



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS - I CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM**

EDVÂNIA PATRÍCIO DE SOUSA

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA NO CONTEXTO BRASILEIRO**

**CAMPINA GRANDE
2016**

EDVÂNIA PATRÍCIO DE SOUSA

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA NO CONTEXTO BRASILEIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação e Licenciatura em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Ardigleusa Alves Coêlho.

**CAMPINA GRANDE,
2016**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

S725a Sousa, Edvânia Patrício de.

Atenção primária à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica no contexto brasileiro [manuscrito] / Edvânia Patrício de Sousa. - 2016.

22 p. : il.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2016.

"Orientação: Profa. Dra. Ardigleusa Alves Coêlho, Departamento de Enfermagem".

1. Hipertensão arterial sistêmica. 2. Atenção primária à saúde. 3. Saúde da família. I. Título.

21. ed. CDD 616.132

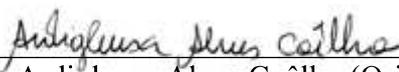
EDVÂNIA PATRÍCIO DE SOUSA

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA NO CONTEXTO BRASILEIRO**

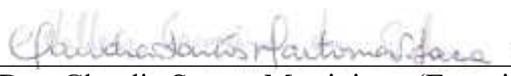
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação e Licenciatura em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem.

Aprovada em: 25/05/2016.

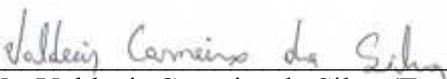
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dra. Ardigleusa Alves Coêlho (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof.^a Dra. Claudia Santos Martiniano (Examinadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Ms. Valdecir Carneiro da Silva (Examinador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor do meu destino, meu guia e socorro presente na hora da angústia. À minha mãe Lourdes, pelo amor, incentivo e apoio incondicional. Aos meus amados filhos Erickisson e Hellinton que me inspiram a viver.

Ao meu amado esposo Erasmo, que me incentivou a continuar meus estudos, por estar sempre ao meu lado, sem você essa realização não seria possível. Obrigado pelo carinho, compreensão e cumplicidade. Dedico!

AGRADECIMENTOS

À Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

À coordenadora do Curso de Graduação, Deinha pela presteza, e pelos momentos de amizade e apoio.

À minha orientadora Ardigleusa pelas leituras sugeridas ao longo dessa orientação, pelas suas correções, dedicação e por sua competência, por proporcionar sempre soluções simples, mas, sobretudo pelo seu jeito elegante de viver. Ensinou-me que quando nos apaixonamos pelo que fazemos, a vida fica mais fácil, mais tranquila e prazerosa.

Aos professores que compõem a Banca examinadora, Claudia Martiniano e Valdecir Carneiro pelo suporte no pouco tempo que lhes coube, pelas suas correções e incentivo e pela paciência, presteza e dedicação.

À minha mãe Lourdes, que sempre foi um exemplo de fé e coragem, pois mesmo diante de tantas dificuldades jamais deixou de proporcionar tanto para mim quanto para e meus irmãos a melhor educação possível.

Aos meus irmãos, as minhas tias e tios e aos meus sobrinhos pela compreensão por minha ausência nas reuniões familiares.

Ao meu pai Francisco (*in memoriam*), a minha avó Josefa (*in memoriam*), embora fisicamente ausente, sentia sua presença ao meu lado, dando-me força.

Aos professores do Curso de Graduação da UEPB, os quais não poderia deixar de mencioná-los, Rosilene, Sandra, Mércia, Sueli, Juraci, Elizabeth, Ana Paula, Samantha e Miguel (*in memoriam*) e aos demais professores, que contribuíram ao longo de trinta meses, por meio das disciplinas e debates, com as várias etapas da minha formação.

Aos funcionários da UEPB, em especial a Dedé, Bruno e Raenilson, pela presteza e atendimento quando nos foi necessário.

Imensamente agradeço a minha amiga Ananery, por toda a sua paciência e disponibilidade para me ajudar sempre que precisei. Pela sua amizade minha gratidão e carinho.

“Finalmente, não é a razão que leva à ação, mas a emoção. Cada vez que escutamos alguém dizer que ele ou ela é racional e não emocional, podemos escutar o eco da emoção que está sob esta afirmação, em termos de um desejo de ser ou de obter. Cada vez que afirmamos que temos uma dificuldade no fazer, existe de fato uma dificuldade no querer, que fica ocultado pela argumentação sobre o fazer. Falamos como se fosse óbvio que certas coisas devessem ocorrer em nossa convivência com os outros, mas não as queremos, por isso não ocorrem. Ou dizemos que queremos uma coisa, mas não a queremos ou queremos outra, e fazemos, é claro, o que queremos, dizendo que outra coisa não pode ser feita (...)”

Humberto Maturama

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO CONTEXTO BRASILEIRO

Edvânia Patrício de Sousa¹
Ardigleusa Alves Coêlho²

RESUMO

Objetivo: Analisar a atenção à pessoa com hipertensão arterial sistêmica na atenção primária no Brasil. **Método:** Estudo transversal utilizando dados secundários da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Brasil, com a participação de 8.331 equipes de atenção básica. Recorreu-se ao teste qui-quadrado de proporção para verificar diferenças entre as regiões brasileiras e organização da atenção a pessoa com hipertensão arterial sistêmica. Para variável tempo de espera para primeira consulta foi aplicado o teste Kruskal-Wallis. **Resultados:** a maioria dos participantes foi de enfermeiros (n= 7.571; 90,9%). Quanto ao tempo de atuação dos entrevistados na atenção básica, verificou-se que a maioria (59,2%) possui mais de três anos de atuação. Das equipes avaliadas 68,6% são Equipes de Saúde da Família com Saúde Bucal. A Região Nordeste possui o maior predomínio das Equipes de Saúde da Família com Saúde Bucal (83,6%) e o menor predomínio encontra-se na Região Sudeste (57,7%). Em relação a organização da agenda e coordenação do cuidado à pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica; 99,5% com programação da oferta de consultas e ações; 52,9% com agendamento de consultas em qualquer dia da semana e em qualquer horário; 97,5% utilizam fichas para cadastro ou acompanhamento de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica. A coordenação de fila de espera e o acompanhamento de usuários são realizados por 60,3% dos entrevistados. As ações educativas ofertadas à prevenção e tratamento da HAS foram referidas por 93,5% dos profissionais entrevistados; 93,1% dos ACS realizam a busca ativa de hipertensos faltosos. **Conclusão:** O estudo evidenciou que a atenção à pessoa com hipertensão arterial sistêmica é uma realidade no contexto da atenção primária no Brasil. Percebe-se diferenças na organização do cuidado a pessoa com HAS entre as regiões brasileiras.

Palavras-Chave: Hipertensão Arterial Sistêmica; Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a principal causa de morbimortalidade no mundo. Em 2001, aproximadamente 7.6 milhões de mortes em todo o mundo foram associadas à elevação da pressão arterial. Aproximadamente 54% de todos os derrames e 47% de todas as doenças isquêmicas do coração estão associadas a pressão arterial. 80% da carga de doenças atribuíveis a HAS ocorreu em países de baixa e média renda, atingindo pessoas com idade entre 45 a 69 anos (WILLIAMS, 2009).

No Brasil, a prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A HAS “é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA \geq 140 x 90mmHg)” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p.7) e constitui um grave problema de saúde pública, principalmente por se apresentar com um dos principais fatores de risco de várias doenças, inclusive a cardiovascular (CESARINO *et al*, 2008).

Segundo a pesquisa de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico, realizado em 2015, a morbidade referida entre adultos com diagnóstico de hipertensão arterial variou entre 15,2% em Palmas e 29,2% em Porto Alegre (BRASIL, 2015).

Ademais, entre os sexos, verificou que no masculino, as maiores frequências foram observadas em Maceió (27,8%), Recife (26,7%) e Rio Branco (25,6%) e as menores em São Luís (15,3%), Palmas e Belém (15,8%) e Boa Vista (17,1%). Entre mulheres, as maiores frequências foram observadas em Porto Alegre (32,2%), Rio de Janeiro (30,7%) e Vitória (29,9%) e as menores em Palmas (14,6%), São Luís (17,8%) e Manaus (18,1%) (BRASIL, 2015).

Nesse cenário, a Hipertensão Arterial Sistêmica, enquanto uma doença crônica constitui um sério problema no país e a forma mais efetiva de evitar a doença e reduzir eventos cardiovasculares ligados a HAS é a prevenção primária, a detecção precoce, o tratamento e o controle (BRASIL, 2011).

Assim, desde 2011, no Brasil, vem sendo organizado o cuidado a pessoa com doenças crônicas não transmissíveis, inicialmente através da elaboração do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT),

visando a promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção, o controle e o cuidado das DCNT e seus fatores de risco, através do cuidado integral. E nesse sentido, em 2012, foi proposta a construção da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2013).

Cabe mencionar que a RAS constitui um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde (BRASIL, 2011a). E entre as portas de entrada às ações e aos serviços de saúde nas RAS, destaca-se a atenção primária ou atenção básica, considerada como a principal porta de entrada do sistema, coordenando o cuidado de modo a atender às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2011a). E a Estratégia Saúde da Família é a principal estratégia de organização e expansão da atenção primária no País (BRASIL, 2012).

Na estruturação da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, a atenção básica assume um papel estratégico em função do seu potencial à identificação das necessidades de saúde da população e na realização da estratificação de riscos que subsidiará a organização do cuidado em toda a rede mediante oferta de ações de promoção e de proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde para a maior parte da população (BRASIL, 2011b).

Nesse contexto, as intervenções para controle e prevenção da HAS e suas complicações são responsabilidades das equipes de Atenção Básica e os profissionais de atenção básica assume um papel essencial na definição e implementação de “estratégias para prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial” (BRASIL, 2015, p. 22).

Por ser a HAS uma condição crônica que irá acompanhar o indivíduo por toda a vida é importante que o acesso às ações e serviços de saúde seja garantido, de modo a ser realizado o acolhimento, a escuta e a oferta de respostas resolutivas para promover o cuidado integral (BRASIL, 2011b). Nesse sentido, melhoria da infraestrutura dos serviços, à oferta diagnóstica e terapêutica torna-se necessária para ampliação do acesso para atendimento de pessoas com HAS na Atenção Básica.

Nessa perspectiva em 2011, foi instituído o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade com a finalidade de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde. Compreende quatro fases, que compõe um ciclo

avaliativo a saber: (1) adesão e contratualização; (2) desenvolvimento (implementada através de auto avaliação, monitoramento dos indicadores e apoio institucional); (3) avaliação externa e; (4) recontratualização (BRASIL, 2012).

A busca de qualificação da Atenção desencadeou intervenções realizadas pelas equipes de atenção básica para atendimento das necessidades de saúde da população de sua área de abrangência e dentre os grupos prioritários para planejamento de intervenções encontra-se os usuários com hipertensão arterial sistêmica. Assim, torna-se relevante a execução de um estudo com base na fase de Avaliação Externa do PMAQ, que possibilite a análise da atenção à pessoa com hipertensão arterial sistêmica no contexto da atenção primária e dessa forma contribuir para geração de informações sobre a forma e como o cuidado ao usuário com HAS vem sendo operacionalizada. Nesse sentido, pretende-se analisar a atenção à pessoa com hipertensão arterial sistêmica na atenção primária no Brasil.

2 MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de corte transversal, que se utiliza de dados oriundos do banco da fase de Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) realizada no Brasil, 2012.

Cenário da pesquisa

A adesão ao ciclo 1 do PMAQ foi de 17.482 Equipes de Atenção Básica (EAB) distribuídas nos 3.944 (70,8%) do total dos municípios em 14.111 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Destas, 17.202 tiveram os questionários validados no banco de dados Ministério da Saúde. Para esse estudo foram recrutadas 8.331 equipes.

População e amostra

A população do estudo está constituída de profissionais vinculados à equipe da Atenção Básica com adesão ao PMAQ, sendo eles médicos, enfermeiros, dentistas. A amostra foi constituída um profissional selecionado em cada equipe para participar da avaliação externa na qualidade de respondente, perfazendo um total de 8.331 profissionais.

O critério de inclusão para seleção dos respondentes, nesse estudo, foi atuar em equipes com registro de pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) com maior risco ou gravidade. As equipes que não atenderam ao critério de inclusão foram excluídas do estudo.

Instrumentos de medida e fontes de dados:

Utilizou-se um questionário contendo perguntas fechadas disponibilizados em *tablets*, aplicados por entrevistadores submetidos a treinamento e sob supervisão. Em seguida, os questionários eram enviados *on-line* ao sistema do Ministério da Saúde, acessados e validados pelas Instituições de Ensino Superior (IES) segundo um protocolo de análise da consistência e validação dos dados coletados através do *soft* Validador *on-line* do PMAQ-AB (VALENTIM, et al, 2013). Para análise dos dados, foram incluídas a caracterização dos respondentes e 4 dimensões do questionário Módulo II – Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde da Avaliação Externa do PMAQ-AB 1º ciclo (BRASIL, 2012).

No Quadro 1 estão descritas as variáveis selecionadas para avaliar atenção a pessoa com hipertensão arterial sistêmica por dimensões e suas características

Quadro 1 – Definição, categorias/descrição do agrupamento e origem das variáveis selecionadas para o estudo, Brasil, 2012.

Variável	Definição	Categorias/Descrição do agrupamento	Origem
DIMENSÃO CARACTERIZAÇÃO			
V1	Profissão	1 – Médico 2 – Enfermeiro 3 – Cirurgião Dentista	II.3.3
V2	Quanto tempo o (a) senhor (a) atua nesta equipe de atenção básica?	0,5 – Menos de um ano (997) 0,0 – Não sabe/Não respondeu (999) 1 – ≤ que 3 anos 2 – > que 3 anos Critério para agrupamento Média= 3,13 Mediana= 2 Valor mín.= 1 e Valor máx.= 42 anos	II.3.5
V3	Qual o tipo desta equipe?	1 – ESF com saúde bucal 2 – ESF sem saúde bucal 3 – Equipe Atenção Básica (parametrizada) com saúde bucal 4 – Equipe Atenção Básica (parametrizada) sem saúde bucal 5 – Outros 999 – Não sabe/Não respondeu	II.4.1

DIMENSÃO - Organização da agenda			II.16
V4	Para quais grupos e situações a equipe programa ofertas de consultas e ações?		II.16.7
	Usuários com hipertensão arterial sistêmica	Sim Não	II.16.7.7
V5	A equipe realiza renovação de receitas para os usuários de cuidado continuado/de programas como hipertensão e diabetes, sem a necessidade de marcação de consultas médicas?	Sim Não 999 - Não sabe/não respondeu	II.16.8
DIMENSÃO - Equipe de atenção básica como coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde			
Utilização de protocolo			
V6	A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para Hipertensão Arterial	Sim Não Não se aplica 999 - Não sabe/Não respondeu	II.17.4.5
Quais exames são solicitados pela equipe de atenção básica			
	Para hipertensão arterial sistêmica?		
V7	Creatinina	Sim Não Não se aplica 999 - Não sabe/Não respondeu	II.17.5.1
V8	Perfil lipídico	Sim Não Não se aplica 999 - Não sabe/Não respondeu	II.17.5.2
V9	Eletrocardiograma	Sim Não Não se aplica 999 - Não sabe/Não respondeu	II.17.5.3
V10	Nenhuma das anteriores	Sim Não Não se aplica 999 - Não sabe/Não respondeu	II.17.5.7
	Nenhuma das anteriores	Não	II.17.6.2
DIMENSÃO - Atenção à pessoa com hipertensão arterial			II.25
V11	Como são agendadas as consultas para pessoas com hipertensão arterial sistêmica?	<ul style="list-style-type: none"> • Agendamento em qualquer dia da semana, em qualquer horário • Agendamento em qualquer dia da semana, em horários específicos • Dias específicos fixos em até três dias na semana • Dias específicos fixos em mais de três dias na semana • Outro (s) 	II.25.1
V12	Normalmente, qual é o tempo de espera para a primeira consulta de pessoas com hipertensão arterial sistêmica na unidade de saúde?	Dias	II.25.2
V13	A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica?	Sim Não	II.25.3
V14	A equipe de atenção básica possui registro de pessoas com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?	Sim Não	II.25.4

V15	A equipe programa as consultas e exames de pessoas com hipertensão arterial sistêmica em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?	Sim Não	II.25.5
V16	A equipe coordena a fila de espera e acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial sistêmica que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção?	Sim Não 999 - Não sabe/não respondeu	II.25.6
DIMENSÃO - Promoção da saúde			
V17	A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para prevenção e tratamento da hipertensão arterial sistêmica?	Sim Não	II.31.1.7

Fonte: Instrumento de avaliação externa, PMAQ-AB, 2012.

Análise dos dados

Foi realizada análise descritiva das características da atenção primária à pessoa com hipertensão arterial sistêmica por região geopolítica. Os municípios participantes do estudo estão classificados em 5 estratos segundo região geopolítica a saber: Norte, Sul, Centro-oeste, Sudeste e Nordeste.

O desempenho das equipes no que se refere à atenção à pessoa com hipertensão por regiões geopolíticas foi medido utilizando-se quatro dimensões do instrumento do PMAQ: organização da agenda, atenção básica como coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde e atenção a pessoa com hipertensão arterial sistêmica e promoção da saúde através do *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS Inc, Chicago, Estados Unidos, versão 21). Na apresentação dos resultados as dimensões atenção à pessoa com hipertensão arterial sistêmica e promoção da saúde foram agrupadas e renomeadas como organização da atenção à pessoa com HAS nas equipes de APS.

As variáveis foram dicotomizadas em sim e não, em seguida foi realizado o somatório das respostas para cada item, dividindo pelo total da amostra. Recorreu-se ao teste qui-quadrado de proporções para verificar diferenças entre as regiões geopolíticas no que tange às dimensões sobre a atenção a hipertensão arterial sistêmica. Quando necessário foram considerados também o teste qui-quadrado com correção de Yates ou Teste Exato de Fisher. Para a variável “tempo de espera para a primeira consulta na UBS” foi aplicado o teste Kruskal-Wallis visando verificar diferenças em relação mediana do tempo de espera para consulta por região. Na aplicação dos testes estatísticos, fixou-se o alpha em 5% ($\alpha = 0,05$).

Aspectos éticos

O projeto multicêntrico que gerou o banco de dados foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob o número 21904, em 13 de março de 2012, e seguiu as recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 8.331 profissionais de saúde, a maioria (90,9%) era enfermeiro (a) e no que se refere às regiões do Brasil, há maior concentração de profissionais de saúde na Região Sudeste (45%) (Tabela 1).

Os estudos realizados por Seidl et al (2014) evidenciou que 92,3% dos entrevistados segundo profissão também eram enfermeiros; 5,8% médicos e 1,9% cirurgião dentista.

Tabela 1 – Distribuição dos Entrevistados segundo Profissão e Região, Brasil, 2012.

Profissão		Região					Total
		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
Médico(a)	N	21	128	332	83	31	595
	%	4,2	5,3	8,9	6,6	7,3	7,1
Enfermeiro(a)	N	465	2212	3383	1129	382	7571
	%	93,6	92,1	90,3	89,7	89,7	90,9
Cirurgião(ã)-dentista	N	11	63	31	47	13	165
	%	2,2	2,6	0,8	3,7	3,1	2,0
Total	N	497	2403	3746	1259	426	8331
	%	100	100	100	100	100	100

Fonte: Avaliação Externa/PMAQ-AB, 2012.

Quanto à distribuição dos entrevistados, segundo tempo de atuação e região (Tabela 2), observa-se variação no tempo de atuação entre 1 a 42 anos. A pesquisa mostrou que 40,8% dos profissionais entrevistados possuíam tempo de atuação menor ou igual a três anos e 59,2% possuíam tempo de atuação maior que 3 anos. Os profissionais com maior e menor tempo de atuação encontram-se na Região Norte (63,6%, 36,4%), respectivamente.

Estudo realizado por Seidl *et al* (2014) evidenciou que o tempo de atuação dos profissionais menor do que dois anos somou um total de 56,5%. O estudo de Teixeira, (2012) mostrou que a rotatividade tem impacto negativo tanto para o enfermeiro quanto para a comunidade. Entre os fatores necessários para que os enfermeiros permaneçam na ESF estão

os salários justos, diminuição de carga horária semanal, estabilidade, valorização profissional, capacitação e aperfeiçoamento, entre outros.

Tabela 2 – Distribuição dos Entrevistados segundo Tempo de Atuação e Região, Brasil, 2012.

Tempo de atuação (em anos)		Região					Total
		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
≤ 3	N	181	950	1622	480	163	3396
	%	36,4	39,5	43,3	38,1	38,3	40,8
> 3	N	316	1453	2124	779	263	4935
	%	63,6	60,5	56,7	61,9	61,7	59,2
Total	N	497	2403	3746	1259	426	8331
	%	100	100	100	100	100	100

Fonte: Avaliação Externa/PMAQ-AB, 2012.

Na Tabela 3, observa-se que a maioria (68,6%) dos entrevistados atuavam em Equipe de Saúde da Família (EqSF) – com saúde bucal e com maior predomínio na Região Nordeste (83,6%) e menor predomínio na Região Sudeste (57,7%). No estudo realizado em Pernambuco por Albuquerque *et al* (2014) mostrou que 72,8% são EqSF com saúde bucal e 27,2% são EqSF sem saúde bucal.

Tabela 3 – Distribuição dos entrevistados segundo o tipo de equipe e Região, Brasil, 2012.

Tipo de equipe AB		Região					Total
		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
Equipe de Saúde da Família – com saúde bucal	N	362	2010	2163	841	342	5718
	%	72,8	83,6	57,7	66,8	80,3	68,6
Equipe de Saúde da Família – sem saúde bucal	N	123	319	1473	380	62	2357
	%	24,7	13,3	39,3	30,2	14,6	28,3
Equipe de atenção básica (parametrizada) – com saúde bucal	N	7	54	52	18	20	151
	%	1,4%	2,2%	1,4%	1,4%	4,7%	1,8%
Equipe de atenção básica (parametrizada) – sem saúde bucal	N	4	15	24	18	1	62
	%	0,8	0,6	0,6	1,4	0,2	0,7
Outro(s)	N	1	5	31	1	1	39
	%	0,2	0,2	0,8	0,1	0,2	0,5
Não Sabe/Não Respondeu	N	0	0	3	1	0	4
	%	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0
Total	N	497	2403	3746	1259	426	8331
	%	100	100	100	100	100	100

Fonte: Avaliação Externa/PMAQ-AB, 2012.

Analisando a organização da agenda das equipes de APS para atendimento de usuários com HAS (Tabela 4), verifica-se que em todas as regiões há programação de oferta de consultas e ações, entretanto destaca-se a região Centro-Oeste (99,5%). Observa-se diferença estatisticamente significativa entre as regiões ($p < 0,001$).

Costa; Silva; Carvalho (2011) referem que as ações para os usuários com HAS incluem ações educativas, campanhas, palestras, grupos de hipertensos e hipertensos individualmente.

Foi referido pelos entrevistados, que nas equipes de APS, é realizada a renovação de receitas para usuários de cuidado continuado sem a necessidade de marcação de consulta médica. Nota-se que há diferença significativa entre as regiões ($p < 0,001$) e a região Sudeste apresenta uma maior concentração dessa atividade (86,6%).

No que tange as equipes de APS com coordenadora da rede de atenção à saúde, na Tabela 4, observa-se diferença estatisticamente significativa entre as regiões ($p < 0,001$) e em todas elas a maioria dos entrevistados referiu que existe protocolo com Diretrizes Terapêuticas para Hipertensão arterial sistêmica (HAS), com destaque para região Centro-Oeste (87,5%).

Os achados do estudo de Costa; Silva; Carvalho (2011) mostrou que 25% das UBS da cidade de Recife utilizam protocolo para hipertensão.

Foi mencionado ainda pelos entrevistados que em todas as equipes avaliadas são solicitados exames de: creatinina, perfil lipídico e Eletrocardiograma para usuários com HAS. Apenas uma minoria (5,5%) das equipes não solicitam esses exames. De acordo com o estudo de Costa; Silva; Carvalho (2011) os exames laboratoriais são realizados no tratamento e no acompanhamento dos usuários e os exames de eletrocardiograma e RX de tórax são marcados para serem realizados no sistema de referência.

Tabela 4 – Distribuição dos entrevistados segundo as dimensões organização de agenda e coordenação do cuidado a usuário com HAS em Equipe de Atenção Primária e por Região, Brasil, 2012.

Á Dimensão	Região							Total	p*
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste				
Organização da agenda									
Programação de oferta de consultas e ações para Usuários com HAS (n= 7891)	Sim	n	457	2231	3451	1157	384	7680	<0,001
		%	99,1	98,1	96,6	96,5	99,5	97,3	
	Não	n	4	43	120	42	2	211	
		%	0,9	1,9	3,4	3,5	0,5	2,7	
Renovação de receitas para os usuários de cuidado continuado de programas como HAS e DIA, sem a necessidade de marcação de consultas médicas (n= 8311)	Sim	n	429	2055	3237	1006	323	7050	<0,001
		%	86,5	85,8	86,6	80,0	76,2	84,8	
	Não	n	67	339	503	251	101	1261	
		%	13,5	14,2	13,4	20,0	23,8	15,2	
Coordenação do cuidado na rede de atenção à saúde									
Existência de protocolo com Diretrizes Terapêuticas para HAS (8235)	Sim	n	368	1696	3249	983	315	6611	<0,001
		%	75,6	71,5	87,5	79,0	75,0	80,3	
	Não	n	119	676	463	261	105	1624	
		%	24,4	28,5	12,5	21,0	25,0	19,7	
Solicitação de exames (n= 8331)									
Creatinina	Sim	n	478	2346	3701	1237	419	8181	<0,001
		%	96,2	97,6	98,8	98,3	98,4	98,2	
	Não	n	19	57	45	22	7	150	
		%	3,8	2,4	1,2	1,7	1,6	1,8	
Perfil lipídico	Sim	n	424	2175	3608	1213	409	7829	<0,001
		%	85,3	90,5	96,3	96,3	96,0	94,0	
	Não	n	73	228	138	46	17	502	
		%	14,7	9,5	3,7	3,7	4,0	6,0	
Eletrocardiograma	Sim	n	435	2230	3645	1210	402	7922	<0,001
		%	87,5	92,8	97,3	96,1	94,4	95,1	
	Não	n	62	173	101	49	24	409	
		%	12,5	7,2	2,7	3,9	5,6	4,9	
Nenhuma das anteriores	Sim	n	11	15	10	6	4	46	<0,001
		%	2,2	0,6	0,3	0,5	0,9	0,6	
	Não	n	486	2388	3736	1253	422	8285	
		%	97,8	99,4	99,7	99,5	99,1	99,4	

Fonte: Avaliação Externa/PMAQ, 2012. *Qui quadrado de Pearson.

Quanto à organização da atenção à pessoa com HAS nas das equipes de APS (Tabela 5), observa-se que a forma de agendamento mais comum entre as equipes é agendamento em qualquer dia da semana, em qualquer horário (52,9%). O menor e maior tempo de espera para primeira consulta na unidade de saúde foi nas regiões Nordeste e Sudeste (4,81 e 8,12 dias), respectivamente.

Uma das propostas para a organização da agenda, de acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba na Região Sul, é direcionar todas as pessoas que precisam de

atendimento no dia para as suas próprias equipes (auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos) e o usuário marca na recepção seu encaminhamento/agendamento para os profissionais de referência.

O estudo realizado por Izecksohn e Ferreira (2014) mostrou que a diversificação nas formas de agendamento, contato telefônico prévio e escuta do usuário podem interferir em sua assiduidade no serviço.

A Região que apresentou o maior e o menor percentual em relação ao tempo de espera mais de 30 dias para realizar a consulta foi a Região Sudeste. O estudo mostrou ainda que a maioria dos usuários conseguem ser atendidos na unidade na mesma hora sem consulta marcada, esse percentual corresponde à 70,9% na Região Sudeste; 81,5% na Região Sul e 79,0% na Região Centro-Oeste. O estudo realizado por Cosotti (2014) mostrou que o tempo de espera para uma consulta na UBS avaliada varia de o a 1 dia à mais de 30 dias.

Em 97,5% das equipes é utilizada alguma ficha para cadastro ou acompanhamento de pessoas com HAS. Entre as Regiões, o Norte apresentou maior percentual (99,2%). Conforme o estudo de Carvalho Filha; Nogueira e Medina (2014) 12,5% dos médicos da Atenção Básica registram dados do atendimento em prontuários e fichas específicas. De acordo com Costa; Silva e Carvalho (2011) 86,1% das 103 UBS da cidade de Recife utilizam a Ficha B SIAB e 95,8% dessas UBS utilizam a Ficha HIPERDIA.

A Programação de consultas e exames pelas equipes de APS segundo estratificação dos casos e outros elementos da gestão do cuidado foi referida por 90% dos entrevistados, sendo mais frequente no Nordeste Brasileiro (92,1%). No estudo de Carvalho Filha; Nogueira e Medina (2014) 42,8% dos médicos e 56,2% dos enfermeiros entrevistados solicitam exames de acompanhamento.

No que se refere à Coordenação da fila de espera e acompanhamento de usuários com HAS para consultas e exames em outros pontos de atenção, apenas 60,3% das equipes realizam essa atividade e o melhor desempenho foi observado na Região Centro-Oeste (60,3%). Similarmente ao estudo de Carvalho Filha, Nogueira e Medina (2014), que também referiu a realização de encaminhamento dos usuários a outros pontos de atenção.

A oferta de ações educativas para prevenção e tratamento da HAS pela equipe de APS foi uma atividade referida por 93,5% dos profissionais de saúde entrevistados. A Região Centro-Oeste apresentou um maior percentual (97 %). No estudo realizado por Costa; Silva; Carvalho (2011) as ações de prevenção priorizadas foram as orientações sobre hábitos e estilos de vida saudáveis, realização de campanhas educativas periódicas e programação de atividade física. Em relação ao tratamento, o mesmo estudo verificou que os medicamentos

utilizados foram Hidroclorotiazida 97,2%; Propranolol 97,2%; Captopril 97,2% e medicação de urgência 83,3%.

No que tange a realização de busca ativa de hipertensos faltosos durante as visitas domiciliares dos ACS, nota-se que 93,1% das equipes essa atividade é realizada e maior frequência foi verificada na Região Norte (95,6%). Com exceção da variável Coordenação da fila de espera e acompanhamento de usuários com HAS para consultas e exames em outros pontos de atenção ($p < 0,027$), observa-se diferença estatisticamente significativa entre as regiões ($p < 0,001$) para as demais variáveis analisadas. O estudo realizado por Andrade et al (2015) mostrou que 88% dos domicílios investigados afirmaram ter recebido pelo menos uma visita de algum profissional da EqSF nos dois meses anteriores a data da entrevista.

Tabela 5 – Distribuição dos entrevistados segundo organização da atenção à pessoa com HAS nas Equipes de Atenção Primária e Região, Brasil, 2012.

Variável	Região					Centro-Oeste	Total	p^*	
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul					
Formas de agendamento de consultas (n=8331)									
Agendamento em qualquer dia da semana, em qualquer horário.	n	220	933	2367	676	215	4411		
	%	44,3	38,8	63,2	53,7	50,5	52,9		
Agendamento em qualquer dia da semana, em horários específicos.	n	59	182	390	166	60	857		
	%	11,9	7,6	10,4	13,2	14,1	10,3	<0,001	
Dias específicos fixos em até três dias na semana.	n	122	809	643	234	76	1884		
	%	24,5	33,7	17,2	18,6	17,8	22,6		
Dias específicos fixos em mais de três dias na semana.	n	20	98	105	43	6	272		
	%	4,0	4,1	2,8	3,4	1,4	3,3		
Outro(s)	n	76	381	241	140	69	907		
	%	15,3	15,9	6,4	11,1	16,2	10,9		
Tempo de espera para primeira consulta na UBS	Dias DP	5,15 8,63	4,81 7,42	8,12 11,64	5,35 8,58	5,01 8,16		<0,001**	
Utilização de Ficha para cadastro ou acompanhamento (n=8331)	Sim	n	493	2359	3637	1214	421	8124	
		%	99,2	98,2	97,1	96,4	98,8	97,5	<0,001
	Não	n	4	44	109	45	5	207	
		%	0,8	1,8	2,9	3,6	1,2	2,5	
Programação de consultas e exames segundo estratificação dos casos e outros elementos da gestão do cuidado (n=8331)	Sim	n	452	2214	3371	1077	380	7494	<0,001
		%	90,9	92,1	90,0	85,5	89,2	90,0	
	Não	n	45	189	375	182	46	837	
		%	9,1	7,9	10,0	14,5	10,8	10,0	
Coordenação da fila de espera e acompanhamento de usuários com HAS para consultas e exames em	Sim	n	278	1439	2238	760	284	4999	
		%	56,5	60,3	59,9	60,8	c	60,3	<0,027
	Não	n	214	946	1498	489	141	3288	
		%	43,5	39,7	40,1	39,2	33,2	39,7	

outros pontos de atenção (n=8287)¹

Oferta de Ações educativas para prevenção e tratamento da HAS (n=8331)	Sim	n	463	2265	3454	1191	413	7786	<0,001
		%	93,2	94,3	92,2	94,6	97,0	93,5	
	Não	n	34	138	292	68	13	545	
		%	6,8	5,7	7,8	5,4	3,0	6,5	
Busca ativa no território de hipertensos faltosos durante as visitas domiciliares dos ACS (n=8311)¹	Sim	n	475	2262	3495	1122	399	7753	<0,001
		%	95,6	94,1	93,3	89,1	93,7	93,1	
	Não	n	17	137	244	136	24	558	
		%	3,4	5,7	6,5	10,8	5,6	6,7	

Fonte: Avaliação Externa/PMAQ, 2012. *Qui quadrado de Pearson. **Teste de Kruskal Wallis -
¹Excluído do cálculo os valores referente a resposta “Não sabe/não respondeu” ou “Não se aplica.”

4 CONCLUSÃO

O estudo evidenciou que a atenção à pessoa com hipertensão arterial sistêmica é uma realidade no contexto da atenção primária no Brasil. Percebe-se há diferenças na organização do cuidado a pessoa com HAS entre as regiões brasileiras.

Cabe destacar que Hipertensão Arterial Sistêmica enquanto fator de risco para diversas doenças é importante à organização do cuidado no contexto da atenção primária, principalmente para minimizar complicações e reduzir os custos com internações hospitalares. Nesse sentido o estudo mostrou que, no processo de trabalho das equipes da estratégia saúde da família, há oferta de Ações educativas para prevenção e tratamento da HAS, busca ativa de hipertensão faltosos no território e organização de agenda para assegurar o acesso e continuidade da atenção.

Partindo desta análise, foi possível compreender como ocorre os cuidados às pessoas com a HAS na atenção primária à saúde em âmbito nacional. Espera-se que o presente trabalho contribua para geração de informações sobre a forma de como o cuidado ao usuário com HAS vêm sendo operacionalizada.

ABSTRACT

Objective: To analyze the attention to the person with hypertension in primary care in Brazil. **Methods:** Cross-sectional study, descriptive study using secondary data from the external evaluation of Access Improvement Programme and Quality of Primary Care in Brazil, with the participation of 8,331 primary care teams. He used the chi-square test to verify proportion differences between Brazilian regions and organization of care the person with hypertension. For variable waiting time for first appointment was applied the Kruskal-Wallis test. **Results:** Most participants were nurses (n = 7,571; 90.9%). As for the respondents in primary care performance time, it was found that the majority (59.2%) have more than three years of operation. The evaluated teams are 68.6% Health Teams Family with oral health. The Northeast has the highest prevalence of the Family Health Teams with oral health (83.6%) and the lowest prevalence is in the Southeast (57.7%). Regarding the organization of the agenda and coordination of care to people with Hypertension 99.5% with programming offering consultations and actions. 52.9% with scheduling appointments on any day of the week and at any time. 97.5% use chips to registration or monitoring of people with Hypertension. The queue coordination and user monitoring are performed by 60.3% of respondents. Educational activities offered to the prevention and treatment of hypertension was reported by 93.5% of the interviewed professionals of primary care teams to health. 93.1% of ACS perform the active search for absentees hypertensive. **Conclusion:** The study showed that the attention to the person with hypertension is a reality in the context of primary care in Brazil . It is perceived differences in care of the organization the person SAH among Brazilian regions .

Keywords: Hypertension; Family Health; Primary Health Care.

REFERÊNCIAS

BRASIL Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011a, Seção 1.

Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 out. 2011b, Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de avaliação externa do Saúde Mais Perto de Você – acesso e qualidade. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. **A organização do cuidado às pessoas com hipertensão arterial sistêmica em serviços de atenção primária à saúde**; Organização de Sandra R. S. Ferreira, Itemar M. Bianchini, Rui Flores. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, ago. 2011.

BRASIL. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.654 de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa de Melhoria do Acesso e da qualidade da atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html (2011b). Acessado em 02 mai. 2016.

CARVALHO FILHA, F. S. S. *et al.* Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica: perspectiva de profissionais e usuários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.38, N. especial. P. 265-278, Out 2014.

CESARINO C. B. *et al.* Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto – SP. **Arq. Bras. Cardiol.** Vol.91 no.1 São Paulo July 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2008001300005>.

COSTA, J. M. B. S; Silva, M. R. F; CARVALHO, E. F. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município de Recife (PE, Brasil). **Saúde Coletiva**, 16(2): 623-633, 2011.

COSOTTI, E. *et al.* Atuação em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da avaliação externa do PMAQ-AB. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, V. 38, N. Especial, P. 140 – 152, out

2014.

IZECKSOHN, M. M. V; FERREIRA, J. T. Falta às consultas médicas: percepções dos usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, Manguinhos, Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Med. Farm. Comunidade**. Rio de Janeiro, 2014.

SEIDL, H. *et al.* Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: Uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v.38, n.especial.p.94-108, out 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Rio de Janeiro: Arq Bras Cardiol, v.95, n. 1, supl. 1, p. 1-51, 2010.

TEIXEIRA, D. A. V. **Efeitos da rotatividade do profissional enfermeiro na estratégia saúde da família**. Minas Gerais, 2012.

Valentim RAM et al, inventores, Programa de computador (cotitularidade) validador on-line do PMAQ-AB, cessionários. Natal, patente. Pedido nº BR 51 2013 001200 7Sedec: 000085 09 out. 2013 (10:13h) cotitular: Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte - IFRN (CNPJ:10.877.412/0001-68).

Williams B. The year in hypertension. *JACC* 2010; 55(1): 66–73. Disponível em: <http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleid=1140309>. Acessado em 17 de maio de 2016.