, acreditaram e de muitas formas me incentivaram na perspectiva de concretização do mesmo. E de uma forma muito especial aos meus pais, por serem alicerce de minha formação enquanto ser humano, e pela fonte segura de apoio contínuo apesar da distância.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado forças para seguir, na perspectiva da concretização desse curso, e deste trabalho, apesar das adversidades.

A minha mãe, Generosa Luzia, por acreditar no meu potencial e investir nos meus sonhos, admiro demais a coragem da senhora para lutar sempre pelo melhor. A meu Pai, Manoel Gomes, *In memoriam*, guardo eternamente seu exemplo de honestidade e vontade de viver a vida.

A Elionete Gomes, minha irmã, que compartilhou comigo as situações de angústia e alegrias, durante toda a jornada desse curso. Aos meus demais irmãos, pelo apoio.

A professora Dr^a Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo, minha orientadora, por ajudar na concretização deste trabalho, por sanar minhas dúvidas, e pela oportunidade de me proporcionar vivência com a pesquisa.

Aos membros participantes do Projeto de Hipertensão com os quais tive a oportunidade de conviver e trocar experiências, a Fernanda Ramos, Fábria Chalegre, Heloisy Medeiros, Layanne Veríssimo, Valdênia Veríssimo, Andressa Lopes, Flávia Nunes, Érik Cristovão, Julianny Rodrigues, Talina Carla, Mayrla Pinto e Flávia Albuquerque.

Aos amigos pelos conselhos, pelos momentos de partilha, incentivo, e por tornar o meu sorriso mais feliz.

Aos mestres que contribuíram para a minha formação profissional através de seus ensinamentos, compartilhamento de experiências e por ajudar a descobrir o melhor.

Aos pacientes portadores de Hipertensão que contribuíram para a realização dessa pesquisa e concretização desse trabalho.

RESUMO

GOMES, S. S. **Avaliação da efetividade da assistência no controle da hipertensão arterial no município de Campina Grande-PB** - Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel e Licenciatura em Enfermagem). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2010.

Introdução: A HAS acomete grande número de pessoas em todo mundo, é uma DCNT, requer controle rigoroso, e constitui problema de saúde pública. **Objetivo:** O estudo objetivou avaliar a assistência oferecida a pacientes hipertensos na atenção básica, tendo como referencial a dimensão elenco de serviços. **Metodologia:** Estudo avaliativo e descritivo, inquérito, com abordagem quantitativa. Realizado no município de Campina Grande – PB, no período de julho de 2009 a março de 2010. Participaram da pesquisa, 382 pacientes hipertensos. Para a coleta de dados foi utilizado o instrumento componente do Primary Care Assessment Tool (PCAT) elaborado na Universidade de Johns Hopkins, por Barbara Starfield (2002), o qual foi adaptado e validado para o Brasil por Macinko, Almeida e Oliveira (2003). Os dados foram analisados no SPSS versão 13.1, Epi Info versão 3.5.1 e posteriormente o Microsoft Office Excel 2007, utilizado para construção dos Gráficos. **Resultados:** Constatou-se que dos 382 pacientes 76,9% pertencem ao sexo feminino, 54,18% têm 60 anos e mais, 40,6% são da raça branca, 37,4% possuem renda familiar de 2 salários mínimos ou mais, e 57,1% cursaram o ensino fundamental completo ou incompleto. Verificou-se que 65,5% emitiram que sempre ou quase sempre a equipe oferece informação sobre HAS e seu controle, 53,6% referiram que sempre ou quase sempre recebem informação sobre os medicamentos e seus efeitos, 52,9% apontaram que recebem informação relacionada à educação em saúde sempre ou quase sempre, 87,4% têm a PA mensurada sempre ou quase sempre que vão à unidade para consulta, 57,5% preferiram receber visita domiciliar sempre ou quase sempre, 78,3% afirmaram que conseguem encontrar um profissional na unidade de saúde para atendimento em todos os dias úteis da semana sempre ou quase sempre. 51,5% mencionaram que nunca ou quase nunca participam de grupos de doentes de HAS na unidade, 86% apontaram que sempre ou quase sempre os horários de funcionamento do serviço são respeitados, 77,2% sempre ou quase sempre recebem todos os medicamentos necessários ao tratamento da HAS, 81,9% disseram que o serviço oferece/garante a realização de exames solicitados, mas em contrapartida apenas 27,5% conseguem receber sempre ou quase sempre os resultados dos exames em 10 dias sucedidos de sua realização. 69,6% preferiram que sempre ou quase sempre o profissional da unidade explica os resultados dos exames e 71% têm sua consulta de retorno agendada sempre ou quase sempre. **Considerações finais:** Diante do estudo realizado, percebe-se haver necessidade de maior efetividade das ações oferecidas na atenção básica no controle da HAS, uma vez que apenas seis das treze ações analisadas foram de natureza satisfatória.

Palavras chave: Hipertensão, Atenção básica, Serviço de Saúde.

ABSTRACT

GOMES, S. S. **Evaluation of effectiveness of medical care in hypertension control in the city of Campina Grande, PB.** Work of Conclusion of Course (Bachelor and Teaching degree in Nursing). State University of Paraíba, Campina Grande, 2010.

Introduction: The Systemic Arterial Hypertension (SAH) affects a large number of people around the world, and it is an CNND – Chronic non-communicable diseases. It requires strict control, and constitutes a public health problem. **Objective:** This study aimed to evaluate the care offered to hypertensive patients in primary care, referencing the dimension list of services. **Methodology:** Evaluative and descriptive study, inquiry evaluation with a quantitative approach. Held in the city of Campina Grande - PB, from July 2009 to March 2010. Were evaluated 382 hypertensive patients. For the data collection was used a component instrument of the Primary Care Assessment Tool (PCAT) developed at the University of Johns Hopkins, by Barbara Starfield (2002), which was adapted and validated to Brazil by Macinko, Almeida and Oliveira (2003) . The data were analyzed using SPSS version 13.1; Epi Info version 3.5.1 and later Microsoft Office Excel 2007, used for the construction of the graphs. **Results:** Were found from the 382 patients that 76,9% were female; 54,18% were in the age of 60 years and older; 40,6% belonged to the white race; 37,4% had a family salary of two minimum wages or more; and 57,1% had studied the elementary school complete or incomplete. It was found that 65,5% reported that always or almost always the team offers information on hypertension and its control; 53,6% reported that always or almost always received information about drugs and their effects; 52,9% indicated they receive information related to health education always or almost always; 87,4% had AP measured always or almost always when going to the unit for consultation; 57,5% received home visits always or almost always; 78,3% said they can find a professional in health unit to care at all weekdays always or almost always. 51,5% reported never or almost never participated in groups of SAH patients in the unit; 86% said that always or almost always the opening hours of service are respected; 77,2% received all the necessary medicines of the treatment of hypertension always or almost always; 81,9% said the service offers / assures the realization of the examinations requested, but in the opposite way only 27,5% could receive always or almost always the examinations results within 10 days after that realization. 69.6% reported that always or almost always the professional of health unit explains the results of the examinations and 71% got always or almost always their return visit scheduled **Conclusions:** Before this study accomplished, were perceived the necessity of more effective actions offered at primary care in the control of hypertension, since only six of the thirteen actions analyzed were satisfactory.

Key words: Hypertension, Primary Service, Health Service.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1- Classificação da HAS segundo Luna, 2006	18
FIGURA 2 - Classificação da HAS segundo Brunner e Suddarth, 2009	18
FIGURA 3 - Algumas drogas indicadas para tratamento da HAS	22
FIGURA 4- Distribuição dos doentes por sexo, idade, raça, renda familiar e grau de instrução	35
FIGURA 5 – Percentual de pacientes que recebem informação sobre HAS e seu controle.....	36
FIGURA 6- Percentual de pacientes que recebem informação sobre os medicamentos e seus efeitos.....	37
FIGURA 7- Percentual de pacientes que recebem informação sobre educação em saúde	37
FIGURA 8- Percentual de pacientes que têm a PA verificada todas as vezes que vão para consulta	38
FIGURA 9- Percentual de usuários que recebem visita domiciliar	39
FIGURA 10- Percentual de pacientes que disseram encontrar um profissional na unidade de saúde para atendê-los em todos os dias úteis da semana.....	40
FIGURA 11- Percentual de pacientes que recebem orientação para participação em grupos de doentes de HAS na unidade de saúde	41

FIGURA 12- Percentual de pacientes que disseram ser os horários de funcionamento do serviço de saúde para atendimento respeitados.....	42
FIGURA 13- Percentual de pacientes que recebem todos os medicamentos para tratamento da HAS	43
FIGURA 14- Percentual de pacientes que apontaram que o serviço oferece/garante exames solicitados pelo profissional da saúde	43
FIGURA 15- Percentual de pacientes que recebem resultados dos exames em até 10 dias	44
FIGURA 16- Percentual de pacientes que apontaram se o profissional da unidade de saúde explica os resultados dos exames	44
FIGURA 17- Percentual de pacientes que têm sua consulta de retorno agendada	45

LISTA DE ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica

AC- Acompanhado

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

AIVD - Atividades Instrumentais da Vida Diária

AMQ- Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

APS- Atenção Primária em Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD - Atividades de Vida Diária

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DCV- Doenças cardiovasculares

DRAC - Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas

ESF - Estratégia de Saúde da Família

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MAPA - Monitorização Ambulatorial da PA

MRPA - Monitorização Residencial da PA

NAC- Não Acompanhado

NASF- Núcleos de Apoio à Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

PA – Pressão Arterial

PCPC- *Primary Care Policy Center*

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNad - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNASH- Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares

PNASS- Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

SS- Serviço de Saúde

UBSF- Unidade Básica de Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	15
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
CAPITULO I - Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)	16
CAPITULO II - Hipertensão arterial sistêmica (HAS)	17
3.1- Definição	17
3.2-Classificação	18
3.3- Etiologia	19
3.4- Fatores de risco	19
3.5- Sinais e sintomas	20
3.6- Complicações	20
3.7- Diagnóstico	20
3.8- Tratamento	21
3.9 - Prevenção	23
CAPITULO III - A ATENÇÃO BÁSICA NO CONTROLE DA HAS	23
CAPITULO IV- AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	26
4 METODOLOGIA	31
4.1-Tipo de Estudo	31
4.2 - Caracterização do cenário do estudo	31
4.3- População do estudo	31
4.4 - Critérios de inclusão e exclusão	32
4.5- Período de coleta dos dados	32
4.6- Instrumento para coleta de dados	32
4.7- Análise dos dados	33
4.8 - Aspectos éticos da pesquisa	33
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
7 REFERÊNCIAS	48
APÊNDICES	53

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho faz parte de um projeto de pesquisa multicêntrico, intitulado “Avaliação da efetividade no controle da hipertensão arterial sistêmica e associação com fatores de risco comparando a atenção do Programa de Saúde da Família e de Unidades Básicas de Saúde de municípios do nordeste do Brasil. Aprovado pelo Edital: MCT/CNPq/MS – SCTIE – DECIT/MS N°. 37/2008.

O presente estudo foi realizado em parceria com a Universidade Federal da Paraíba, Universidade Estadual da Paraíba e Universidade do Rio Grande do Norte, desenvolvido nos municípios de João Pessoa, Campina Grande e Natal.

O estudo foi coordenado pela Prof^a Dra. Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo, lotada no Departamento de Enfermagem da UEPB e pesquisadora do NEPE/UEPB.

1 INTRODUÇÃO

O Brasil passa por uma condição de dupla carga de doenças, com predomínio das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre as quais se destaca a hipertensão arterial sistêmica (HAS), que apresenta alta prevalência na população mundial e brasileira, implicando incremento dos custos com a assistência à saúde (CORRÊA, et al, 2005; CONASS, 2006).

As DCNT constituem a principal causa de morte em todas as regiões do mundo, acometem homens e mulheres praticamente em mesma proporção, e apresentam maior incidência nos países de média e baixa renda. Correspondendo a 80% dos óbitos nestes, contra apenas 20% em países de alta renda. Em 2005 de um número previsto de 58 milhões de óbitos por todas as causas, estima-se que as DCNT tenham respondido por 35 milhões deles. Para 2015 há estimativa de 64 milhões de óbitos, e destes, 41 milhões decorrerão de uma doença crônica. Além disso, há expectativa de que 388 milhões de pessoas morrerão em virtude de uma doença crônica nos próximos 10 anos (OMS, 2005).

No que se concerne a HAS, Costa et al (2007) apontam que esse agravo se caracteriza por apresentar um curso clínico lento e assintomático, uma elevada prevalência, múltiplos fatores de risco que agem sinergicamente, dificuldades em seu controle e, quando não adequadamente tratada um grande número de complicações, principalmente no sistema cardiovascular, que vêm se apresentando como a principal causa de óbito no país desde a década de 1960.

Estima-se que a HAS acometa aproximadamente 1 bilhão de indivíduos em todo o mundo, sendo responsável por cerca de 7,1 a 7,6 milhões de mortes por ano (CORRÊA, et al, 2005; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; VI DIRETRIZES, 2010).

No Brasil, a prevalência estimada de hipertensão, atualmente, é de 35% da população acima de 40 anos. Cujos dados, representam em números absolutos um total de 17 milhões de portadores da doença. Cerca de 75% dessas pessoas recorrem ao Sistema Único de Saúde (SUS) para receber atendimento na Atenção Básica (AB) (IBGE, 2004, apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010; BRASIL, 2006).

A hipertensão é uma patologia muito comum, constitui o fator mais importante para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV) e acomete uma em cada quatro pessoas adultas. Estima-se que essa enfermidade atinja em torno de, no mínimo, 30% da população brasileira adulta, chegando a mais de 50% após os 60 anos e está presente em 5% das crianças e adolescentes. Sendo responsável por 40% dos infartos agudos do miocárdio (IAM), 80%

dos acidentes vasculares cerebrais (AVC) e 25% dos casos de insuficiência renal terminal. No Brasil, a cada ano, ocorrem mais de 320 mil mortes por DCV, e a maioria delas relacionadas à hipertensão não controlada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

As DCV são ainda responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados. Em 2007 e 2009 foram registradas respectivamente 1.157.509 e 91.970 internações por DCV no SUS, resultando em um custo de R\$165.461.644,33 (DATASUS, apud VI DIRETRIZES, 2010).

Apesar dos esforços para diagnosticar e tratar a HAS, cerca de 35% a 83% dos portadores desconhecem sua condição, e aproximadamente 75% a 92% daqueles em tratamento não mantêm a hipertensão controlada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

Segundo dados do SINAN/NET o número de indivíduos cadastrados no HIPERDIA no município de Campina Grande- PB no período compreendido de janeiro de 2002 a outubro de 2010 e que apresentam HAS é de 30.213, e a faixa etária de acometimento vai dos 14 aos 80 anos de idade.

Em face desses dados fica evidente a necessidade de desenvolver uma estratégia visando reduzir a morbimortalidade cardiovascular no nosso país. E nessa perspectiva durante o período de 2001-2003 foi implantado o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (HIPERDIA) pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde; com o objetivo de reduzir os custos, agravos e proporcionar melhoria na qualidade de vida dos portadores da morbidade. O plano supracitado foi aprovado pela portaria/GM nº 16 de 01 de janeiro de 2002.

Estudos mostram que a melhor maneira de abordar a hipertensão consiste na prevenção, por isso existe a necessidade de se desenvolver ações de educação em saúde, instruindo a população quanto a ações que visem eliminar ou reduzir os fatores predisponentes à ocorrência da patologia.

Considerando a Atenção Primária em Saúde (APS) como a porta de entrada para os serviços de saúde, como instância prioritária para a promoção da saúde e local de implementação do HIPERDIA, o presente trabalho versa sobre uma das dimensões da atenção básica: elenco de serviços; com vista a analisar e avaliar algumas das ações oferecidas nessa instância de assistência à saúde, no que se relaciona a assistir o usuário com HAS. E, portanto, tem o propósito de abordar a efetividade da AB no controle da hipertensão.

A escolha dessa temática foi norteadada pela sua importância política, social e pela necessidade de se avaliar o desempenho de ações efetuadas na atenção básica no atendimento ao indivíduo com hipertensão. A HAS faz parte das DCNT, cuja categoria de doenças constitui problema de saúde pública, e acomete grande parte da população, comprometendo muitas vezes sua qualidade de vida e desempenho de atividades de vida diária (AVD), assim como atividades instrumentais da vida diária (AIVD). Exigindo, portanto, cuidado contínuo o que pode ser ofertado pela atenção primária.

O Programa de Saúde da Família (PSF), hoje denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), implantado em 1994, foi proposto pelo governo federal aos municípios para implementar a atenção básica, e constitui uma das principais estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais neste nível de assistência, sendo calcado na supervalorização de práticas assistenciais voltadas para promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Tendo como finalidade atender às necessidades de saúde da população em áreas adscritas. Sabemos que o manejo dos problemas de saúde, dentro do sistema de saúde brasileiro, se dá em níveis hierarquizados, sendo a atenção básica a porta de entrada para o sistema, bem como o nível de prioridade para tratar os problemas de saúde da população, assim a assistência a HAS, tem sua prioridade na atenção básica, motivo pelo qual é importante avaliar a eficácia das ações oferecidas nessa instância com vistas a otimizar o tratamento da mesma.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Abordar a efetividade do desempenho da assistência no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), focando aspectos relacionados à dimensão elenco de serviços na atenção básica no município de Campina Grande – PB.

2.2 Específicos

- Identificar a frequência com que os profissionais de saúde da atenção básica realizam as seguintes ações: verificação da pressão arterial em todas as consultas; informação sobre: HAS e seu controle; medicamentos e seus efeitos; educação em saúde; visitas domiciliares; e, explicação dos resultados dos exames.
- Verificar seguimento do horário de funcionamento; participação dos doentes em grupos de HAS; disposição de profissional para atendimento toda a semana.
- Investigar se o doente recebe os medicamentos; se o serviço oferece/garante realização de exames, bem como entrega dos resultados em 10 dias, e agendamento de consulta de retorno.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

CAPITULO I – DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT)

Nas últimas décadas, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) passaram a constituir a principal causa de mortalidade e incapacidade prematura no mundo e no Brasil. Esse cenário está atrelado a dois processos importantes: a *transição demográfica* caracterizada por significativa diminuição das taxas de fecundidade, natalidade e aumento progressivo na expectativa de vida, e a *transição epidemiológica* decorrente do processo de urbanização, mudanças culturais, dentre outras, constituindo importante mudança no perfil de morbimortalidade das doenças infecciosas, parasitárias e materno-infantil para as doenças crônicas (BRASIL, 2005; CONASS, 2007; ROUQUAYROL, 2005, 2006; FERNANDES, 1999).

As condições crônicas compartilham aspectos comuns: são de natureza multicausal, têm início gradual, cursam por longos períodos podendo ser incuráveis, requerem realização de regimes terapêuticos para seu controle, geralmente conduzem a algum grau de incapacidade e apresentam tendência temporal de aumento, ao contrário das infecciosas. Nas DCNT incluem-se as doenças cardíacas, cerebrovasculares, cânceres, diabetes, hipertensão, doenças auto-imunes, dentre outras (SMELTZER et al, 2009; CONASS, 2007; ROUQUAYROL, 2006).

As DCNT apresentam como determinantes fatores constitucionais (sexo, raça, idade, hereditariedade), comportamentais (tabagismo, etilismo, dieta, sedentarismo), patologias ou distúrbios metabólicos (hiperlipidemia, obesidade), e características socioeconômico-cultural (BLOCH, 1998, apud ROUQUAYROL, 2006).

A etiologia dessas doenças depende de determinantes distais (fatores socioeconômicos), proximais (ambiente, genética, comportamento) e de riscos biológicos (sobrepeso, obesidade) para determinar conseqüências que se expressam em mortes e incapacidades (CONASS, 2007).

As DCNT são predominantes na população adulta, e nos estratos sociais mais baixos, sendo que a incidência de algumas tende a prevalecer em homens ou em mulheres. No caso do Brasil, estudos sobre hipertensão arterial apontam maior prevalência no sexo masculino. Além disso, existe doença crônica que é mais comum em uma determinada região do que em outras (ROUQUAYROL, 2006). Porém, existem estudos que mostram equivalência de acometimento entre os sexos (OMS, 2005).

O impacto das DCNT sobre as sociedades humanas é crescente. Os custos econômicos e sociais delas decorrentes avolumam-se, seja devido à morte prematura ou incapacitação definitiva de pessoas em idade reprodutiva, ou ainda pela sobrecarga na demanda por serviços assistenciais (ROUQUAYROL, 2006)

Considerando essas constatações, o modelo de atenção à saúde do SUS deve mudar para dar conta dessa situação. Para tanto, tem-se preconizado organização visando atenção continuada das doenças crônicas ao invés de cuidado predominante das condições agudas. Sendo necessária também, mudança no conceito de que a atenção primária é menos complexa em relação aos níveis de média e alta complexidade, pois os procedimentos realizados no primeiro nível de assistência a saúde são apenas menos densos tecnologicamente (CONASS, 2007; ACHUTTI, et al 2004).

Desde o ano 2000, o Ministério da Saúde vem desencadeando ações no sentido de estruturar e operacionalizar um Sistema Nacional de Vigilância específico para as doenças não transmissíveis, isso por meio de um processo de capacitação das equipes de estados e municípios, e através do estabelecimento de atividades, definição de indicadores para monitoramento e de metodologias apropriadas às realidades regionais e locais (BRASIL, 2005; MALTA et al, 2006).

Os objetivos da prevenção e controle das doenças não-transmissíveis são: reduzir a incidência e a prevalência; retardar o aparecimento de complicações e incapacidades delas advindas; aliviar a gravidade; e prolongar a vida com qualidade (DOLL, 1945, apud ROUQUAYROL, 2006).

CAPITULO II – HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)

3.1 Definição

A pressão arterial (PA) corresponde à força exercida pelo sangue sobre a parede dos vasos, sendo definida por dois níveis: sistólica (nível máximo no momento da ejeção), e diastólica (nível mínimo no momento do fechamento da válvula aórtica). A hipertensão arterial constitui-se na elevação da pressão arterial acima de um limite arbitrariamente escolhido, sendo conceituada como uma pressão arterial sistólica superior a 140 mmHg e uma pressão diastólica superior a 90 mmHg em duas ou mais medições exatas durante dois ou mais contatos com um profissional da saúde. A pressão diastólica, até aos 50 anos é a mais

importante, porém após essa idade, a pressão sistólica merece atenção especial (PORTO, 2005; LUNA, 2006; VI DIRETRIZES, 2010; SMELTZER et al, 2009).

A hipertensão arterial é uma das doenças mais comuns dos tempos modernos, o seu custo social é muito alto e, pelas suas conseqüências, ela se constitui num amplo problema de saúde pública (LUNA, 2006).

3.2 Classificação

A classificação da PA no que se relaciona aos valores pressóricos difere de uma literatura para outra conforme as figuras abaixo:

Classificação da PA	PA Sistólica (mm Hg)	PA Diastólica (mm Hg)
Normal	<120	<80
Pré-hipertensão	120-139	80-89
Hipertensão em estágio I	140-159	90-99
Hipertensão em estágio II	>160	>100

FIGURA 1: Classificação da HAS segundo Luna, 2006

FONTE: Luna, 2006

Classificação da PA	PA Sistólica (mm Hg)	PA Diastólica (mm Hg)
Normal	<130	<85
Normal limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão leve (estágio I)	140-159	90-99
Hipertensão moderada (estágio II)	160-177	100-109
Hipertensão grave (estágio III)	>180	>110
Hipertensão sistólica isolada	>140	<90

FIGURA 2: Classificação da HAS segundo Brunner e Suddarth, 2009

FONTE: SMELTZER et al, 2009.

A hipertensão pode ser classificada ainda quanto à *etiologia* e *gravidade*. Quanto à *etiologia* a hipertensão é classificada em primária também denominada essencial, quando a

causa subjacente não é conhecida, e secundária quando a causa é identificada. A hipertensão primária é mais comum em pessoas de maior idade, já a secundária predomina entre jovens e crianças. Já quanto à *gravidade* a hipertensão é classificada como leve (estágio I) moderada (estágio II), e grave (estágio III) (LUNA, 2006; SMELTZER et al, 2009).

3.3 Etiologia

A hipertensão é uma condição de natureza multifatorial. De acordo com Luna (2006), fatores ambientais; rigidez da aorta e das grandes artérias; síndrome metabólica; ingestão excessiva de sal; consumo exagerado de álcool associado necessariamente a uma predisposição genética contribui para a elevação da PA. Já Smeltzer et al (2009), apontam os seguintes fatores como determinantes da HAS: reabsorção renal aumentada de sódio, cloreto e água; atividade aumentada do sistema renina-angiotensina-aldosterona; vasodilatação diminuída das arteríolas; e outros fatores estruturais e funcionais no coração e vasos sanguíneos como, por exemplo, placa aterosclerótica, vasodilatação prejudicada, e fragmentação das elastinas arteriais.

3.4 Fatores de risco

Existem alguns fatores de risco para hipertensão arterial, os quais podem ser classificados como não modificáveis (idade, sexo, etnia, genética), modificáveis (alcoolismo, obesidade, sedentarismo, aumento excessivo da ingestão de sal), e ainda fatores socioeconômicos. A pressão arterial aumenta linearmente com a idade, sendo mais comum em homens até os 50 anos e nas mulheres a partir da sexta década, prevalecendo em mulheres afrodescendentes. Indivíduos sedentários e com sobrepeso apresentam risco aproximado de 30% e 20-30%, respectivamente, de chance a mais de desenvolver hipertensão; 75% dos homens e 65% das mulheres apresentam hipertensão diretamente atribuível a sobrepeso e obesidade. Além dos fatores já mencionados é perceptível que o nível socioeconômico mais baixo está associado à maior prevalência de hipertensão arterial e de fatores de risco para elevação da pressão arterial (VI DIRETRIZES, 2010).

3.5 Sinais e sintomas

A hipertensão é, na maioria dos casos, uma doença assintomática; em alguns poucos doentes, as manifestações clínicas iniciais, em geral são leves e inespecíficas como cefaléia, tonteira, palpitação, nictúria, zumbido no ouvido, epistaxe e sensação de peso ou pressão na cabeça, sendo seu principal sintoma a elevação da pressão arterial (LUNA, 2006; PORTO, 2005; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

3.6 Complicações

Níveis elevados e sustentados de pressão arterial lesiona os vasos sanguíneos por todo o corpo, conduzindo a alterações funcionais e/ou estruturais, especialmente nos órgãos-alvo como o coração, cérebro, rins, e olhos, e quando descontrolada conduz a IAM, AVC, insuficiência cardíaca, insuficiência renal, e comprometimento da visão, cujos agravos são denominados complicações da Hipertensão Arterial (SMELTZER et al, 2009).

3.7 Diagnóstico

No diagnóstico da HAS, deve-se considerar além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença de fatores de risco, presença de lesões em órgãos-alvo e as comorbidades associadas. É necessária cautela para evitar um diagnóstico falso-positivo. Assim, em indivíduos sem diagnóstico prévio e níveis de PA elevado em uma aferição, recomenda-se repetir a aferição em diferentes períodos, em dias e horários diversos, sendo insuficientes aferições casuais (BRASIL, 2006).

A avaliação inicial para diagnóstico da HAS inclui: história clínica, exame físico e avaliação laboratorial (SMELTZER et al, 2009; BRASIL, 2006). Existem também outros métodos como a monitorização residencial da PA (MRPA) e a monitorização ambulatorial da PA (MAPA). O primeiro consiste no registro da PA por método indireto, com três medidas pela manhã e três à noite durante 4-5 dias, realizado pelo paciente ou por uma pessoa treinada, durante a vigília, no domicílio ou no trabalho; sendo considerado anormal uma média de 12 medidas com valor tensional acima de 135/85 mmHg. Já o segundo consiste no registro indireto e intermitente da PA durante um período de 24 horas, enquanto o paciente realiza

suas atividades habituais na vigília e durante o sono; sendo considerados anormais valores tensionais acima de 130/80 -135/85 e 120/70 mmHg na vigília e sono respectivamente (BRASIL, 2006; PIERIN, 2004).

3.8 Tratamento

A adoção de um esquema terapêutico adequado, no caso da hipertensão exige confirmação diagnóstica precisa e análise dos valores tensionais encontrados, bem como detecção de lesões em órgãos-alvo e presença de fatores de risco. O tratamento da HAS engloba basicamente duas abordagens terapêuticas: modificações no estilo de vida e tratamento medicamentoso (BRASIL, 2006; TAVARES et al, 1989). Vale ressaltar que estas podem ser indicadas de maneira isolada ou em associação.

O objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial é redução da morbidade e da mortalidade cardiovascular do paciente hipertenso, aumentadas em decorrência dos altos níveis tensionais e de outros fatores agravantes (BRASIL, 2006, p. 28).

O tratamento não farmacológico, ou modificações no estilo de vida está relacionado ao controle do peso, adoção de hábitos alimentares saudáveis, e realização de atividade física regular. A modalidade de exercício físico indicada para hipertensos são aqueles dinâmicos e aeróbicos (caminhar, correr, nadar, pedalar), não sendo aconselhável musculação com peso, por exemplo, pois esse tipo de exercício pode elevar a PA. A duração dos exercícios deve ser de 20-30 minutos, e no mínimo três vezes por semana (BRASIL, 2006; BRASIL, 1993).

Já o tratamento medicamentoso consiste no uso de anti-hipertensivos, os quais podem ser catalogados em cinco classes: diuréticos, inibidores adrenérgicos, vasodilatadores diretos, antagonistas do sistema renina-angiotensina e bloqueadores dos canais de cálcio (BRASIL, 2006; SMELTZER et al, 2009).

Algumas das drogas indicadas para tratamento da hipertensão arterial estão descritas na figura abaixo:

Bloqueadores adrenérgicos	Diuréticos	Bloqueador dos canais de cálcio	Vasodilatadores diretos	Inibidores da enzima conversora da angiotensina
Atenolol	Espironolactona	Besilato de anlodipino	Cloridrato de hidralazina	Captopril
Cloridrato de propranolol	Hidroclorotiazida	Cloridrato de verapamil	Nitroprusseto de sódio	Maleato de enalapril
Metildopa	Furosemida	-	-	-
Succinato de metoprolol	-	-	-	-

FIGURA 3: Algumas drogas indicadas para tratamento da HAS

FONTE: SMELTZER et al (2009); Brasil (2006).

O tratamento da hipertensão segue o seguinte: pacientes com pré-hipertensão precisam de modificações no estilo de vida, aqueles com hipertensão em estágio I e II necessitam de modificações no estilo de vida e realizar tratamento medicamentoso. Sendo a monoterapia indicada para pacientes com hipertensão em estágio I, e a associação de fármacos para aqueles com HAS em estágio II. Porém, existem casos em que os pacientes não respondem a monoterapia e mesmo em estágio I é necessário adoção de associação de fármacos (BRASIL, 2006). É importante ressaltar que modificações na terapia dependem da resposta de cada paciente ao tratamento.

Em tempos passados já foi preconizado o *tratamento medicamentoso escalonado* que consistia na tentativa de padronizar o tratamento seguindo etapas pré-definidas com drogas pré-selecionadas (BRASIL, 1993). Porém, essa modalidade de terapia foi questionada e hoje se utiliza o *tratamento medicamentoso individualizado* que leva em consideração a situação de cada paciente (BRASIL, 2006). Todavia, em ambos os casos o fármaco de escolha para terapia inicial é um diurético.

O tratamento da HAS requer empenho da equipe de saúde (especialmente da atenção básica) e do paciente, exigindo perseverança, motivação e educação continuada. Isso porque os pacientes hipertensos geralmente apresentam outras comorbidades o que dificulta controle e adesão plena ao tratamento.

3.9 Prevenção

Uma das principais maneiras para se prevenir e também tratar a HAS é o conhecimento. E a difusão desse conhecimento tem se tornado um dos maiores desafios para a saúde pública. Na atenção básica a estratégia de reunir os hipertensos antes da consulta que é realizada mensalmente pode ser apontada como uma forma de disseminação de conhecimento para o controle da HAS.

De acordo com a literatura pode-se apontar que a prevenção da HAS consiste justamente no conhecimento dos fatores de risco e desenvolvimento de ações no sentido de evitá-los e ou amenizá-los quando possível. Assim, abdicar do tabagismo, etilismo, evitar uma vida sedentária, e realização de uma dieta saudável, ou seja, modificações no estilo de vida, constituem meios para se prevenir a HAS. Vale ressaltar que esses esforços têm impacto sobre os fatores modificáveis que compreendem os supracitados.

De acordo com a VI Diretrizes (2010), o tratamento medicamentoso pode prevenir o desenvolvimento da HAS em indivíduos com PA limítrofe, sendo indicado caso o paciente apresente risco cardiovascular global alto ou muito alto.

As graves consequências da pressão alta podem ser evitadas, desde que os hipertensos conheçam sua condição e mantenham-se em tratamento com adequado controle da pressão.

CAPITULO III - A ATENÇÃO BÁSICA NO CONTROLE DA HAS

O sistema de saúde brasileiro preconiza manejo dos problemas de saúde da população dentro de uma rede hierarquizada de serviço, sendo a atenção primária à saúde (APS) ou nível primário de atenção à saúde ou atenção básica, a porta de entrada para resolubilidade desses problemas, com prioridade para a prevenção. Nessa instância de assistência à saúde atua uma equipe multiprofissional que podemos dizer que conhece de maneira mais profunda a população adscrita, que tem mais contato com a realidade da mesma e, portanto, pode perceber suas peculiaridades, necessidades, podendo assim, traçar estratégias de intervenção para as necessidades específicas.

O manejo da HAS tem sua prioridade na atenção básica, tanto é que para atender os portadores de hipertensão, o Ministério da Saúde criou o Sistema Nacional de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus – HIPERDIA que é destinado ao cadastramento e

acompanhamento dos portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes, sendo este executado na AB por meio da Estratégia Saúde da Família. O HIPERDIA compreende um conjunto de ações de promoção de saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento dos agravos da hipertensão. Tendo como objetivos reduzir o número de internações, procura por pronto-atendimento, gastos com tratamentos de complicações, aposentadorias precoces e mortalidade cardiovascular, além de proporcionar melhoria da qualidade de vida dos portadores da patologia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso como de fazê-lo seguir o tratamento (BRASIL, 2006, p. 9).

A Estratégia Saúde da Família surgiu como uma estratégia de atenção em saúde com a proposta de possibilitar a implementação plena das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), visando colaborar para o acesso universal e equânime aos serviços de saúde, buscando a integralidade das ações que promovessem a qualidade de vida, e tendo na sua organização os princípios da hierarquização, regionalização e descentralização dos serviços e da gestão, e ainda, regido sob a lógica de vigilância à saúde (BRASIL, 2002).

O PSF foi considerado como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial tendo como princípios: a família como foco de abordagem, território definido, adscrição de clientela, trabalho em equipe interdisciplinar, co-responsabilização, integralidade, resolutividade, intersetorialidade e estímulo à participação social. Estando a atenção centrada, entendida e percebida a partir do ambiente físico e social (VENÂNCIO, 2008).

A Política Nacional de Atenção Básica caracteriza a atenção básica como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações e territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária... utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território... Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da

equidade e da participação social... considera o sujeito na sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos e sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL/ PNAB, 2006, p.10).

A APS é o nível de um sistema de serviço de saúde que constitui a porta de entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas; fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária. Mas que também pode, compartilhar características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe. Podendo também ser contemplada como: um conjunto de valores (direito ao mais alto nível de saúde, solidariedade e equidade); um conjunto de princípios (responsabilidade governamental, sustentabilidade, intersetorialidade, participação social); e como um conjunto indissociável de elementos estruturantes atributos do sistema de serviços de saúde (acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural). Além de ter capacidade para atender 85% das necessidades de saúde da população e ter qualidades únicas que se diferenciam dos demais níveis de atenção, pois se dedica aos problemas mais frequentes, atuando na própria unidade de saúde, assim como em espaços comunitários (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2010).

De acordo com Starfield (2002), a atenção primária tem quatro atributos essenciais: constituir a porta de entrada para o sistema de serviço de saúde, longitudinalidade (proporcionar cuidado continuado), oferecer assistência integral e coordenação da atenção (mesmo quando não realizado unicamente nessa esfera de assistência). E três atributos derivados: atenção à saúde centrada na família, orientação comunitária, e competência cultural.

Os cuidados primários de saúde são considerados essenciais para a promoção e proteção da saúde das populações e se realizam por meio de métodos e tecnologias práticas, que requerem ações intersetoriais e interdisciplinares, antecipando e evitando agravos à saúde. As ações nesta instância devem contemplar determinantes socioeconômicos, educação, saneamento, fornecimento de medicamentos e garantia de acesso aos serviços de saúde (VENÂNCIO, 2008).

A atenção médica eficaz não está limitada ao tratamento da enfermidade em si; deve considerar o contexto no qual a doença ocorre e no qual o paciente vive (STARFIELD, 2002. p. 20).

Nos últimos anos, evidenciou-se que um sistema de saúde baseado na atenção primária alcança melhores resultados à saúde das populações, aumentando a efetividade dos serviços de saúde, pois tem menos custos, é mais satisfatório e mais equânime, mesmo frente às adversidades sociais.

Na atenção primária... os pacientes têm acesso direto a uma fonte adequada de atenção que é continuada ao longo do tempo, para diversos problemas e que inclui a necessidade de serviços preventivos (STARFIELD, 2002. p.29).

É considerando essas afirmações que se pode proferir ser a APS, o local de prioridade para assistência a HAS, já que pressupõe vigilância à saúde, fornece atenção abrangente e integrada, que deve atender a maior parte das necessidades e demandas de atenção da população, assim como é o nível do sistema que desenvolve os laços mais profundos com a comunidade e o restante dos setores sociais, possibilitando participação social e ação intersetoriais eficazes. E essas são necessidades exigidas para abordar a HAS, visando sua detecção precoce e tratamento adequado.

CAPÍTULO IV- AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A avaliação dos programas públicos surgiu logo após a Segunda Guerra Mundial, passou por mudanças com o passar dos tempos e surgiu como uma necessidade de se obter informação sobre o funcionamento e eficácia do sistema de saúde (HARTZ, 1997).

A avaliação em saúde tem como pressuposto a avaliação da eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços públicos de saúde, na busca da resolubilidade e qualidade (BRASIL, 2005b).

Serviço de saúde (SS) pode ser compreendido como um conjunto de ações destinadas à prestação de assistência à saúde da população.

As delimitações para a prestação de SS variam entre os países. Em alguns, a limitação da disponibilidade de recursos ditam os serviços a serem oferecidos, já em outros, a demanda

profissional e de pacientes são os norteadores. Além destes, necessidades de saúde da comunidade, evidências sobre a eficácia dos serviços prestados e o mercado (diferentes instituições prestadoras de SS), constituem considerações que ditam os serviços a serem disponibilizados. Mas na verdade, o ideal era que os SS fossem oferecidos levando em consideração as necessidades de saúde da população, porém os recursos são limitados e concorrentes com outras necessidades como educação e habitação (STARFIELD, 2002).

Ainda de acordo com Starfield (2002), a variedade de serviços disponibilizados deveria consistir de um “pacote” relevante para toda a população, mais serviços adicionais para suprir pessoas com necessidades especiais. A autora aponta também, que os serviços de saúde são adequados quando atendem as necessidades de saúde da população, e a integralidade é atingida plenamente quando os problemas são reconhecidos e solucionados, para tanto, a educação continuada dos profissionais da saúde constitui fator indispensável.

Quanto à responsabilidade pelos serviços de saúde a lei nº. 8080/90 – Lei Orgânica da Saúde, em seu artigo 15, item primeiro estabelece que a união, os estados, o distrito federal e os municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as atribuições de avaliação e controle.

Historicamente a qualidade da assistência à saúde tem sido determinada por meio do julgamento individual dos profissionais envolvidos, no entanto, a sociedade está exigindo cada vez mais a qualidade dos serviços a ela prestados, principalmente por órgãos públicos, e essa exigência instiga a criação de normas e mecanismos de avaliação e controle da qualidade assistencial. Nessa perspectiva, no ano de 2003, a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, por meio de seu Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC), optou por reformular o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH), o qual a partir de 2004/2005 passou a ser denominado Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), com o objetivo de torná-lo mais amplo, para que pudesse ser aplicado nas diversas complexidades dos serviços de saúde. Esse Programa tem como objetivo avaliar os serviços de saúde do SUS nas dimensões de estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços de saúde, buscando apreensão mais completa e abrangente da realidade desses serviços em suas diferentes dimensões. (BRASIL, 2005c; Portaria GM/MS nº. 382 2005; BRASIL/ PNASS, 2007).

O PNASS (2007) destaca que uma abordagem avaliativa da qualidade dos serviços de saúde deve ser ampla e contemplar os seguintes aspectos:

Avaliação da estrutura: existência de recursos físicos (instalações), humanos (pessoal) e organizacionais (comitês, protocolos assistenciais, etc.) adequados; Avaliação dos processos de trabalho nas áreas de gestão, serviços de apoio e serviços assistenciais: organização e documentação, protocolos, normas e rotinas; Avaliação dos resultados: o impacto da assistência prestada na situação de saúde, conhecimento e comportamento do paciente... avaliação da satisfação dos pacientes em relação ao atendimento recebido e dos provedores destes serviços em relação aos seus ambientes de trabalho (BRASIL/ PNASS, 2007, p. 9).

Uma das principais fontes de informação para acompanhamento e monitoramento do desempenho das políticas públicas de saúde / serviços de saúde é a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNad), realizada anualmente pelo IBGE, e que contempla grandes regiões do Brasil. Os dados referentes ao período de 1998-2008 foram tabulados e analisados por Francisco Viacava/ Fiocruz/ Radis, e mostra que o uso dos serviços de saúde pelas pessoas aumenta com a idade das mesmas; as necessidades de saúde se distribuem desigualmente entre as classes sociais; e principalmente as pessoas com baixa renda consideram, no período supracitado, seu estado de saúde ruim ou muito ruim.

Ainda de acordo com a PNad 70% da população brasileira refere ter como serviço de saúde de uso regular os postos ou centros de saúde, sendo essa procura maior na região nordeste e menor no sudeste, e a referência de procura de serviços mais especializados e ambulatoriais de hospitais vem diminuindo em todas as regiões; isso demonstra que o modelo de atenção hierarquizado vem se implantando segundo os princípios estabelecidos pelo SUS. Esse estudo também demonstra que 50% dos domicílios estão cadastrados na Estratégia Saúde da Família, fato consonante com estimativa do próprio programa.

Os dados apontam que quando se trata do financiamento dos serviços de saúde a participação do SUS é crescente na cobertura de atendimento para os mais pobres, enquanto os planos de saúde demandam assistência aos mais ricos. É perceptível, portanto, que apesar do aumento da cobertura da assistência pelos serviços de saúde da rede pública, ainda há desigualdades quando se compara regiões, escolaridade e renda.

Para a avaliação da APS, no Brasil, o instrumento utilizado é o PCATool- Brasil. Cujo instrumento foi criado por Starfield & cols, na *Johns Hopkins Primary Care Policy Center (PCPC)*, e apresenta originalmente versões autoaplicáveis destinadas a crianças (PCATool versão Criança), a adultos maiores de 18 anos (PCATool versão Adulto), a profissionais de saúde e, também, ao coordenador / gerente do serviço de saúde. O PCATool mede a presença e a extensão dos 4 atributos essenciais e dos 3 atributos derivados da APS já mencionados anteriormente, e foi adotado no Brasil devido a ausência de ferramentas para medir essas interações no contexto da APS em nosso país. Para tanto, foi adaptado à realidade brasileira, e

cada versão original foi transformada em uma ferramenta aplicável por meio de entrevistadores e passou por um processo de tradução e validação de conteúdo e de construto, além da análise de confiabilidade (HARZHEIM, 2006, DUNCAN, 2006, Apud BRASIL, 2010).

O PCATool-Brasil permite, por meio de entrevistas domiciliares ou em serviços de saúde, aplicadas por entrevistadores treinados, identificar, e mensurar aspectos de estrutura, processo e resultado dos serviços de saúde a nível de atenção básica. Trata-se de um modelo de avaliação que permite a produção rigorosa de conhecimento sobre a real efetividade da APS, pois identifica situações que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade tanto para o planejamento, como para a execução das ações de APS. Trata-se, portanto, de um instrumento que produz conseqüências importantes sobre a definição das políticas públicas.

Sua importância reside na inexistência de outros instrumentos validados que objetivem mensurar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS em diferentes serviços de saúde nacionais, disponibilizando uma ferramenta que permite a realização de pesquisas com maior rigor e qualidade. Trata-se de um instrumento que pode ser utilizado em investigações acadêmicas, mas também como instrumento de avaliação e monitoramento da qualidade da APS no âmbito rotineiro das equipes de Saúde da Família, assim como pelos diversos níveis de gestão da APS no Brasil. É importante ressaltar que a versão para profissionais está em processo de validação, mas é possível o uso de uma versão em espelho da versão para adulto, com acréscimo de itens do atributo Integralidade da versão para criança.

No Brasil a incorporação da avaliação na gerência do sistema de saúde ainda é recente, mas o Ministério da Saúde tem preconizado-a como uma atividade que formula juízo sobre o mérito de ações ou serviços, sobre o grau de alcance das metas de um programa e que pode determinar se este deve ter continuidade. Além de destacá-la como fonte de informação a respeito da efetividade, finalidade e processos de seus programas, apontando assim para novas estratégias (BRASIL, 2004; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, apud VENÂNCIO, 2008, p. 22).

No Brasil, o Ministério da Saúde elaborou a proposta de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia saúde da Família (AMQ); trata-se de uma proposta de auto-avaliação municipal, na qual os sujeitos participantes são os próprios gestores, coordenadores, diretores, profissionais do PSF. Consiste de uma avaliação interna (auto-avaliação), na qual os sujeitos envolvidos analisam seu desempenho e o representa em escalas, gráficos ou relatórios descritivos. A AMQ utiliza os resultados obtidos de maneira interna, seus dados não têm

caráter público, e visa melhores resultados nas condições de saúde da população, e tem o propósito de ser um recurso utilizado como referência para avaliação e organização da ESF (VENÂNCIO, 2008).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo avaliativo, descritivo, inquérito, de abordagem quantitativa para avaliação da efetividade de ações efetuadas na AB para controle da HAS; tendo sido avaliado a dimensão da atenção básica em saúde: *elenco de serviços*.

4.2 Caracterização do cenário do estudo

O município escolhido para realização da pesquisa foi Campina Grande/PB, uma das primeiras cidades a implantar a Estratégia Saúde da Família em 1994. Esta cidade está localizada no agreste paraibano, com área territorial de 599,6 Km² e cuja população é de 383.767 habitantes (IBGE/2009). A cidade apresenta um sistema de saúde composto por seis Distritos Sanitários, 67 Unidades Básicas de Saúde da Família, 92 equipes de saúde da família, 09 equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), 06 Centros de Referência de Saúde e o Serviço Municipal de Saúde. A pesquisa em questão foi realizada em 28 Unidades de Saúde da cidade.

4.3 População do estudo

A população participante da pesquisa foi constituída por 382 pacientes hipertensos cadastrados no sistema HIPERDIA no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2007, acompanhados (AC) e não acompanhados (NAC) no ano de 2008. Consideram-se AC os usuários que realizaram no mínimo três consultas médicas ou de enfermagem com registro no prontuário constando medidas da PA, peso e cintura, enquanto os NAC foram aqueles que realizaram até duas consultas no ano referido.

4.4 Critérios de inclusão e exclusão

Os pacientes incluídos no estudo foram aqueles que atendiam aos seguintes critérios:

- Estar cadastrado no HIPERDIA no período já supracitado;
- Ter idade superior a 20 anos;
- Não ser apenas diabético;
- Não apresentar déficit cognitivo ou incapacidade para responder o questionário;
- E residir em área de abrangência da UBSF.

Não atendendo a estes critérios, o usuário era excluído da pesquisa.

4.5 Período de coleta dos dados

Os dados foram coletados no período de julho 2009 a março de 2010.

4.6 Instrumento para coleta de dados

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi o instrumento componente do Primary Care Assessment Tool (PCAT), formulado e validado para avaliar os aspectos críticos da atenção primária em países industrializados, desenvolvido na Universidade de Johns Hopkins, por Barbara Starfield (2002). O instrumento foi adaptado e validado para o Brasil por Macinko, Almeida e Oliveira (2003), em Petrópolis – Rio de Janeiro (RJ).

O questionário contém questões específicas para avaliação dos serviços de saúde, e inclui questões relacionadas às dimensões da atenção básica: Porta de entrada, acesso, vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque familiar e orientação para a comunidade (APÊNDICE A e B).

Os entrevistados responderam as perguntas do questionário de acordo com uma escala de possibilidade preestabelecida, denominada escala de Likert, com atribuição de valor de zero a cinco. Cada resposta tinha um significado numérico (nunca = 1, quase nunca = 2, às vezes = 3, quase sempre = 4 e sempre = 5). Foram adicionadas ainda as categorias não se aplica e não sabe (NS) ou não responde (NR), atribuindo-se para estes casos os valores zero e 99 respectivamente.

4.7 Análise dos dados

Primeiro foi criado um banco de dados, no qual foram armazenados os dados obtidos por meio da aplicação do questionário supracitado. Posteriormente os dados foram submetidos à análise estatística baseada em cálculo de distribuição de frequência do SPSS versão 13.1, e Epi Info versão 3.5.1. O *Microsoft Office Excel 2007* foi utilizado para construção dos gráficos.

4.8 Aspectos éticos da pesquisa

O projeto segue as emanções da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196, de 10 de outubro de 1996, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. No momento da realização da pesquisa, ao se dispor a responder o questionário, o doente foi solicitado a assinar o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) (APÊNDICE C).

O projeto foi aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – UFCG (APÊNDICE D).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A dimensão da atenção básica *elenco de serviços*, nesse estudo foca a frequência com que a equipe de saúde da família que acompanha os usuários hipertensos oferece informação sobre as seguintes ações: HAS e seu controle; medicamentos anti-hipertensivos e seus efeitos; verificação da PA em todas as visitas do paciente à unidade de saúde; visitas domiciliares; disponibilidade de profissionais na unidade para atendimento em todos os dias úteis da semana; participação em grupos de HAS na unidade de saúde; horários de funcionamento do serviço; oferta de todos os medicamentos para tratamento da HAS; oferta/garantia de realização de exames; entrega de exames em até dez dias após a realização; explicação dos resultados dos exames; e agendamento para consulta de retorno. Os resultados obtidos estão explanados a seguir.

Dentre os pacientes entrevistados, 170 foram AC, ou seja, realizaram 3 consultas ou mais no ano de 2008.

Como disposto na figura 4, 76,9% dos entrevistados pertenciam ao sexo feminino, cujo fato diverge da literatura, pois Rouquayrol (2006) aponta haver predomínio da HAS na população masculina. Estudo realizado em São Paulo por REGO et al, 1990, também aponta que os homens são mais acometidos pela hipertensão quando se compara as mulheres. Além de haver estudos mostrando que as DCNT acometem homens e mulheres em igual proporção.

A Sociedade Brasileira de Hipertensão, afirma que a HAS tem maior incidência na população adulta, chegando a acometer 50% dos indivíduos após os 60 anos, o que está em consonância com este estudo, pois 54,18% dos entrevistados têm 60 anos ou mais.

Quanto à raça, observa-se maior acometimento nos indivíduos de cor parda (39,26%), seguida da cor branca (37,43%). Segundo Spritzer (1996), a HAS predomina entre os negros. Mas, estudo realizado por Lolio et al (1993), em Araraquara - SP, mostra predomínio da hipertensão entre negros e pardos.

Ainda como disposto na figura 4, 30,5% dos doentes têm renda familiar inferior ou igual a um salário mínimo, e 67,5% mais de um salário, portanto, a HAS predominou entre aqueles com maior renda, Rouquayrol (2006) diz que a HAS predomina nos extratos sociais mais baixos. Os dados desta pesquisa mostram ainda que quanto menor o grau de instrução maior o índice de hipertensão. Uma vez que 75,9% dos entrevistados eram apenas alfabetizados, ou possuíam o ensino fundamental incompleto ou completo.

Renda familiar e escolaridade podem ser consideradas indicadores de classe social, e a hipertensão tem se mostrado mais frequente em pessoas situadas nas classes mais desfavorecidas e com menor escolaridade (LOLIO et al, 1993).

Característica	Freqüência	%
Sexo	-Feminino: 294	-76,9%
	-Masculino: 88	-23%
Idade	- < 60 anos	- 45,5%
	- 60 anos e mais	-54,18%
Raça	-Branca: 143	- 37,43%
	-Preta: 45	- 11,7%
	-Amarela: 17	- 4,45%
	-Parda: 150	- 39,26%
	-Indígena: 1	- 0,26%
Renda familiar	- Menos de um salário mínimo: 62	- 16,2%
	- Até um salário mínimo: 55	-14,3%
	- Mais de um salário mínimo: 115	- 30,1%
	- Dois salários mínimos e mais: 143	-37,4%
	- Salário Não revelado: 07	-1,8%
Escolaridade	-Alfabetizado: 72	-18,8%
	-Ensino fundamental incompleto: 65	-17,0%
	-Ensino fundamental completo: 153	-40,1%
	-Ensino médio incompleto: 39	-10,2%
	-Ensino médio completo: 18	- 4,7%
	-Ensino superior incompleto: 23	- 6,0%
	-Ensino superior completo: 6	-1,6%
	-Pós-graduação (especialização): 6	-1,6%

FIGURA 4: Distribuição dos indivíduos segundo sexo, idade, raça, renda familiar e escolaridade.

FONTE: Campina Grande – PB 2009/2010

A figura a seguir demonstra as informações sobre a HAS e seu controle. São poucas as discussões sobre este tema encontrado na literatura. Não foram identificados outros estudos que trabalhassem a avaliação da assistência a HAS na perspectiva focada por este estudo.

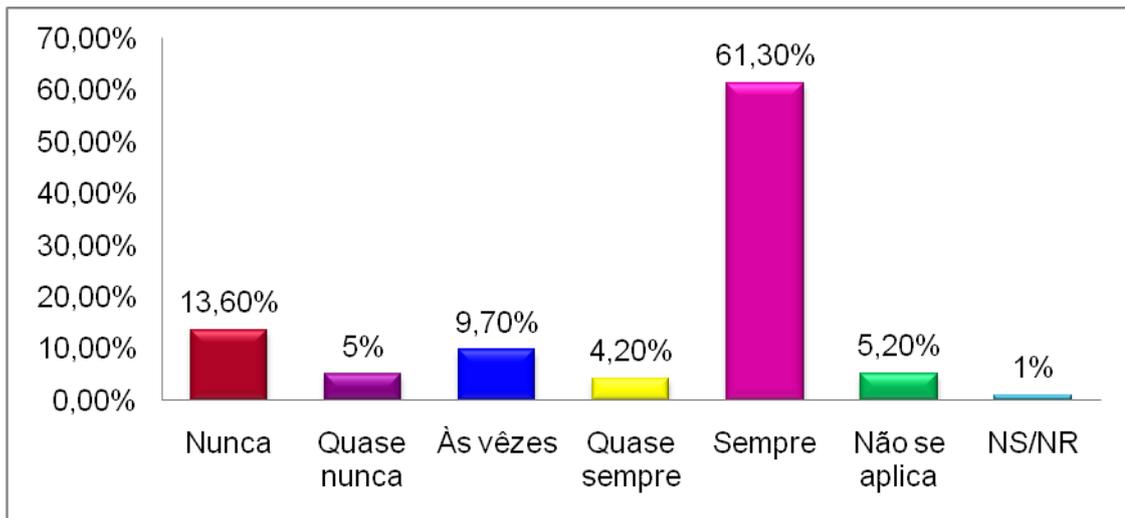


FIGURA 5: Informação sobre HAS e seu controle

FONTE: Campina Grande – PB 2009/2010

No que se concerne à oferta de informação sobre a HAS e seu controle, 65,5% (250) afirmaram ter acesso sempre ou quase sempre a esse tipo de informação, 18,6% (71) responderam que nunca ou quase nunca obtiveram estas informações, portanto, fica evidenciado que quanto a esse aspecto o serviço precisa melhorar.

A instrução dos portadores de HAS no que se relaciona a sua condição pode ser a melhor solução para que ocorra mudança de comportamento, principalmente quando se trata de hábitos de vida saudáveis, mas para tanto, precisam ser motivados, pois assim assimilam mais eficazmente os conhecimentos que poderão melhorar sua qualidade de vida (PESSUTO, 1998).

Segundo Pierin (2004), a falta de conhecimento sobre a doença, origem, causas, conseqüências e controle, tem sido responsabilizada pela baixa adesão ao tratamento e pelo baixo sucesso da terapêutica.

Como mostra a figura seguinte, 53,6% (205) dos participantes mencionaram receber informação sobre os medicamentos e efeitos dos mesmos, 26,9% (103) preferiram nunca ou quase nunca. Diante dos dados fica evidente que nessa perspectiva o serviço pode ser considerado regular.

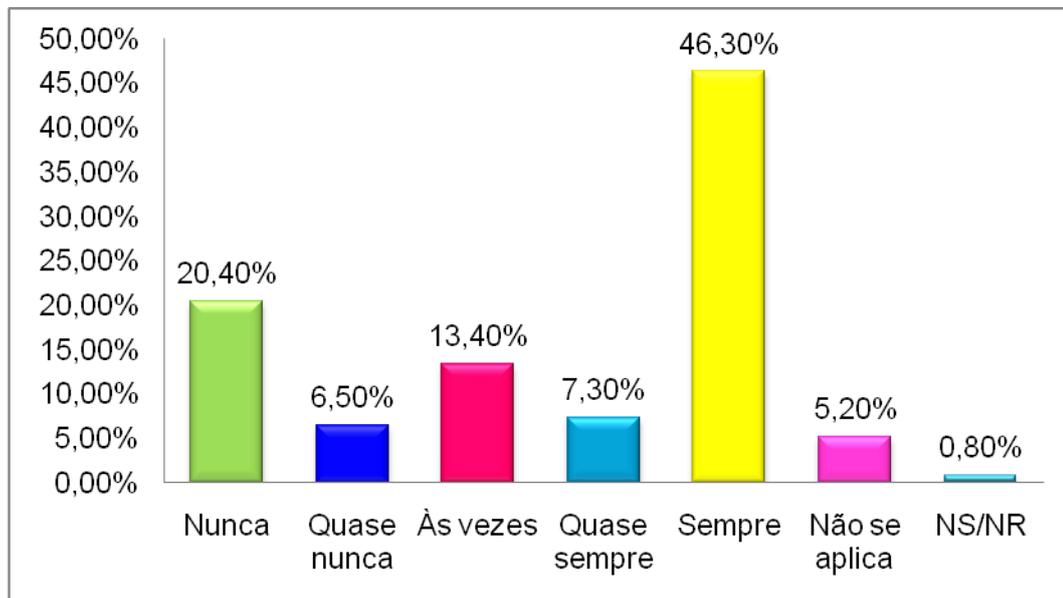


FIGURA 6: Informação sobre os medicamentos e seus efeitos
FONTE: Campina Grande – PB 2009/2010

Podemos colocar que informar o paciente quanto aos medicamentos em uso bem como das reações adversas constitui uma ação importante, pois assim, o paciente entenderá melhor tanto a indicação quanto os efeitos indesejáveis. E conseqüentemente saberá como proceder caso venha a ter reação adversa.

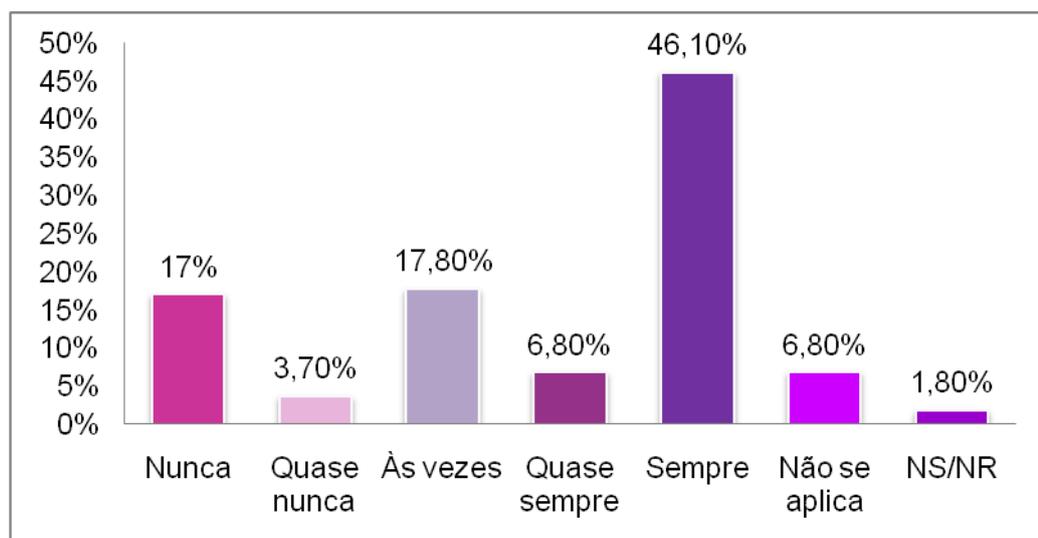


FIGURA 7: Educação em saúde (informação sobre outros temas de saúde)
FONTE: Campina Grande – PB 2009/2010

A figura 7 mostra que 52,9% (202) proferiram que sempre ou quase sempre recebem informação sobre educação em saúde, 20,7% (79) quase nunca ou nunca receberam esta informação. Pode-se dizer que a cobertura quanto a esta ação é falha visto que apenas pouco mais que 50% dos participantes em estudo receberam essa informação com a frequência necessária.

A educação em saúde visa levar ao sujeito informações sobre o processo saúde-doença, almejando torná-lo co-responsável pela sua saúde, e objetiva criar condições para produção de mudança, na perspectiva de que o paciente pratique o autocuidado. Por isso é necessário que a equipe de saúde desenvolva atividades educativas, seja enfatizando aspectos relacionados à hipertensão, seja sobre outros temas de saúde, pois esta consiste numa prática para promoção da saúde.

Estudos empíricos sobre práticas de educação em saúde, tanto em centros de saúde convencionais quanto na ESF, demonstram a reduzida frequência com que as ações educativas têm sido desenvolvidas no âmbito desses serviços, particularmente às atividades coletivas. E mostram haver predominância da prática hegemônica de caráter vertical (NORONHA et al, 2004; MACHADO,1997; PEREIRA, 1993). E, portanto, o nosso achado converge com a literatura.

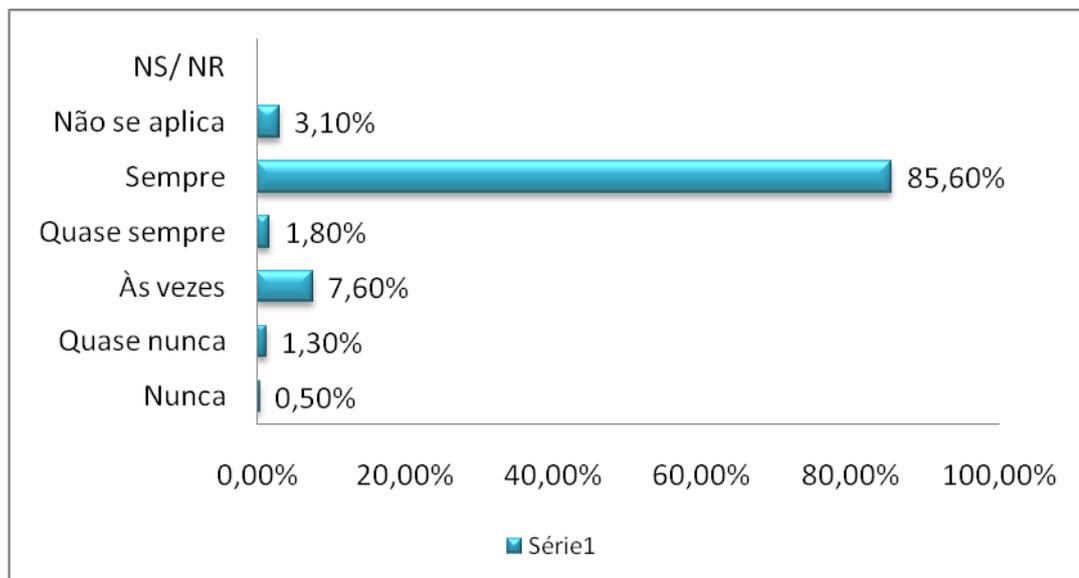


FIGURA 8: Verificação de PA todas as vezes que vai para consulta

FONTE: Campina Grande – PB 2009/2010

Observamos na figura acima que 87,4% (334) dos pacientes têm a PA mensurada sempre que procuram a Unidade de Saúde para realizar consulta. Ou seja, há satisfatoriedade do serviço em relação à oferta desse procedimento. Apenas 1,8% (7) dos sujeitos em estudo mencionaram nunca ou quase nunca receber a oferta desse procedimento quando vão à consulta na unidade.

A medida da pressão arterial é um procedimento simples e deve ser realizado em todas as avaliações de saúde. Os valores obtidos pela medida da PA apresentam correlação direta com a morbidade e mortalidade cardiovascular. E as decisões relativas ao diagnóstico, prognóstico e tratamento da hipertensão dependem desta avaliação (ALAVARCE, 2000).

Com relação às visitas domiciliares, esta pesquisa mostra os seguintes dados: a maioria dos usuários 57,5% (220) recebem visitas domiciliares sempre ou quase sempre, principalmente por parte dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), porém 24,6% (94), nunca ou quase nunca recebem visita domiciliar do profissional de saúde, nem mesmo do ACS.

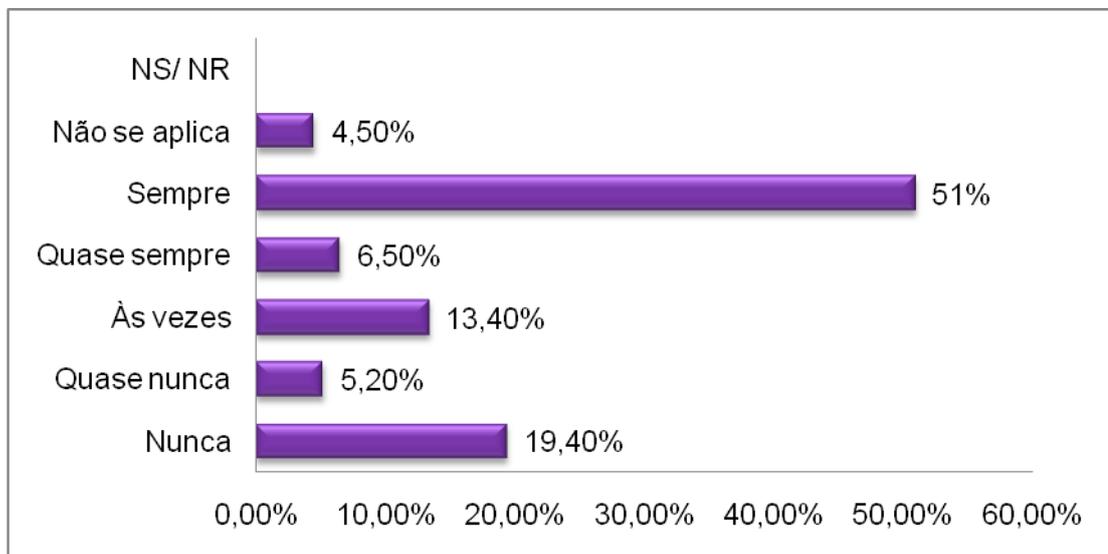


FIGURA 9: Visitas domiciliares

FONTE: Campina Grande – PB 2009/2010

A visita domiciliar possibilita conhecer a realidade do cliente e sua família, *in loco*, permite avaliar as condições de habitação, e constitui um dos instrumentos mais eficientes para se trabalhar com a comunidade e com as famílias na perspectiva de detecção de suas necessidades, bem como de contribuir para a mudança de comportamento e consequentemente, promover melhora da qualidade de vida (COSTA, 1997; ARAÚJO, 2000).

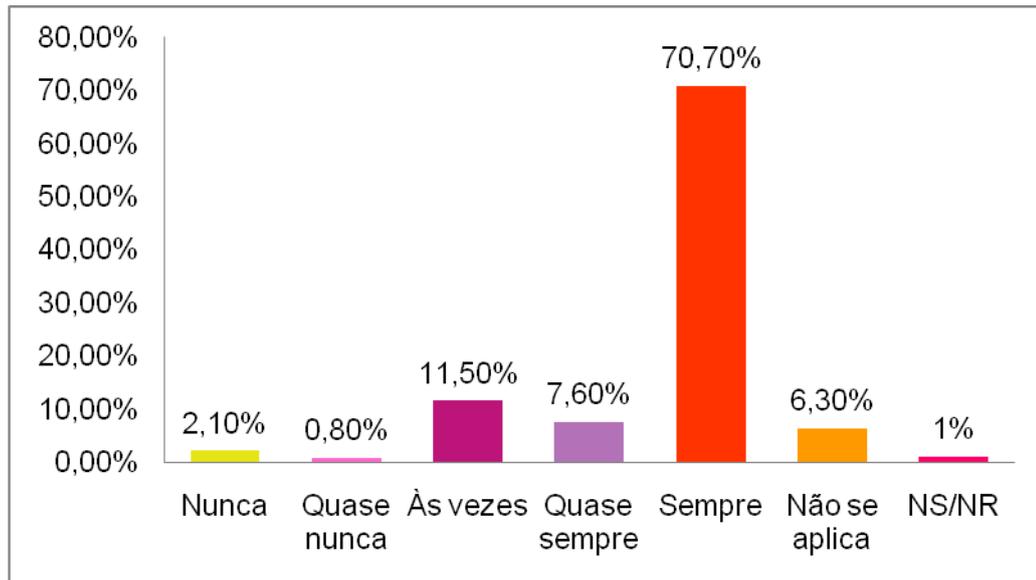


FIGURA 10: O usuário encontra um profissional na unidade de saúde para atendê-lo em todos os dias úteis da semana

FONTE: Campina Grande – PB 2009/2010

A figura acima mostra que 78,3% (299) dos hipertensos afirmaram encontrar um profissional de saúde para atendimento em todos os dias úteis da semana. Apenas 2,9% (11) disseram nunca ou quase nunca e 11,5% (44) às vezes. Considerando o que conhecemos, o profissional da ESF deve estar presente na unidade para atendimento todos os dias da semana com jornada de oito horas diárias, apesar de essa realidade poder sofrer alteração, dependendo das características estabelecidas em cada serviço.

A presença de um profissional na unidade para atender a população evita o deslocamento dos pacientes para os grandes centros, e conseqüentemente pode evitar superlotação de grandes hospitais com problemas que podem ser sanados na atenção básica, isso também constitui uma forma de não sobrecarregar o sistema.

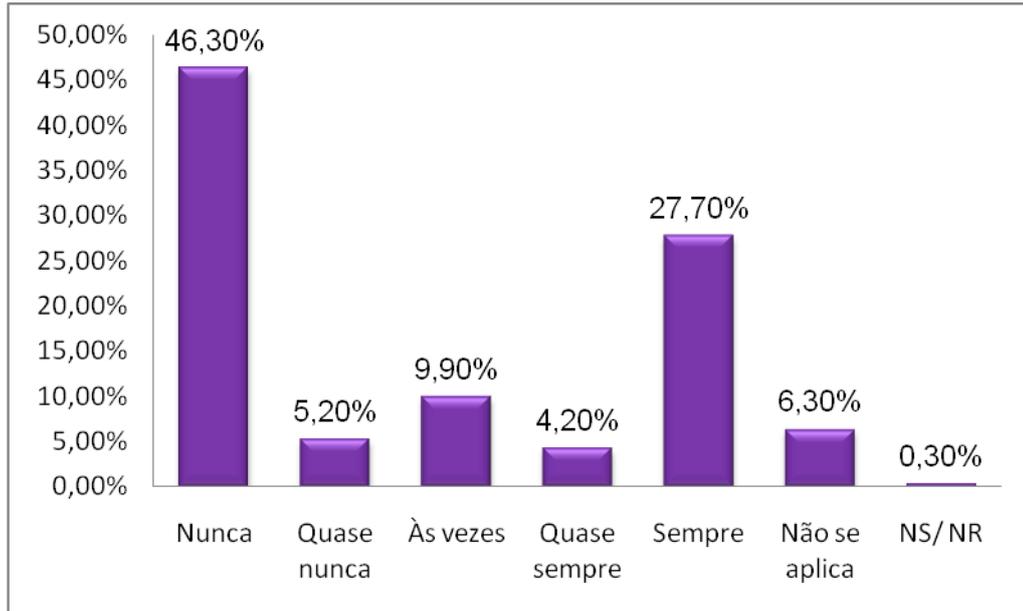


FIGURA 11: Participação em grupos de doentes de HAS na unidade de saúde
FONTE: Campina Grande – PB 2009/2010

Com relação à participação em grupos de HAS na Unidade de Saúde, apenas 31,9% (122) afirmam ter participado desse tipo de atividade, 51,5% (197) nunca ou quase nunca participam dessa atividade e 9,9% (38) às vezes participam. Diante dos achados observamos falhas do serviço quanto a esta ação.

Esse tipo de atividade geralmente está associada à consulta médica e/ou de enfermagem, e favorece a adesão dos pacientes ao tratamento, complementando a terapia medicamentosa. A educação em saúde em grupo deve ser feita de forma interativa, integrando o profissional ao grupo, fazendo com que os pacientes possam refletir e criticar a sua realidade, de forma que haja troca de experiências. Durante esses encontros comumente há aferição da PA, peso, estatura, e cálculo do índice de massa corpórea. Em seguida as dúvidas apresentadas são sanadas, além de haver oferta de orientações aos pacientes com enfoque especial sobre alimentação, atividade física, importância de seguir o tratamento, dentre outros (SILVA, et al, 2004).

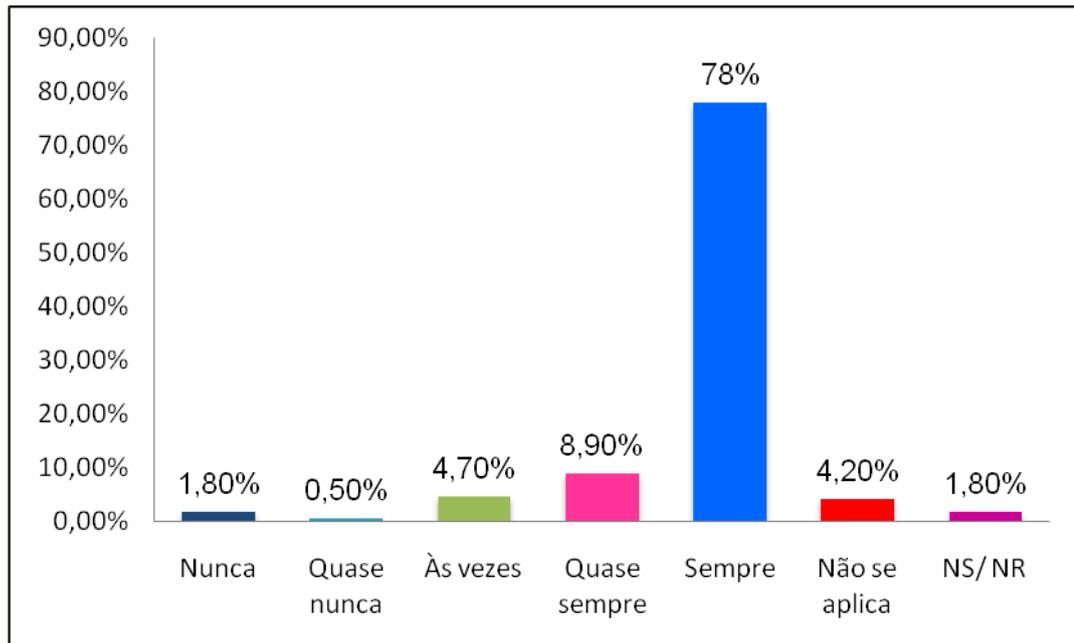


FIGURA 12: Os horários de funcionamento do serviço de saúde para atendimento são sempre respeitados

FONTE: Campina Grande – PB 2009/2010

As informações contidas na figura acima revelam que 86,9% (332) dos pacientes apontaram que sempre ou quase sempre os horários de funcionamento da Unidade de Saúde são respeitados, e apenas 2,3% (9) proferiram nunca ou quase nunca. O horário de funcionamento das Unidades de Saúde, como sabemos, vai de segunda a sexta-feira; turnos manhã e tarde, com carga horária semanal de quarenta horas.

As informações contidas na figura 13 apresentam que 77,3% (295) dos doentes de hipertensão recebem os medicamentos para seu tratamento na Unidade de Saúde, e 9,6% (37) nunca ou quase nunca recebem os medicamentos na Unidade de Saúde. Os fármacos anti-hipertensivos disponíveis na rede básica do SUS são: hidroclorotiazida, furosemida, propranolol, captopril, enalapril, anlodipino e metildopa. Provavelmente estes usuários não beneficiados precisam de um tratamento diferente dos fármacos oferecidos na atenção básica.

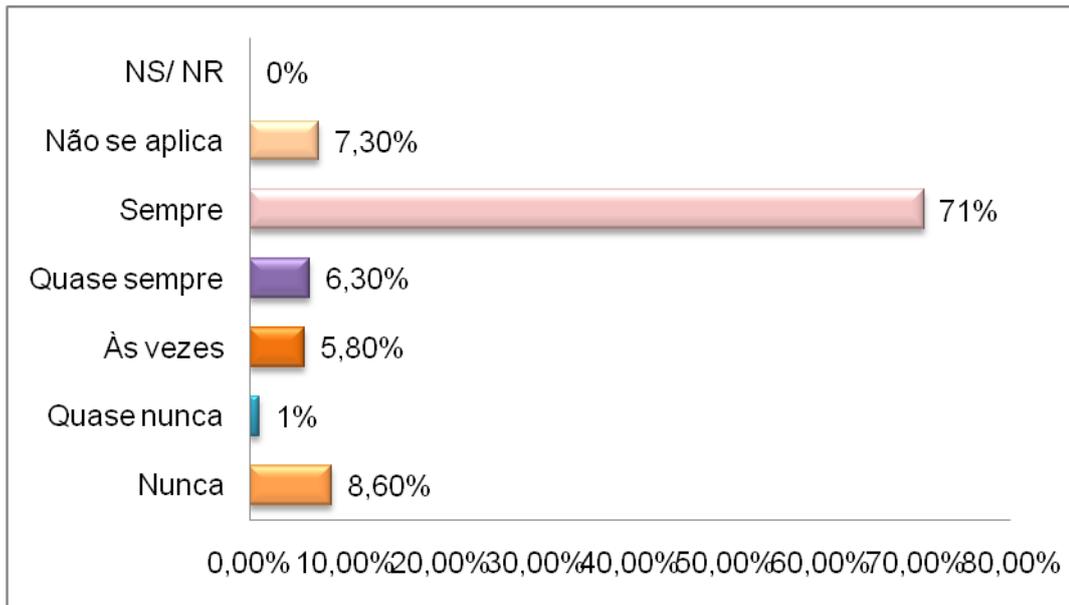


FIGURA 13: O (A) Sr (a) recebe todos os medicamentos necessários para o tratamento da HAS
FONTE: Campina Grande – PB 2009/2010

A figura 14 apresenta a análise da oferta/garantia do serviço de saúde na realização de exames solicitados pelos profissionais de saúde. Responderam sempre ou quase sempre 81,9% (313) dos usuários, enquanto apenas 5% (19) afirmaram que nunca ou quase nunca são ofertados estes exames. Durante as entrevistas alguns pacientes chegaram a comentar que até podia haver demora para conseguir realizar o exame solicitado, mas ainda assim conseguiam.

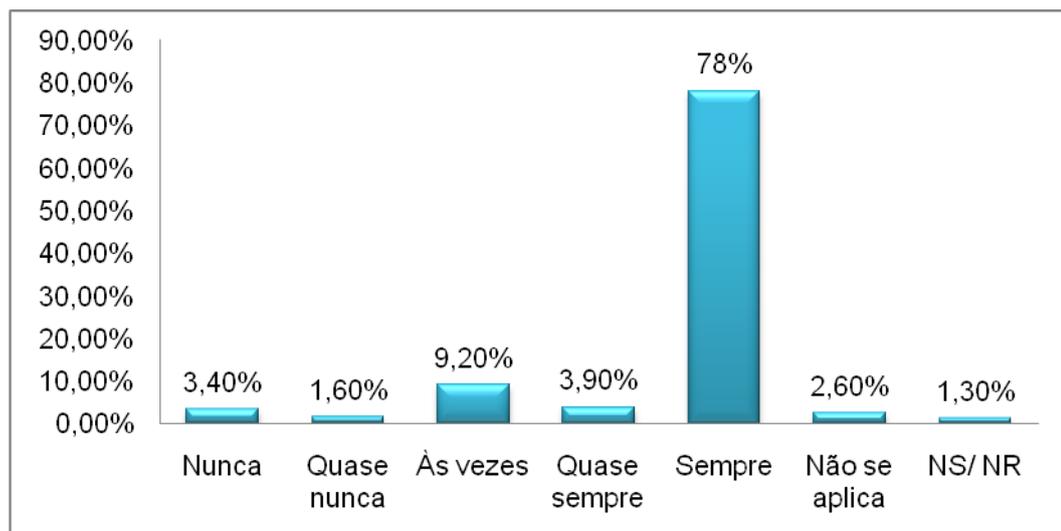


FIGURA 14: O serviço oferece/garante exames solicitados pelo profissional da saúde
FONTE: Campina Grande – PB 2009/2010

Como disposto na figura 15, apenas 27,5% (105) dos usuários sempre ou quase sempre conseguem receber os resultados dos exames em até 10 dias após sua realização, e a maioria 43% (164) nunca ou quase nunca conseguem receber os exames no prazo mencionado.

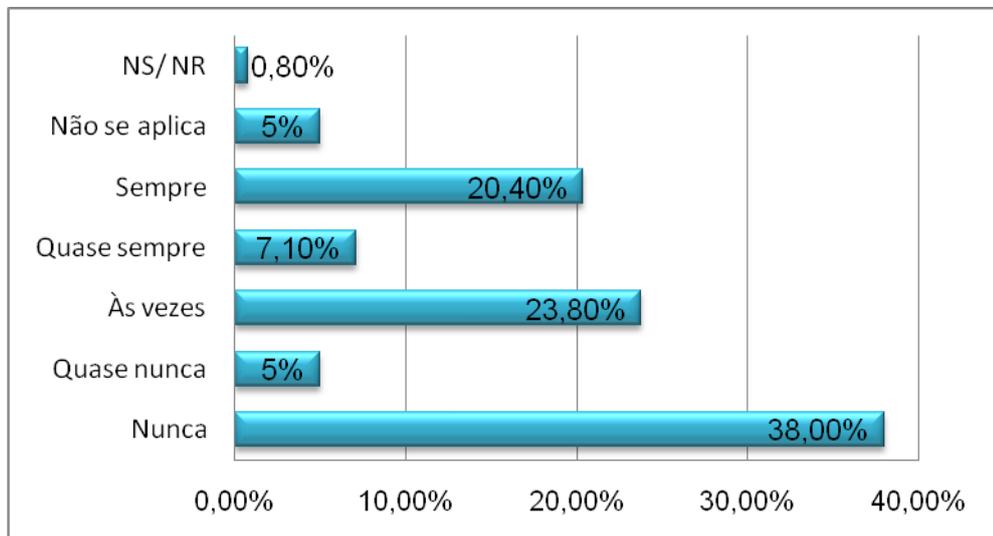


FIGURA 15: O (A) Sr (a) recebe os resultados dos exames em até 10 dias.

FONTE: Campina Grande – PB 2009/2010

De acordo com os resultados apresentados na figura 16, 69,6% (266) dos entrevistados afirmaram que sempre ou quase sempre o profissional da unidade de saúde explicava os resultados dos exames, 12,6% (48) afirmaram nunca ou quase nunca e 10,5% (40) responderam que às vezes o profissional de saúde explicava os resultados dos exames.

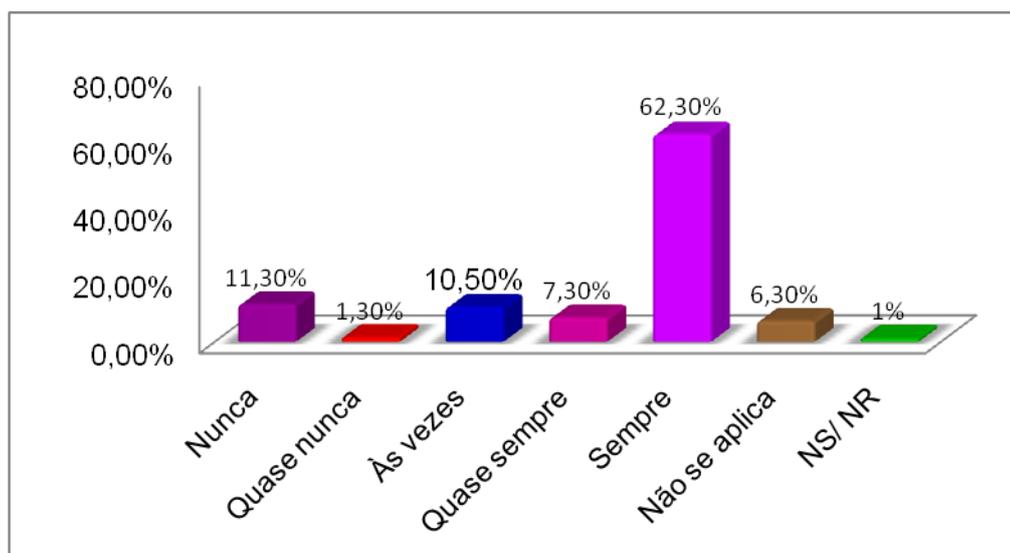


FIGURA 16: O profissional da unidade de saúde explica os resultados dos exames

FONTE: Campina Grande – PB 2009/2010

Sabemos que todo paciente com HAS deve realizar pelo menos uma consulta mensal, e ter sempre o retorno agendado. A maioria dos usuários entrevistados nesta pesquisa (71%) afirmaram que sua consulta de retorno é sempre ou quase sempre agendada, os demais afirmaram nunca, quase nunca, ou às vezes. Porém, podemos colocar que essa ação deveria ser mais investida, visto que a hipertensão requer controle contínuo.

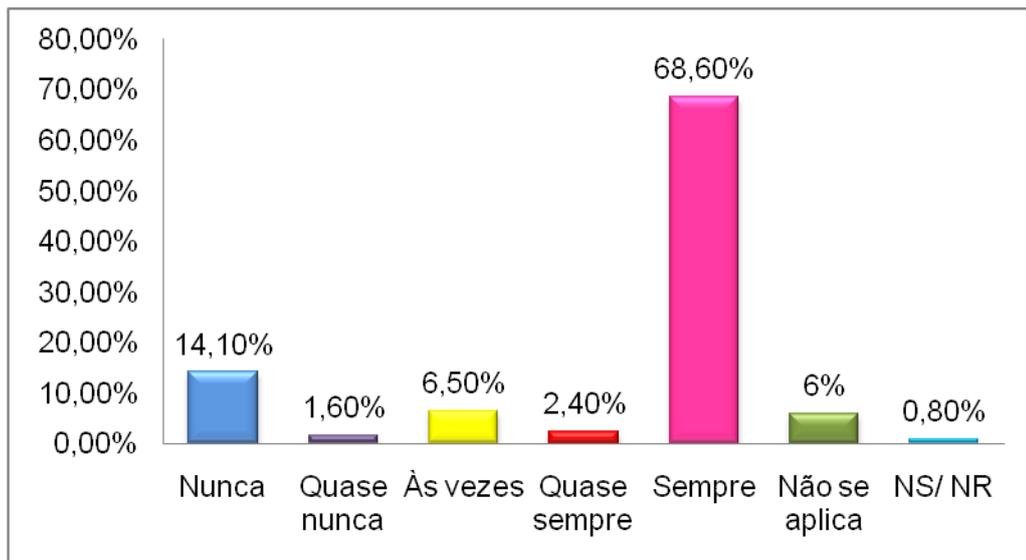


FIGURA 17: É agendada a sua consulta de retorno
FONTE: Campina Grande – PB 2009/2010

Estudo realizado em municípios baianos por Alves et al (2006), acerca da consulta de alguns médicos em atendimento a hipertensos em Unidade de Saúde da Família demonstra que a condução da consulta enfatiza a medicalização e o controle da hipertensão. A narrativa do paciente é inibida ou interrompida pela narrativa do médico, com a atenção médica circunscrevendo-se aos sintomas individuais, sem apreensão das dimensões psicossociais e culturais do processo saúde-doença-cuidado.

Estudo realizado por Elias et al (2006), para avaliar a atenção básica em saúde tendo como referência UBSFs e UBS, também utilizando o PCAT; quanto a avaliação da dimensão elenco de serviços evidenciou score de 4 e mais em ambas as modalidades assistenciais, o que classifica o serviço como satisfatório.

Outro estudo realizado por Ibanês et al (2006) em municípios de São Paulo visando avaliar o desempenho da atenção básica também utilizando o PCAT, aponta que a avaliação da dimensão elenco de serviços pelos usuários emerge para um patamar razoável a

insuficiente (50% - 60%), não sendo, portanto, satisfatório. O estudo trabalhou todas as dimensões e aponta índice geral de 50%, o que qualifica no todo a atenção como pouca satisfatória.

O achado desse estudo no que se relaciona a dimensão elenco de serviços converge para o nosso achado uma vez que das 13 ações contempladas nessa dimensão no nosso estudo 6 apresentaram resultados satisfatório e as demais convergiram para regular e insatisfatório. Ou seja, no todo o serviço foi qualificado como pouco satisfatório.

Pesquisa realizada por Stralen et al (2008) na região centro oeste do Brasil utilizando o PCAT para avaliação do desempenho da atenção básica, evidenciou que nas unidades com ESF a análise dos dados mostrou maior satisfatoriedade em todas as dimensões com exceção do acesso, quando comparados aqueles de unidades sem ESF. Ou seja, as ações contempladas em elenco de serviços nesse estudo, foram mais bem desenvolvidas nas UBSFs.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se que quanto à oferta de ações relacionadas à mensuração da PA em todas as consultas, presença de profissional para atendimento em todos os dias da semana, seguimento do horário de funcionamento, oferta de medicamentos, oferta e garantia de realização de exames, e agendamento de consulta de retorno, o serviço pode ser considerado satisfatório.

Já no que se concerne à oferta de instrução sobre a HAS e seu controle, bem como medicamentos e seus efeitos, além de atividades de educação em saúde, visitas domiciliares, e explicação dos resultados dos exames, por parte dos profissionais, o serviço mostrou-se regular.

E em duas das ações ofertadas: Participação em grupos de doentes de HAS na unidade de saúde, e entrega dos resultados dos exames em 10 dias, o serviço apresentou-se insatisfatório.

A Estratégia Saúde da Família data de 1994, ou seja, existem 15 anos de sua implantação. No Brasil até 2002 não havia um instrumento formalizado para avaliar aspectos da atenção básica, e apenas em 2005 o Ministério da Saúde veio instituir a PNASS. Depreende-se que a avaliação dos serviços de saúde é uma atividade recente, logo se compreende porque há poucos registros de estudo nessa perspectiva.

No nosso estudo, por exemplo, não foi encontrado na literatura registro de avaliação na dimensão e perspectiva abordada, apesar de haver estudos descrevendo a importância de muitas das ações em análise, e outros que analisam todas as dimensões.

Mas diante do estudo realizado, percebe-se haver necessidade de maior efetividade das ações oferecidas na atenção básica no controle da HAS, uma vez que apenas seis das treze ações analisadas foram de natureza satisfatória.

Fica elucidado ainda que o cuidado às condições crônicas tenha se constituído desafio importante aos serviços de saúde. E que a expansão da ESF amplia significativamente o acesso às ações de atenção básica em saúde. E traz como desafio a consolidação da qualidade dos serviços e práticas prestadas.

7 REFERÊNCIAS

ACHUTTI, Aloyzio e AZAMBUJA, Maria Inês Reinert. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 9, n. 4. Rio de Janeiro, 2004.

ALVES, S. A. et al. Educação em saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família. **Interface** (Botucatu) v.10, n.19 Jan./Jun 2006.

ARAÚJO, M.R. N. de et al. Saúde da Família: cuidado no domicílio. **Rev. Bras. Enf.** v.53, n. especial, p.117-122. 2000.

ALAVARCE, D. C. et al. A pressão arterial está sendo medida?. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 34, n. 1, p. 84-90, mar/2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº. 8.080** de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Assistência à Saúde. Departamento de Programa de Saúde. Coordenação de doenças cardiovasculares. **Controle da Hipertensão arterial: Uma proposta de integração ensino-serviço**. Rio de Janeiro: CDCV/NITES, 1993.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Condutas Médicas: hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis**. 1ª edição, Brasília, 2005 a.

_____. Ministério da Saúde. **Manual do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde**. Brasília: 2005b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº. 382, de 10 de março de 2005**. Institui o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – 8-PNASS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 11 de março de 2005c.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: MS, 2006.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica - PNAB**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em 01/05/2010.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Avaliação de Serviço de Saúde**. Resultado do processo avaliativo 2004-2006. Brasília, abril de 2007.

_____. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool**. Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Coleção Progestores – para entender o SUS**, v. 8, 1. ed. Brasília: CONASS, 2007.

CORRÊA, Thiago Domingos; et al. Hipertensão arterial sistêmica: atualidades sobre sua epidemiologia, diagnóstico e tratamento. **Arq. Med. ABC**. 2005. Disponível em: <http://site.fmabc.br/admin/files/revistas/31amabc91.pdf>. Acesso em 12/06/2010.

COSTA, J. Visitação Domiciliária - Base para o ensino de Enfermagem na comunidade. **Rev. Enf. Novas Dimensões**, 1997.

COSTA, Juliana Martins Barbosa da Silva; CARVALHO, Eduardo Maia Frese de; SILVA, Maria Rejane Ferreira da. **Avaliação da Implantação da Atenção à Hipertensão Arterial pelas Equipes de Saúde da Família do Município do Recife – PE**. 2007. Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=839. Acesso em 30/10/2010.

ELIAS, P. E. et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciênc. Saúde coletiva** v.11 n.3 Rio de Janeiro jul./set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v11n3/30979.pdf>>. Acesso em 03/11/2010.

FERNADES, Aliana; MEDEIROS, Jovany Luiz Alves de; BRASILEIRO, M^a do Carmo Eulálio. **Olhar multifacetado na saúde**. Campina Grande: EDUEPB, 1999.

HARTZ, Zulmira M^a de Araújo. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro, 1997.

Hipertensão. **Revista da sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade brasileira de hipertensão**. São Paulo, V. 7, n. 3, 2007.

IBANÊS, N et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva** vol.11 n.º. 3, Rio de Janeiro Jul/Sept. 2006. Disponível em: <<file:///C:/Documents%20and%20Settings/SEMP%20TOSHIBA/Desktop/Dimens%C3%B5es%20da%20AB.htm>>. Acesso em 02/12/2010.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Utilização de Serviços de Saúde – Brasil (2009)**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em 12 de Novembro de 2010.

LUNA, Rafael Leite. **Medicina da família: Saúde do adulto e do idoso**. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2006.

LOLIO, C. A. de et al. Hipertensão arterial e possíveis fatores de risco. **Rev. de Saúde Pública**. 27 (5): 357-62, 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v27n5/06.pdf>> Acesso em em 28/11/2010.

MALTA, Deborah Carvalho, et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.15, n. 3, 2006.

MACHADO, M. L. T. **Educação e saúde: concepções teóricas e práticas profissionais em um serviço público de saúde**. 1997. Dissertação (Mestrado) - Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

MACINKO J, ALMEIDA C, OLIVEIRA E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. **Saúde em debate**. 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE: Hipertensão arterial sistêmica. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23616. Acesso em 01/08/2010.

NORONHA, C. V.; FRANCO, A. L. S.; GARRIDO, E. N.; ALVES, V. S. **Projeto Saúde para todos na América Latina: identificando as necessidades de capacitação dos profissionais do Programa Saúde da Família**. Salvador: UFBA/ISC, 2004.

Os brasileiros e os serviços de Saúde. **Radis: Comunicação em saúde**, Rio de Janeiro, v.96, p.12-19, agosto, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção de doenças crônicas um investimento vital**. 2005. Disponível em: < http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1_port.pdf>. Acesso em: 02 de dez de 2009.

PORTO, Celmo Celeno. **Semiologia Médica**. 5. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

Portaria/GM nº 16, de 03/01/2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-16.htm>. Acesso em 30/10/2010.

Portaria Nº 154, de 24 de Janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Disponível em: http://duvas.saude.pi.gov.br/sistemas_de_informacao/doc_tec_leg/siab/portaria-n-154-nasf.pdf. Acesso em 02/11/2010.

PESSUTO, J; CARVALHO, E.C. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 6, n.1, p.33-39, 1998.

PEREIRA, G. S. **O Profissional de Saúde e a Educação em Saúde: representações de uma prática**. 1993. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro.

PIERIN, A. M. G. **Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar**. São Paulo: Manole, 2004.

ROUQUAYROL, M^a Zélia e ALMEIDA FILHO, Naomar. **Epidemiologia e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2006.

REGO, R. A. et al. Fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis: inquérito domiciliar no Município de São Paulo, SP (Brasil). Metodologia e resultados preliminares. **Rev. Saúde Pública** vol.24 n°4 São Paulo Aug. 1990.

RESOLUÇÃO DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE Nº 196 DE 10 OUTUBRO DE 2010. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm. Acesso em 13/12/2010.

SUS: avanços e desafios / **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: Conass, 2006.

SMELTZER, S. C. ; BARE. B. et al. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2009.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista de Hipertensão**, v.13, n.1. Janeiro / Março – 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Seção: ligas de hipertensão. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/ligas/>. Acesso em 25/10/2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/geral/sintomas.asp>. Acesso em 26/10/2010.

Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – PB / HIPERDIA. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?hiperdia/cnv/hdPB.def>. Acesso em 31/10/2010.

SPRITZER N. **Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica**. Medicina, Ribeirão Preto, 29: 199-213 abr./set. 1996. Disponível em: http://www.fmrp.usp.br/revista/1996/vol29n2e3/epidemiologia_hipertensao_arterial_sistemic_a.pdf. Acesso em 27/11/2010.

SILVA, S. P. et al. Prática de grupo educativo de hipertensão arterial em uma Unidade Básica de Saúde. **Arq Ciênc Saúde**, 2004. Disponível em: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/Vol11.pdf>. Acesso em 28/11/2010 às.

STRALEN, C. J. V. et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública** vol.24 suppl.1 Rio de

Janeiro 2008.<file:///C:/Documents%20and%20Settings/SEMP%20TOSHIBA/Desktop/Dimens%C3%B5es%20da%20AB.htm>>. Acesso em 02/12/2010.

TAVARES, Luiz A.; LIMA, Eliudem G.; VASQUEZ, Elisardo C. **Hipertensão arterial presente e futuro**. São Paulo: Fundo editorial Byk, 1989.

VENÂNCIO, Sônia Isoyama, et al. **Avaliação para a melhoria da qualidade da estratégia saúde da família – AMQ: estudo de implantação no estado de São Paulo**. Instituto de Saúde. São Paulo, 2008.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, Disponível em:
http://www.saude.al.gov.br/files/VI_Diretrizes_Bras_Hipertens_RDHA.pdf.
Acesso em 22/05/2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Nº _____

Projeto: Avaliação da efetividade no controle da hipertensão arterial sistêmica e associação com fatores de risco comparando a atenção do programa de saúde da família e de unidades básicas de saúde do Brasil.

QUESTIONÁRIO A (ACOMPANHADOS)

A-IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO	
Município: () João Pessoa () Campina Grande () Natal ()	
Pesquisador: _____	
Data de coleta dos dados: ___/___/___ Supervisor de campo: ___/___/___ Ass: _____	
Data da digitação 1: ___/___/___ Ass: _____	Data da digitação 2: _____

B. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO	
B.1 Nome do usuário: _____	
B.2 Endereço: _____	
B.3 Telefone: _____	
B.4 Contato: _____	
C. INFORMAÇÕES GERAIS (FONTES SECUNDÁRIAS)	
C.1 Cód. SIA/SUS :	
C.2 N° Prontuário:	Data nascimento: ___/___/___
C.3 Nome da Unidade de Saúde (US)	Distrito (US):
C.5 Endereço da US:	
C.6 Tipo de Unidade	UBS 1 () UBS/PACS 2 () UBSF/PACS 3 ()
C.A Pressão arterial e dados antropométricos no momento do cadastro Hipertensão	
C.7 Data do cadastro 2006/2007: ___/___/___	
C.8 Pressão Arterial Sistólica	mmHg
C.9 Pressão Arterial Diastólica	mmHg
C.10 Peso	Kg
C.11 Altura	cm

C.12 Cintura	cm			
C.B Dados antropométricos (1ª medida de 2008)				
C.13 Peso	kg			
C.14 Altura	cm			
C.15 Cintura	cm			
C.C Pressão arterial e antropometria (momento da entrevista)				
C.16 Pressão Arterial Sistólica	mmHg			
C.17 Pressão Arterial Diastólica	mmHg			
C.18 Peso 1 _____	Peso 2 _____ kg			
C.19 Altura 1 _____	Altura 2 _____ cm			
C.20 Cintura 1 _____	Cintura 2 _____ cm			
C.D ACOMPANHAMENTO EM 2008 ()		PA Sistólica	PA Diastólica	N° de Medicamentos da HAS
Data 1ª consulta 2008: ___/___/___				
Data 2ª consulta 2008: ___/___/___				
Data 3ª consulta 2008: ___/___/___				
Data 4ª consulta 2008: ___/___/___				
Data 5ª consulta 2008: ___/___/___				
Data 6ª consulta 2008: ___/___/___				
Data 7ª consulta 2008: ___/___/___				
Data 8ª consulta 2008: ___/___/___				

E. 7	Infarto Agudo Miocárdio	() S1	() N1	() N/S1	() S2	() N2	() N/S2
E. 8	Outra Coronario patia	() S1	() N1	() N/S1	() S2	() N2	() N/S2
E. 9	AVC	() S1	() N1	() N/S1	() S2	() N2	() N/S2
E. 10	Pé diabético	() S1	() N1	() N/S1	() S2	() N2	() N/S2
E. 11	Amputação por diabetes	() S1	() N1	() N/S1	() S2	() N2	() N/S2
E. 12	Doença Renal	() S1	() N1	() N/S1	() S2	() N2	() N/S2
E. A	Informações do prontuário			Informações do usuário			
E. 13	Etilismo	() S1	() N1	() N/S1	() S2	() N2	() N/S2
E. 14	Menopausa	() S1	() N1	() N/S1	() S2	() N2	() N/S2
E. 15	Uso de anti-contraceptivo hormonal	() S1	() N1	() N/S1	() S2	() N2	() N/S2
E.16	Nº de medicação da HAS:						
E.17	Nº de vezes que retornou em 2008 (no prontuário)						
F. SAÚDE DO CASO CONFIRMADO DE HAS							
Para as questões F.1, F.2 e F.3 responda: 1-Sempre; 2- Quase Sempre; 3-Às vezes; 4-Quase Nunca; 5 - Nunca; 0-Não se aplica; 99-NS/NR							
F.1	Alguma vez o(a) Sr.(a) deixa de realizar qualquer atividade habitual (trabalhar, estudar, lazer), por conta da HAS?						
F.2	Com que frequência o(a) Sr.(a). deixa de tomar a medicação para HAS?						
F.3	Alguma vez o(a) Sr.(a) achou que o medicamento lhe trouxe algum efeito desagradável?						
Para as questões F.4 e F.6 responda: 1 - Nunca; 2 - Quase nunca; 3 - Às vezes; 4 - Quase sempre; 5 - Sempre; 0 - Não se aplica; 99-NS/NR							
F.4	O(a) Sr(a) pratica atividade física, com que frequência?						
F.5	Alguma vez o(a) Sr(a) foi orientado(a) a fazer atividade física, por algum profissional de saúde da sua unidade?						
F.6	Com que frequência, o(a) Sr(a) faz dieta orientada por algum profissional de saúde da sua unidade?						
G. ACESSO AO DIAGNÓSTICO							
Para a questão G.1 responda: 1-UBSF/PACS; 2-UBS; 3-UBS/PACS; 4-Hospital Público; 5-Hospital Privado; 6-Consultório Particular; 8-Outros(_____); 0-Não se aplica; 99-NS/NR							
G.1	Qual foi o serviço de saúde que descobriu (diagnosticou) que o(a) Sr(a) estava doente de HAS?						
Para a questão G.2 responda: 1 - 5 ou mais vezes; 2 - 4 vezes; 3 - 3 vezes; 4 - 2 vezes; 5 - 1 vez; 0 - Não se aplica; 99-NS/NR							
G.2	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da						

	HAS (dor de cabeça; tontura), quantas vezes precisou procurar a unidade de saúde para descobrir que era hipertenso?						
Para a questão G.3 responda: 1 - Nunca; 2 - Quase nunca; 3 - Às vezes; 4 - Quase sempre; 5 - Sempre; 0 - Não se aplica; 99-NS/NR							
G.3	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura), procurou o serviço de saúde mais próximo da sua casa?						
Para as questões G.4 a G.8 responda: 1-Sempre; 2- Quase Sempre; 3-Às vezes; 4-Quase Nunca; 5 - Nunca; 0-Não se aplica; 99-NS/NR							
G.4	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) e procurou o serviço de saúde para consultar, demorou mais de 60 minutos para ser atendido?						
G.5	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) teve dificuldade para se deslocar até o serviço de saúde?						
G.6	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) precisou utilizar algum tipo de transporte motorizado para ir até o serviço de saúde?						
G.7	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) gastou dinheiro com transporte para ir até o serviço de saúde?						
G.8	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) perdeu o turno de trabalho ou compromisso para consultar no serviço de saúde?						
H. ACESSO AO TRATAMENTO							
Para a questão H.1 e H.2 responda: 1-UBSF/PACS; 2-UBS; 3-UBS/PACS; 4-Hospital Público; 5-Hospital Privado; 6-Consultório Particular; 8-Outros(_____); 0-Não se aplica; 99-NS/NR							
H.1	Qual o serviço de saúde que o(a) Sr(a) faz as consultas para o tratamento da HAS?						
H.2	Qual o serviço de saúde que o(a) Sr(a) recebe a medicação para o tratamento da HAS?						
Para a questão H.3 a H.5 responda: 1 - Nunca; 2 - Quase nunca; 3 - Às vezes; 4 - Quase sempre; 5 - Sempre; 0 - Não se aplica; 99-NS/NR							
H.3	Se o(a) Sr(a) passar mal por causa da medicação ou da HAS, consegue uma consulta no prazo de 24hs na unidade de saúde que faz tratamento?						
H.4	Os profissionais da unidade de saúde que acompanham seu tratamento de HAS costumam visitá-lo em sua moradia?						
H.5	O(a) Sr.(a) faz o tratamento da HAS no serviço de saúde mais próximo da sua casa?						
Para as questões H.6 a H.11 responda: 1-Sempre; 2- Quase Sempre; 3-Às vezes; 4-Quase Nunca; 5 - Nunca; 0-Não se aplica; 99-NS/NR							
H.6	Quando o(a) Sr.(a) vai a unidade de saúde para consultar seu problema de HAS, perde seu turno de trabalho ou compromisso?						
H.7	O(a) Sr.(a) tem dificuldade para se deslocar até a unidade de saúde para ser consultado?						
H.8	Quando o(a) Sr.(a) vai a unidade de saúde para consultar seu problema de HAS precisa utilizar						

	algum tipo de transporte motorizado?	
H.9	Quando o(a) Sr.(a) vai a unidade de saúde para consultar, paga pelo transporte?	
H.10	Desde quando iniciou o seu tratamento para HAS faltou medicamento?	
H.11	Quando o(a) Sr.(a) vai a unidade de saúde para consultar, demora mais de 60 minutos para ser atendido?	
Para as questões H.12 a H.17 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR		
H.12	O(A) Sr.(a) consegue realizar exames solicitados pelo profissional de saúde que acompanha seu tratamento?	
H.13	O(A) Sr.(a) consegue no período de 10 dias receber os resultados dos exames solicitados pelo profissional de saúde que acompanha seu tratamento?	
H.14	O(A) Sr.(a). foi questionado pelos profissionais da unidade se aceitava fazer o tratamento medicamentoso?	
H.15	Em algum momento durante a consulta o Sr.(a). é questionado pelos profissionais da unidade se está tomando a medicação?	
H.16	Em algum momento durante a consulta o Sr.(a). é questionado pelos profissionais da unidade se esta fazendo a dieta diariamente?	
H.17	Em algum momento durante a consulta o Sr.(a). é questionado pelos profissionais da unidade quanto ao horário que esta tomando a medicação?	
I. ADESÃO/VÍNCULO		
Para as questões I.1 a I.10 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR		
I.1 O(A) Sr.(a) recebe apoio por parte:	I.1a	Família?
	I.1b	Colegas trabalho?
	I.1c	Amigos?
	I.1d	Profissionais de saúde da
	I.1e	Outros: _____
I.2	Quando o(a) Sr.(a) vai à unidade de saúde para a consulta de HAS, é atendido pelo mesmo profissional?	
I.3	Se o(a) Sr.(a) tem alguma dúvida sobre o seu tratamento, consegue falar com o mesmo profissional da unidade de saúde que o atende?	
I.4	Quando o(a) Sr.(a) faz alguma pergunta ao profissional da unidade de saúde sente que é compreendido?	
I.5	O profissional da unidade de saúde que o(a) Sr.(a) está fazendo o tratamento responde às suas perguntas de maneira clara?	
I.6	O profissional da unidade de saúde dá tempo suficiente para que o(a) Sr.(a) fale suas dúvidas ou preocupações?	
I.7	Quando o(a) Sr.(a) consulta na unidade de saúde, o profissional conversa sobre outros problemas de saúde?	

I.8	O profissional da unidade de saúde explica sobre a importância de seguir o tratamento indicado para o controle da HAS?	
I.9	O profissional da unidade de saúde pergunta sobre todos os medicamentos que o(a) Sr.(a) está utilizando?	
I.10	Os profissionais da unidade de saúde relacionam-se bem com as pessoas da comunidade?	
Para a questão I.11 responda: 1 - Sempre; 2 – Quase Sempre; 3 – Às vezes; 4 – Quase Nunca; 5 – Nunca; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR		
I.11	O(A) Sr.(a) já pensou em mudar da unidade de saúde por causa dos profissionais?	
I.12 Numa escala de 1 a 5, considerando 1 (pior situação) e 5 (melhor situação), qual seria o seu grau de satisfação em relação aos seguintes profissionais que o atende?	I.12 a	Médico
	I.12 b	Enfermeiro
	I.12 c	Auxiliar Enfermagem
	I.12 d	Agente Comunitário de Saúde/ACS
	I.12 e	Outros Profissionais
J. ELENCO DE SERVIÇOS		
Para as questões J.1 a J.13 responda seguindo a escala de 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR		
Com que frequência as <i>ações a seguir são oferecidas pela equipe</i> que acompanha o seu problema da HAS.		
J.1	Informação sobre a HAS e seu controle?	
J.2	Informação sobre os medicamentos e seus efeitos?	
J.3	Educação em saúde (informação sobre outros temas de saúde)?	
J.4	Verificação de PA todas as vezes que vai para consulta?	
J.5	Visitas domiciliares?	
J.6	O(A) Sr.(a) encontra um profissional na unidade de saúde para atendê-lo em todos os dias úteis da semana?	
J.7	Participação em grupos de doentes de HAS na unidade de saúde?	
J.8	Os Horários de funcionamento do serviço de saúde para atendimento são sempre respeitados?	
J.9	O(A) Sr.(a) recebe todos os medicamentos necessários para o tratamento da HAS?	
J.10	O serviço oferece/garante exames solicitados pelo profissional da saúde?	
J.11	O(A) Sr.(a) recebe resultados exames em até 10 dias?	
J.12	O profissional da unidade de saúde explica os resultados dos exames?	
J.13	É agendada a sua consulta de retorno?	
L. COORDENAÇÃO		
Para as questões L.1 a L.7 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR		
L.1	Os profissionais da unidade de saúde pegam seu prontuário/ficha do(a) Sr.(a) durante a consulta?	
L.2	Durante seu atendimento o profissional da unidade	

APÊNDICE B

Nº _____

Projeto: Avaliação da efetividade no controle da hipertensão arterial sistêmica e associação com fatores de risco comparando a atenção do programa de saúde da família e de unidades básicas de saúde do Brasil.

QUESTIONÁRIO B (NÃO ACOMPANHADOS)

A-IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO				
Município: () João Pessoa () Campina Grande () Natal ()				
Pesquisador: _____				
Data de coleta dos dados: ___/___/___ Supervisor de campo: ___/___/___ Ass: _____				
Data da digitação 1: ___/___/___ Ass: _____ Data da digitação 2: _____				

B. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO				
B.1 Nome do usuário: _____				
B.2 Endereço: _____				
B.3 Telefone: _____				
B.4 Contato: _____				
C. INFORMAÇÕES GERAIS (FONTES SECUNDÁRIAS)				
C.1	Cód. SIA/SUS :			
C.2	Nº Prontuário:	Data nascimento: ___/___/___		
C.3	Nome da Unidade de Saúde (US) _____ Distrito _____ (US): _____			
C.5	Endereço da US: _____			
C.6	Tipo de Unidade	UBS	1 ()	
		UBS/PACS	2 ()	
		UBSF/PACS	3 ()	
C.A Pressão arterial e dados antropométricos no momento do cadastro Hipertensão				
C.7	Data do cadastro 2006/2007: ___/___/___			
C.8	Pressão Arterial Sistólica	mmHg		
C.9	Pressão Arterial Diastólica	mmHg		
C.10	Peso	kg		
C.11	Altura	cm		
C.12	Cintura	cm		
C.B Dados antropométricos (1ª medida de 2008)				
C.13	Peso	kg		
C.14	Altura	cm		
C.15	Cintura	cm		
C.C Pressão arterial e antropometria (momento da entrevista)				
C.16	Pressão Arterial Sistólica	mmHg		
C.17	Pressão Arterial Diastólica	mmHg		

C.18	Peso 1 _____	Peso 2 _____	Kg	
C.19	Altura 1 _____	Altura 2 _____	cm	
C.20	Cintura 1 _____	Cintura 2 _____	cm	
C.D NÃO ACOMPANHADOS EM 2008 ()				
		PA Sistólica	PA Diastólica	Nº de Medicamentos da HAS
Data 1ª consulta 2008: ___/___/___				
Data 2ª consulta 2008: ___/___/___				
D. INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS				
			hipertensão	usuário
D.1	Sexo	Feminino	0a ()	0b ()
		Masculino	1a ()	1b ()
D.2	Idade		__anos	__anos
D.3	Situação familiar/conjugal	Convive c/ companheiro(a) e filho (a)	1a ()	1b ()
		Convive c/ companheiro(a) c/ laços conjugais e s/ filho (a)	2a ()	2b ()
		Convive c/ familiares s/ companheiro(a)	3a ()	3b ()
		Convive c/ companheiro(a) c/ filho (a) e outros	4a ()	4b ()
		Convive c/ outras pessoas s/ laços consanguíneos e/ou laços conjugais	5a ()	5b ()
		Vive só	6a ()	6b ()

D.4	Escolaridade	Não sabe ler/escrever	1a ()	1b ()
		Alfabetizado	2a ()	2b ()
		Ensino fundamental incompleto (1º grau incompleto)	3a ()	3b ()
		Ensino fundamental completo (1º grau completo)	4a ()	4b ()
		Ensino médio completo (2º grau incompleto)	5a ()	5b ()
		Ensino médio completo (2º grau completo)	6a ()	6b ()
		Ens. superior (incompleto)	7a ()	7b ()
		Ens. superior (completo)	8a ()	8b ()
		Especialização/Residência	8a ()	8b ()
		Mestrado	9a ()	9b ()
Doutorado	10a ()	10b ()		
D.5	Raça/Cor	Branca	1a ()	1b ()
		Preta	2a ()	2b ()
		Amarela	3a ()	3b ()
		Parda	4a ()	4b ()
		Indígena	5a ()	5b ()
Para as questões D.6 e D.7 responda: S – sim; N – não;				
D.6	O(a) Sr(a) trabalhava antes de saber que tinha HAS?		1.() S 2.() N 9.() NS/NR	
D.7	O(a) Sr(a) teve que mudar ou parar de trabalhar por causa da HAS?		1.() S 2.() N 9.() NS/NR	
D.8	Ocupação		Antes HAS	Depois HAS
		desempregado	0a ()	0b ()
		Do lar: contribuinte	1a ()	1b ()
		Do lar: não-contribuinte	2a ()	2b ()
		Empregado contribuinte	3a ()	3b ()
		Empregado não contribuinte	4a ()	4b ()
		Autônomo Contribuinte	5a ()	5b ()
		Autônomo não contribuinte	6a ()	6b ()
		Aposentado	7a ()	7b ()
		Outro	8a ()	8b ()
D.9 COMPOSIÇÃO DA FAMÍLIA				
	GRUPO PARIENTESCO	IDADE	RENDA NO ÚLTIMO MÊS (VALOR R\$)	
NOME				

SUB TOTAL						
D.10 OUTRAS RENDAS						
1	Bolsa Família					
2	Bolsa Escola					
3	Aluguel					
4	Outras:					
TOTAL RENDA FAMILIAR						
E. FATORES DE RISCO E DOENÇAS CONCOMITANTES						
		<i>hiperdia</i>			<i>usuário</i>	
E.1	Antecedente familiar Cardiovascular	() S1	() N1	() N/S1	() S2	() N2
E.2	Diabetes T1	() S1	() N1	() N/S1	() S2	() N2
E.3	Diabetes T2	() S1	() N1	() N/S1	() S2	() N2
E.4	Tabagismo	() S1	() N1	() N/S1	() S2	() N2
E.5	Sedentarismo	() S1	() N1	() N/S1	() S2	() N2
E.6	Sobrepeso / Obesidade	() S1	() N1	() N/S1	() S2	() N2
E.7	Infarto Agudo Miocárdio	() S1	() N1	() N/S1	() S2	() N2
E.8	Outra Coronariopatia	() S1	() N1	() N/S1	() S2	() N2
E.9	AVC	() S1	() N1	() N/S1	() S2	() N2
E.10	Pé diabético	() S1	() N1	() N/S1	() S2	() N2
E.11	Amputação por diabetes	() S1	() N1	() N/S1	() S2	() N2
E.12	Doença Renal	() S1	() N1	() N/S1	() S2	() N2
E. A	Informações do prontuário			Informações do usuário		
E.13	Etilismo	() S1	() N1	() N/S1	() S2	() N2
E.14	Menopausa	() S1	() N1	() N/S1	() S2	() N2
E.15	Uso de anti-contraceptivo hormonal	() S1	() N1	() N/S1	() S2	() N2
E.16	Nº de medicação da HAS:					
E.17	Nº de vezes que retornou em 2008 (no prontuário)					
F. SAÚDE DO CASO CONFIRMADO DE HAS						
Para as questões F.1, F.2 e F.3 responda: 1-Sempre; 2-Quase Sempre; 3-Às vezes; 4-Quase Nunca; 5 – Nunca; 0-Não se aplica; 99-NS/NR						
F.1	Alguma vez o(a) Sr(a) deixa de realizar qualquer					

	atividade habitual (trabalhar, estudar, lazer), por conta da HAS?	
F.2	Com que frequência o(a) Sr(a). deixa de tomar a medicação para HAS?	
F.3	Alguma vez o(a) Sr.(a) achou que o medicamento lhe trouxe algum efeito desagradável?	
Para as questões F.4 e F.6 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR		
F.4	O(a) Sr(a) pratica atividade física, com que frequência?	
F.5	Alguma vez o(a) Sr(a) foi orientado(a) a fazer atividade física, por algum profissional de saúde da sua unidade?	
F.6	Com que frequência, o(a) Sr(a) faz dieta orientada por algum profissional de saúde da sua unidade?	
G. ACESSO AO DIAGNÓSTICO		
Para a questão G.1 responda: 1-UBSF/PACS; 2-UBS; 3-UBS/PACS; 4-Hospital Público; 5-Hospital Privado; 6- Consultório Particular; 8-Outros(_____); 0-Não se aplica; 99-NS/NR		
G.1	Qual foi o serviço de saúde que descobriu (diagnosticou) que o(a) Sr(a) estava doente de HAS?	
Para a questão G.2 responda: 1 – 5 ou mais vezes; 2 – 4 vezes; 3 – 3 vezes; 4 – 2 vezes; 5 – 1 vez; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR		
G.2	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura), quantas vezes precisou procurar a unidade de saúde para descobrir que era hipertenso?	
Para a questão G.3 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR		
G.3	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura), procurou o serviço de saúde mais próximo da sua casa?	
Para as questões G.4 a G.8 responda: 1-Sempre; 2- Quase Sempre; 3-Às vezes; 4-Quase Nunca; 5 – Nunca; 0-Não se aplica; 99-NS/NR		
G.4	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) e procurou o serviço de saúde para consultar, demorou mais de 60 minutos para ser atendido?	
G.5	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) teve dificuldade para se deslocar até o serviço de saúde?	
G.6	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) precisou utilizar algum tipo de transporte motorizado para ir até o serviço de saúde?	
G.7	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) gastou dinheiro com transporte para ir até o serviço de saúde?	
G.8	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) perdeu o turno de trabalho ou compromisso para consultar no serviço de saúde?	
H. ACESSO AO TRATAMENTO		
Para a questão H.1 e H.2 responda: 1-UBSF/PACS; 2-UBS; 3-UBS/PACS; 4-Hospital Público; 5-Hospital Privado; 6-		

Consultório Particular; 8-Outros(_____); 0-Não se aplica; 99-NS/NR		
H.1	Qual o serviço de saúde que o(a) Sr(a) faz as consultas para o tratamento da HAS?	
H.2	Qual o serviço de saúde que o(a) Sr(a) recebe a medicação para o tratamento da HAS?	
Para a questão H.3 a H.5 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR		
H.3	Se o(a) Sr(a) passar mal por causa da medicação ou da HAS, consegue uma consulta no prazo de 24hs na unidade de saúde que faz tratamento?	
H.4	Os profissionais da unidade de saúde que acompanham seu tratamento de HAS costumam visitá-lo em sua moradia?	
H.5	O(a) Sr.(a) faz o tratamento da HAS no serviço de saúde mais próximo da sua casa?	
Para as questões H.6 a H.11 responda: 1-Sempre; 2- Quase Sempre; 3-Às vezes; 4-Quase Nunca; 5 – Nunca; 0-Não se aplica; 99-NS/NR		
H.6	Quando o(a) Sr.(a) vai a unidade de saúde para consultar seu problema de HAS, perde seu turno de trabalho ou compromisso?	
H.7	O(a) Sr.(a) tem dificuldade para se deslocar até a unidade de saúde para ser consultado?	
H.8	Quando o(a) Sr.(a) vai a unidade de saúde para consultar seu problema de HAS precisa utilizar algum tipo de transporte motorizado?	
H.9	Quando o(a) Sr.(a) vai a unidade de saúde para consultar, paga pelo transporte?	
H.10	Desde quando iniciou o seu tratamento para HAS faltou medicamento?	
H.11	Quando o(a) Sr.(a) vai a unidade de saúde para consultar, demora mais de 60 minutos para ser atendido?	
Para as questões H.12 a H.17 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR		
H.12	O(A) Sr.(a) consegue realizar exames solicitados pelo profissional de saúde que acompanha seu tratamento?	
H.13	O(A) Sr.(a) consegue no período de 10 dias receber os resultados dos exames solicitados pelo profissional de saúde que acompanha seu tratamento?	
H.14	O(A) Sr.(a). foi questionado pelos profissionais da unidade se aceitava fazer o tratamento medicamentoso?	
H.15	Em algum momento durante a consulta o Sr(a). é questionado pelos profissionais da unidade se está tomando a medicação?	
H.16	Em algum momento durante a consulta o Sr(a). é questionado pelos profissionais da unidade se esta fazendo a dieta diariamente?	
H.17	Em algum momento durante a consulta o Sr(a). é questionado pelos profissionais da unidade quanto ao horário que esta tomando a medicação?	
I. ADESÃO/VÍNCULO		

Para as questões I.1 a I.10 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR		
I.1 O(A) Sr(a) recebe apoio por parte:	I.1a	Família?
	I.1b	Colegas trabalho?
	I.1c	Amigos?
	I.1d	Profissionais de saúde da
	I.1e	Outros: _____
I.2	Quando o(a) Sr.(a) vai à unidade de saúde para a consulta de HAS, é atendido pelo mesmo profissional?	
I.3	Se o(a) Sr.(a) tem alguma dúvida sobre o seu tratamento, consegue falar com o mesmo profissional da unidade de saúde que o atende?	
I.4	Quando o(a) Sr.(a) faz alguma pergunta ao profissional da unidade de saúde sente que é compreendido?	
I.5	O profissional da unidade de saúde que o(a) Sr.(a) está fazendo o tratamento responde às suas perguntas de maneira clara?	
I.6	O profissional da unidade de saúde dá tempo suficiente para que o(a) Sr.(a) fale suas dúvidas ou preocupações?	
I.7	Quando o(a) Sr.(a) consulta na unidade de saúde, o profissional conversa sobre outros problemas de saúde?	
I.8	O profissional da unidade de saúde explica sobre a importância de seguir o tratamento indicado para o controle da HAS?	
I.9	O profissional da unidade de saúde pergunta sobre todos os medicamentos que o(a) Sr.(a) está utilizando?	
I.10	Os profissionais da unidade de saúde relacionam-se bem com as pessoas da comunidade?	
Para a questão I.11 responda: 1 - Sempre; 2 – Quase Sempre; 3 – Às vezes; 4 – Quase Nunca; 5 – Nunca; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR		
I.11	O(A) Sr.(a) já pensou em mudar da unidade de saúde por causa dos profissionais?	
I.12 Numa escala de 1 a 5, considerando 1 (pior situação) e 5 (melhor situação), qual seria o seu grau de satisfação em relação aos seguintes profissionais que o atende?	I.12 a	Médico
	I.12 b	Enfermeiro
	I.12 c	Auxiliar Enfermagem
	I.12 d	Agente Comunitário de Saúde/ACS
	I.12 e	Outros Profissionais
J. ELENCO DE SERVIÇOS		
Para as questões J.1 a J.13 responda seguindo a escala de 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR		
Com que frequência as ações a seguir são oferecidas pela equipe que acompanha o seu problema da HAS.		
J.1	Informação sobre a HAS e seu controle?	

J.2	Informação sobre os medicamentos e seus efeitos?	
J.3	Educação em saúde (informação sobre outros temas de saúde)?	
J.4	Verificação de PA todas as vezes que vai para consulta?	
J.5	Visitas domiciliares?	
J.6	O(A) Sr.(a) encontra um profissional na unidade de saúde para atendê-lo em todos os dias úteis da semana?	
J.7	Participação em grupos de doentes de HAS na unidade de saúde?	
J.8	Os Horários de funcionamento do serviço de saúde para atendimento são sempre respeitados?	
J.9	O(A) Sr(a) recebe todos os medicamentos necessários para o tratamento da HAS?	
J.10	O serviço oferece/garante exames solicitados pelo profissional da saúde?	
J.11	O(A) Sr(a) recebe resultados exames em até 10 dias?	
J.12	O profissional da unidade de saúde explica os resultados dos exames?	
J.13	É agendada a sua consulta de retorno?	
L. COORDENAÇÃO		
Para as questões L.1 a L.7 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR		
L.1	Os profissionais da unidade de saúde pegam seu prontuário/ficha do(a) Sr(a) durante a consulta?	
L.2	Durante seu atendimento o profissional da unidade de saúde anota as suas queixas no seu prontuário?	
L.3	O(A) Sr(a) é avisado(a) sobre o agendamento da sua consulta de retorno na unidade de saúde?	
L.4	Quando o(a) Sr(a) tem algum problema de saúde, recebe encaminhamento por escrito para o outro serviço de saúde pelo profissional que acompanha seu tratamento?	
L.5	Quando o(a) Sr(a) tem algum problema de saúde e é encaminhado para outro serviço de saúde tem o atendimento garantido no serviço referendado?	
L.6	O(A) Sr(a) retorna à unidade de saúde com informações escritas sobre os resultados da consulta realizada no outro serviço?	
L.7	Os profissionais da unidade de saúde discutem com o(a) Sr(a) sobre os resultados da consulta realizada no outro serviço?	
M. ENFOQUE NA FAMÍLIA		
Para as questões M.1 a M.3 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR		
M.1	Os profissionais da unidade de saúde procuram conhecer as pessoas que moram com o(a) Sr.(a)?	
M.2	Os profissionais da unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) sobre a HAS, estilo de vida, o seu tratamento e outros problemas de saúde?	
M.3	Os profissionais de saúde conversam sobre a importância do envolvimento da sua família no seu tratamento?	
N. ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE		

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e está sendo desenvolvida pela parceria de Docentes das áreas de Exatas e de Saúde envolvendo as seguintes universidades: Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), sob a orientação do Professor PhD Neir Antunes Paes.

O objetivo do estudo consiste em avaliar a efetividade no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e associação com fatores de risco comparando a atenção do Programa de Saúde da Família e de Unidades Básicas de Saúde, nos municípios de João Pessoa/PB, Campina Grande/PB e Natal/RN, durante o ano de 2008.

A finalidade deste trabalho é contribuir para a formação de recursos humanos (graduação, especialização, mestrado) para o desenvolvimento de pesquisas epidemiológicas voltadas para ações de controle da HAS como atividade inserida no SUS, bem como aumentar a visibilidade regional, nacional e internacional da produção científica e tecnológica sobre a avaliação da efetividade das ações de controle da HAS no SUS.

Solicitamos a sua colaboração para realização de entrevistas, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

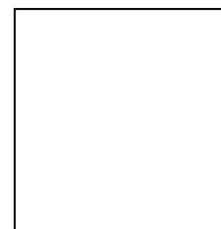
Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa

ou Responsável Legal

OBSERVAÇÃO: (em caso de analfabeto - acrescentar)



Espaço para impressão
Dactiloscópica.

Assinatura da Testemunha

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador (a) Neir Antunes Paes

Endereço (Setor de Trabalho): Universidade Federal da Paraíba (D. Estatística)

Telefone: (083)3216-7075/ Ramal : 27

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

APÊNDICE D



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 3ª Reunião Ordinária, realizada no dia 29-04-09, o projeto de pesquisa do interessado Professor Neir Antunes Paes, intitulada "AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E ASSOCIAÇÃO COM FATORES DE RISCO COMPARANDO A ATENÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE MUNICÍPIOS DO NORDESTE DO BRASIL". Protocolo nº. 0101.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apresentação do Comitê.


Eliane Marques D. de Souza
Coordenadora - CEP-CCS-UFPB