



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ANDRÉIA MEDEIROS PIRES MARUITI**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO AO PORTADOR  
DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO BÁSICA EM  
MARINGÁ-PARANÁ**

**MARINGÁ  
2009**

**ANDRÉIA MEDEIROS PIRES MARUITI**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO AO PORTADOR  
DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO BÁSICA EM  
MARINGÁ-PARANÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Gestão do Cuidado em Saúde, da Universidade Estadual de Maringá, como um dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria José Scochi

**MARINGÁ  
2009**

**ANDRÉIA MEDEIROS PIRES MARUITI**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO AO PORTADOR  
DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO BÁSICA EM  
MARINGÁ-PARANÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem, sob apreciação da seguinte banca examinadora:

APROVADO EM

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria José Scochi (Orientadora) – UEM

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Célia Regina Rodrigues Gil – UEL

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Dorotheia Fátima Pelissari de Paula Soares – UEM

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho

Ao meu marido **Seiti Valter Maruiti**, pelo apoio em todos os momentos e aos meus filhos **Vanessa e Guilherme** que souberam compreender minhas ausências e foram estímulo nas decisões para a conquista deste mérito, sem eles nada disso seria possível.

## AGRADECIMENTOS

A Deus pela presença constante em minha vida, por ter me iluminado e dado coragem, discernimento e perseverança para cumprir mais esta etapa da minha formação acadêmica.

A meus pais e irmãos que foram os alicerces da minha vida e sempre tiveram palavras de estímulo e de reconhecimento pelo meu esforço.

À minha orientadora, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. **Maria José Scochi**, por seu exemplo, por sua competência, confiança, respeito, orientação, generosidade e por acreditar que eu poderia realizar este trabalho.

A todos os docentes do Mestrado, que não mediram esforços ao nos transmitir de forma ética e competente os conteúdos do curso.

Às diretoras e profissionais das Unidades Básicas de Saúde pela colaboração.

Ao Secretário de Saúde de Maringá Dr. **Antonio Carlos Figueiredo Nardi**, pela liberação para que eu pudesse frequentar o Curso e realizar a pesquisa utilizando informações dos serviços de saúde municipais.

À Diretora do Hospital Municipal de Maringá, Enfermeira **Rosimeire Munarin Ruiz**, ao Diretor do Hospital Memorial de Maringá Dr. **Airton Severino Piazza** e à Enfermeira **Márcia Cristina Rossi**, por disponibilizar campo para a realização deste estudo.

Aos colegas do curso de mestrado pelos bons momentos de convivência e aprendizado que compartilhamos durante as aulas e em especial às colegas e amigas **Janaína Daiane Bauli** e **Robsmeire Calvo Melo Zurita** pelo companheirismo, apoio e incentivo.

Às alunas da graduação em Enfermagem: **Andréa Colucci**, **Patrícia de Melo Horácio** e **Mayara Zago**, pela disponibilidade e colaboração no desenvolvimento deste estudo.

À banca presente e a todos que de forma direta ou indireta contribuíram para a conclusão deste trabalho.

MARUITI, Andréia Medeiros Pires. **Avaliação da qualidade do atendimento ao portador da hipertensão arterial na atenção básica em Maringá-Paraná.** 2009. f.73 Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2009.

## RESUMO

**Introdução:** Estudos mostram que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem apresentado prevalência ascendente e suas conseqüências negativas nas populações futuras será mais evidente. Quando diagnosticada precocemente e tratada de forma adequada pode evitar agravos aos portadores, proporcionando uma vida com qualidade, diminuindo internações hospitalares por complicações cardiovasculares e óbitos precoces. A carência de estudos avaliativos acerca da qualidade do processo do cuidado ao portador de hipertensão na atenção básica pode refletir a falta de avaliação em outros serviços e programas oferecidos à população. Por meio deste estudo procurou-se responder a uma questão: Será que decorridos 14 anos de estudo avaliativo realizado anteriormente, houve modificação no atendimento ao portador de hipertensão arterial em Maringá? **Objetivos:** Avaliar a qualidade do atendimento ao portador de HAS na atenção básica; caracterizar a população de portadores de HAS; conhecer os registros referentes ao atendimento destes pacientes na atenção básica; identificar os recursos disponíveis na assistência prestada ao portador de HAS e analisar a evolução de indicadores referentes à HAS no período de 1994 à 2008. **Percorso Metodológico:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, avaliativa, realizada no município de Maringá-Paraná. A amostra foi coletada em dois hospitais credenciados ao SUS, no período de um mês e constituiu-se de 20 portadores de HAS internados por crise hipertensiva ou doenças cardiovasculares, na faixa etária de 45-65 anos, residentes em Maringá, com condições de verbalização e que eram atendidos nas unidades básicas de saúde. A partir do diagnóstico hospitalar foi realizada uma entrevista com os portadores de HAS internados no dia da visita. Após as entrevistas hospitalares foi realizada a busca dos prontuários nas unidades de saúde para verificar a presença ou não do registro dos atendimentos com os procedimentos considerados essenciais ao tratamento da HAS. Foram utilizados dados secundários para a análise dos indicadores e as observações do diário de campo. **Resultados e Discussão:** A partir da verificação dos diagnósticos hospitalares, foram encontrados 73 pacientes portadores de HAS em todas as faixas etárias, nos hospitais visitados. Apesar da tendência de declínio nas taxas anuais de internações por doenças cardiovasculares nos últimos anos, foi observado um aumento de 23,7% de portadores de HAS internados em relação ao estudo anterior, com aumento nas internações na faixa etária maior de 70 anos e um declínio nas faixas etárias menores, sendo 53 pacientes (72,6%) excluídos da pesquisa por não se inserirem nos critérios de inclusão. Foram portanto, entrevistados 20 pacientes (27,4%) que se encontravam dentro dos critérios estabelecidos para a realização da pesquisa, na faixa etária de 45-65 anos. Destes, 75% era do sexo masculino, 70% era casado, 100% era usuário do SUS, apesar da existência de 20% que também utilizava um plano de assistência privada de baixa cobertura. Por meio das fichas de internação hospitalar foi observado que 75% dos pacientes entrevistados, internou com crise hipertensiva e alguns apresentavam outros diagnósticos associados, seis pacientes estavam com Insuficiência Cardíaca Congestiva, três apresentaram Infarto Agudo do Miocárdio no momento da internação e três apresentavam Acidente Vascular Cerebral. Das co-morbidades, o *Diabetes mellitus* foi a mais prevalente, com 40% dos casos. Quanto à porta de entrada ao atendimento hospitalar, 40% referiu ter sido encaminhado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 30% foi encaminhado pelo Serviço Móvel de Atendimento à Urgências (SAMU),

portanto, apenas 30% procurou de forma espontânea o serviço de urgência, 65% utilizou veículos próprios para transporte; 95% sabia de sua doença, 80% estava em tratamento, 50% seguia a dieta orientada e 35% afirmou realizar atividades físicas regulares. Foi observado aumento no consumo de tabaco e bebidas alcoólicas em relação ao estudo anterior e diminuição do uso de medicamentos regularmente. Com as entrevistas foi possível identificar que os pacientes foram atendidos em 17 UBS (68%), das 25 unidades de saúde existentes. Nestas, foram localizados e pesquisados 19 prontuários e destes, 70% foi localizado com facilidade. Quanto à satisfação com o atendimento recebido 70% avaliou de forma positiva a assistência. O diagnóstico estava registrado em 14 prontuários, ao contrário do registro de exame físico cujo registro foi encontrado em quatro prontuários pesquisados. A história clínica estava presente em 12 prontuários. O registro da verificação da PA constava em 89,4% das consultas, o registro do peso em oito prontuários e nenhum registro de verificação de altura foi encontrado. Em 94,7% o registro do atendimento foi efetuado por médicos, 84,2% realizado por auxiliares de enfermagem e 31,5% foi efetuado por enfermeiros. Houve melhora no registro das prescrições de medicamentos em relação ao estudo anterior, porém o registro de exames complementares como o eletrocardiograma, teve o registro diminuído. Apesar dos pacientes terem referido nas entrevistas que receberam orientações sobre dieta, prática de exercícios físicos regulares e para o não uso de tabaco e álcool, foi encontrado registro apenas em um prontuário recomendando a prática de exercícios físicos e em dois prontuários foram encontrados registros recomendando dieta adequada para hipertensão, nos demais as orientações não estavam registradas. **Considerações finais:** A estrutura da rede de atenção básica no município, apresenta condições favoráveis para um processo de cuidado adequado ao portador de HAS. A diminuição das internações destes pacientes nas faixas etárias menores de 70 anos por HAS pode indicar que a atenção básica vem influenciando de forma positiva os indicadores para a HAS. Houve modificação no perfil dos pacientes internados, com predominância do gênero masculino. O nível de satisfação com o atendimento recebido na atenção básica foi alto, independente da qualidade do atendimento recebido. Os registros nos prontuários, embora não estivessem completamente adequados, foram importantes para a avaliação de alguns indicadores do processo do cuidado prestado ao portador de HAS.

**Palavras-chave:** Atenção Básica à Saúde, Avaliação de Serviços de Saúde, Hipertensão Arterial.

MARUITI, Andréia Medeiros Pires. **Evaluation of quality service to hypertension patients in primary health care in Maringá-Paraná.** 2009. p.73 Dissertation (Master in Nursing)-State University of Maringá. Supervisor: Maria José Scochi. Maringá, 2009.

## ABSTRACT

**Introduction:** Studies show that high blood pressure (hypertension) is on the rise and its negative impact on future populations will become more evident. When diagnosed early and treated adequately it is possible to prevent harm to patients, providing them with quality life, reducing hospital admissions due to cardiovascular complications and early deaths. The lack of evaluation studies on the quality of care given to hypertension patients in the primary health care may reflect the lack of evaluation in other services and programs offered to the public. This study sought to answer one question: Is it possible that after 14 years of the previous evaluative study, there were changes in the care given to hypertension patient in Maringá? **Objectives:** Evaluate the quality of care given to hypertension patients in primary health care; characterize the population of hypertension patients; know the records pertaining to the care of these patients in the primary health care, identify available resources in assisting these patients, and analyze the development of indicators related to hypertension from 1994 to 2008. **Methodology:** This was a descriptive, evaluative survey carried out in Maringá-Paraná; the sample consisted of 20 hypertension patients admitted for hypertensive crisis or heart disease, in a period of one month, in two hospitals accredited to the SUS. The patients were aged 45-65 years living in Maringá, were able to verbalize and treated in basic health units. An interview with the hypertension patients admitted in the day of the research visit was carried out after the hospital diagnosis. After the hospital interview, a search for the medical records at the health facilities was carried out to verify the presence or absence of hospital records regarding the procedures considered essential to the hypertension treatment. Secondary data were used for the analysis of indicators and for the comments of the Field Log. **Results and Discussion:** From the verification of hospital diagnoses, 73 hypertension patients were found from all age groups, in the visited hospitals. Despite the downward trend of hospitalizations due to cardiovascular diseases in annual rates over the past three years, an increase of 23.7% on hospitalized hypertension patients was observed when compared to the earlier study, with an increase in admissions at the age range over 70 years and a decline in younger age groups; 53 patients (72.6%) were excluded from the study because they did not fit into the inclusion criteria. Therefore, 20 patients (27.4%) were interviewed who met the criteria established for the research, aged 45-65 years. Of these, 75% were male, 70% were married, 100% were affiliated to the SUS, although 20% also had a private health care plan of low coverage. The hospitalization records showed that 75% of patients were admitted with a hypertensive crisis and that others had associated diagnoses: six patients had congestive heart failure, three had Acute Myocardial Infarction and three had Cerebral Vascular Accident. Diabetes mellitus was the most prevalent co-morbidities, with 40% of cases. As for the admittance to the hospital, 40% reported having been referred by the Basic Health Units (BHU) and 30% was sent by the Mobile Service of the Emergency Service (SAMU). Therefore, only 30% sought the emergency service spontaneously, 65% used their own vehicles for transportation, 95% knew of their illness, 80% were in treatment, 50% followed the diet prescribed and 35% said they pursued regular physical activity. An increase in tobacco and alcohol consumption was observed in relation to the previous study and a decrease in the use of medication. The interviews allowed the identification of 17 BHU (68%) of the 25 units that provide care to these patients. At these BHUs, we located and searched 19 records and 70% of them were located with ease. 70% of these patients declared their satisfaction with the service received. The diagnosis was recorded in 14 records, different from the physical examination records



which were found in four records. The clinical history was present in 12 records. The record of blood pressure assessing appeared in 89.4% of consultations, the weight record in eight records and no record of height verification of was found. In 94.7% the information was recorded by physicians, 84.2% by nursing assistants and 31.5% by nurses. There was an improvement in the recording of drug prescriptions in relation to the previous study, but the record of tests such as electrocardiogram, had fallen. Although patients have said in interviews that they received guidance on diet, regular practice of physical activities and not to use tobacco and alcohol, only one record was found recommending physical exercise and two records recommended an adequate diet for hypertension. No recommendations were recorded in the others. **Conclusion:** The structure of the network of primary health care in the Maringa offers favorable conditions for a process of proper care to hypertension patients. The decrease in admissions of patients in the age groups under 70 due to hypertension may indicate that primary health care is positively contributing to the lowering of hypertension indicators. There was a modification in the patients' profile, predominantly male. The level of satisfaction with the care received in primary health care was high, regardless of the quality of care received. The records in order, though not entirely appropriate, were important for the evaluation of some indicators of the care provided to hypertension patients.

**Keywords:** Primary Health Care; Evaluation of Health Services, Hypertension.

MARUITI, Andréia Medeiros Pires. **Evaluación de la calidad de servicio al portador de hipertensión arterial en atención primaria en Maringá-Paraná.** 2009. f.73 Disertación (Maestría en Enfermería)-Universidad Estadual de Maringá. 2009. Orientadora: Maria José Scochi. Maringá, 2009.

## RESUMEN

**Introducción:** Los estudios demuestran que la hipertensión arterial sistémica (HAS) ha presentado la prevalencia ascendente y sus consecuencias negativas en las poblaciones futuras será más evidente. Cuando diagnosticada temprano y tratada adecuadamente se puede prevenir lesiones a los pacientes, proporcionando una calidad de vida, reducción de hospitalizaciones por complicaciones cardiovasculares y muertes prematuras. La falta de estudios de evaluación sobre la calidad del proceso de atención a pacientes con hipertensión en la atención primaria puede reflejar la falta de evaluación en otros servicios y programas que se ofrecen al público. A través de este estudio se ha tratado de responder a una pregunta: ¿Es que después de 14 años de estudio de evaluación llevado a cabo anteriormente, se produjeron cambios en el cuidado de la hipertensión arterial en Maringá? **Objetivos:** Evaluar la calidad de la atención a pacientes con hipertensión en la atención primaria; caracterizar la población de pacientes con hipertensión arterial, conocer los antecedentes relativos a la atención de estos pacientes en atención primaria, la identificación de recursos disponibles para ayudar a los pacientes con hipertensión y analizar el desarrollo de indicadores relacionados con la hipertensión desde 1994 hasta 2008. **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo, de evaluación, en la ciudad de Maringá, Paraná. La muestra utilizó 20 pacientes con HAS ingresados por crisis de hipertensión o enfermedades cardiovasculares, durante un mes, en dos hospitales autorizados por el SUS, con edad entre 45-65 años y que viven en Maringá, capaces de verbalización y tratados en la atención primaria de salud. Desde el diagnóstico del hospital, se hizo una entrevista con los pacientes con HAS ingresados en el día de la visita a la investigación. Después de la entrevista del hospital se llevó a cabo una búsqueda de registros médicos en centros de salud para verificar la presencia o ausencia del registro de atención a los procedimientos considerados esenciales para el tratamiento de la hipertensión. Los datos secundarios fueron utilizados para el análisis de los indicadores y los comentarios del diario de campo. **Resultados y Discusión:** De la verificación de los diagnósticos del hospital, hemos encontrado 73 pacientes con hipertensión en todos los grupos de edad en los hospitales visitados. A pesar de la tendencia a la baja en las tasas anuales de las hospitalizaciones por enfermedades cardiovasculares en los últimos tres años, hemos observado un aumento del 23,7% de los pacientes con HAS ingresados en el estudio anterior, con un aumento en los ingresos en el rango de edad mayores de 70 años y una disminución en los grupos de edad más joven. 53 pacientes (72,6%) fueron excluidos del estudio, ya que no se adecuaban en los criterios de inclusión. Por lo tanto, se han entrevistado a 20 pacientes (27,4%) que estaban dentro de los criterios establecidos para la investigación, de entre 45-65 años. De estos, 75% eran hombres, 70% estaban casadas, 100% eran de usuarios del SUS, a pesar de la existencia de 20% que también se utilizan de un plan privado de salud para cobertura bajas. A través de fichas de hospitalización, se observó que 75% de los pacientes ingresaron con crisis hipertensivas y algunos tenían otros diagnósticos asociados: seis pacientes tenían insuficiencia cardíaca congestiva, tres tenían infarto agudo de miocardio, y tres habían sufrido un accidente vascular cerebral. La *diabetes mellitus* fue la co-morbilidad más frecuente, con 40% de los casos. La entrada al hospital, 40% reportaron haber sido remitidos por las Unidades Básicas de Salud (UBS) y 30% fueron realizados por el Servicio Móvil del Servicio de Urgencias (SAMU). Así, sólo 30% han buscado espontáneamente el servicio de urgencia, 65% utilizaron sus propios vehículos para el transporte, 95% sabían de su enfermedad, 80% estaban en

tratamiento, 50% seguían la dieta prescrita, y 35% dijeron practicar actividad física regularmente. Hubo un aumento en el consumo de tabaco y alcohol en relación al estudio anterior y disminución del uso de medicación. Las entrevistas fueron capaces de identificar 17 UBS (68%) de las 25 unidades que atienden a estos pacientes. En estas UBS se han localizados y verificados 19 registros y de estos, 70% fueron encontradas con facilidad. La satisfacción con el servicio recibido fue calificado positivamente por 70% de los pacientes. El diagnóstico fue registrado en 14 registros, a diferencia de las actas del examen físico en el que el registro se encontró en cuatro fichas examinadas. La historia clínica estuvo presente en 12 registros. El acta de comprobación de la sangre apareció en el 89,4% de las consultas; se encontró el registro de peso en ocho registros y ningún registro de la verificación de la altura. En 94,7%, el registro de asistencia fue realizada por los médicos, 84,2% por auxiliares de enfermería y 31,5% por los enfermeros. Hubo mejoría en el registro de medicamentos en relación al estudio anterior, pero el registro de investigaciones medicas tales como electrocardiograma se había caído. Aunque los pacientes han dicho en las entrevistas que habían recibido orientación sobre dieta, ejercicio físico con regularidad y no consumo de tabaco y alcohol, se encontró registro en una sólo ficha recomendando la práctica de ejercicio físico y en dos fichas se identificaron la recomendación de la dieta adecuada para la hipertensión. En las otras no se han encontrado directrices. **Conclusión:** La estructura de la red de atención primaria en la ciudad de Maringá ofrece condiciones favorables para un proceso de atención adecuada a los pacientes con hipertensión. La disminución de las admisiones de pacientes en los grupos de edad menores de 70 años para la hipertensión puede indicar que la atención primaria ha contribuido positivamente con los indicadores para la hipertensión. Hubo una modificación en el perfil de los pacientes, predominantemente masculino. El nivel de satisfacción con la atención recibida en la atención primaria es alta independientemente de la calidad de la atención recibida. Los registros en orden, aunque no de todo adecuadas, son importantes para la evaluación de algunos indicadores del proceso de la atención prestada a los pacientes con hipertensión.

**Palabras clave:** Atención Primaria de la Salud, Evaluación de los Servicios de Salud, la hipertensión.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DATASUS	Departamento de Informação e Informática do SUS
EESF	Equipes da Estratégia Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HM	Hospital Municipal
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISEP	Instituto de Saúde do Estado do Paraná
IMC	Índice de Massa Corporal
NIS	Núcleos Integrados de Saúde
PAC	Pronto Atendimento à Criança
PSF	Programa Saúde da Família
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel às Urgências
SESA	Secretaria da Saúde do Município de Maringá
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
2	<b>OBJETIVOS</b> .....	20
2.1	OBJETIVO GERAL.....	20
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
3	<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	21
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	22
3.2	LOCAL DE ESTUDO.....	22
3.3	POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	23
3.4	FONTE DE DADOS E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	25
3.5	PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	27
3.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	28
4	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	30
4.1	CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO.....	30
4.2	EVOLUÇÃO DOS INDICADORES DE MORTALIDADE E MORBIDADE HOSPITALAR REFERENTES À HIPERTENSÃO ARTERIAL .....	33
4.3	CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	36
4.4	ATENDIMENTO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE REFERÊNCIA.....	42
4.5	AVALIANDO O PROCESSO DO CUIDADO POR MEIO DOS REGISTROS AMBULATORIAIS.....	46
5	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	54
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	58
	<b>APÊNDICES</b> .....	62
	<b>ANEXOS</b> .....	70

## 1 INTRODUÇÃO

A avaliação é um instrumento de apoio à gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) no tocante à qualidade da assistência oferecida ao usuário. Contribui para a melhoria da qualidade na assistência oferecida pelo serviço, identificando fatores que interferem no atendimento. Segundo alguns autores, avaliar tem como pressuposto a aferição da eficiência, eficácia e efetividade das estruturas e processos relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços públicos de saúde na busca da resolubilidade, além de contribuir para a melhoria da qualidade na assistência oferecida pelo serviço, identificando fatores que interferem no atendimento (PNASS, 2007a; KOFFMAN; BONADIO, 2005).

Para Madureira e De Capitani (1990), a avaliação da qualidade dos serviços de saúde ambulatoriais apresenta dificuldades na prática, devido a problemas metodológicos e as características específicas do serviço prestado, que o diferenciam do serviço hospitalar. Poucos estudos abordam a avaliação da qualidade na atenção básica. Os estudos de qualidade aplicados à atenção básica são usualmente desenvolvidos baseados na avaliação da produção de cuidados hospitalares, voltada para o tratamento de doenças.

Hartz e Contandriopoulos (2004), em um estudo sobre a integralidade da atenção, relatam que as pesquisas produzidas mostram um enfoque privilegiando a análise em hospitais e menos ênfase na atenção ambulatorial.

Na prática, são inúmeras as dificuldades para implementação do processo de avaliação na atenção básica. Dentre elas estão a própria complexidade do objeto da avaliação, as limitações das bases de dados utilizadas e a não integração dos sistemas de avaliação existentes.

Para Habicht, Victora e Vaughan (1999), a avaliação tem como objetivo influenciar decisões gerenciais, uma vez que os resultados encontrados permitem intervir nos processos, subsidiando gestores na tomada de decisões para continuar, mudar, expandir ou mesmo interromper uma intervenção.

De acordo com Vaughan (2004), a avaliação possui vários significados, mas qualquer definição que lhe seja atribuída em saúde pública, deve estar voltada para a melhoria da saúde da população. A avaliação é essencial. Sem ela, programar ou implementar ações, pode trazer

resultados insatisfatórios com desperdício de recursos em programas ineficazes ou continuando práticas que tragam mais prejuízos do que benefícios.

Destarte, a avaliação deve buscar a qualidade do atendimento na atenção básica, desempenhando um papel primordial para o alcance da qualidade global de todo o sistema de saúde. É na atenção básica que o primeiro contato com os problemas dos indivíduos ocorre, juntamente com a acessibilidade, alta incidência de problemas de difícil delimitação e a integração do cuidado com os demais níveis do sistema. A partir do conhecimento da realidade local, das necessidades de saúde e da melhor definição de competências e responsabilidades, pode-se delinear a melhoria da qualidade das ações no contexto da atenção básica (CAMPOS, 2005; BRASIL, 2004a).

Uma atenção básica de qualidade tem sido enfatizada em vários países como o eixo organizador das práticas sanitárias alcançando, desta forma, melhores indicadores de saúde, custos menores e maior satisfação dos usuários. Vários autores referem que a qualidade da atenção básica depende da estrutura disponível, da tecnologia empregada, equipes multiprofissionais qualificadas, de assistência organizada, da identificação das necessidades de saúde e de respostas apropriadas. Considerando que bons processos de trabalho podem levar a bons resultados, a avaliação dos serviços pode contribuir para a melhoria da qualidade na assistência ao identificar fatores que interferem no atendimento, tornando-se uma prioridade técnica e social (CAMPOS, 2005; KOFFMAN; BONADIO, 2005; PNASS, 2007b).

Para Silveira, Santos e Costa (2001) e Scochi (1996), na presença de uma estrutura adequada é esperado que ocorra um melhor processo de atendimento, já que deficiências estruturais podem interferir na qualidade do atendimento. Porém, a existência de uma estrutura adequada não significa alta qualidade no atendimento.

Felipes (2006), ao pesquisar o atendimento prestado a uma comunidade na atenção básica, considerou que as informações sobre doenças mais frequentes que acometem uma determinada população, coletadas nos serviços de saúde, são fundamentais para avaliação da saúde da mesma. Quando analisadas, contribuem para a avaliação da assistência prestada a eles e da estrutura dos serviços oferecidos. Para Starfield (2002), as análises comparativas da efetividade da atenção à saúde, ao longo do tempo ou entre sistemas de saúde, devem levar em consideração as diferenças iniciais na extensão ou grau de doença e as intervenções dos

serviços de saúde. Portanto, conhecer como o processo do cuidado ocorreu, é de suma importância para a avaliação do resultado na saúde da população.

Ainda segundo Starfield (2002), os estudos de atenção básica e a tradução destes achados da pesquisa em políticas e práticas de saúde são essenciais para alcançar as duas principais metas de qualquer serviço de saúde: aperfeiçoar a saúde da população e minimizar as disparidades sistemáticas nos estados de saúde.

Vários estudos na atenção básica são realizados utilizando indicadores disponíveis nos sistemas de informação em saúde que, de forma indireta, contribuem para avaliar as ações primárias no controle das doenças (BOING; BOING, 2007). Números elevados de hospitalizações que podem ser evitadas na atenção básica, talvez indiquem problemas relacionados ao atendimento, seja por quantidade insuficiente de serviços, por problemas na gestão, pela falta de medicamentos, por deficiências no acompanhamento ambulatorial e no sistema de referência (DIAS-da-COSTA et al., 2008).

Em 1996, em estudo realizado por Scochi, a alta mortalidade por doenças cardiovasculares no período, levou à investigação de pacientes portadores de hipertensão arterial internados nos hospitais credenciados ao SUS, a fim de realizar uma aproximação da avaliação da qualidade da atenção básica ofertada ao portador de hipertensão arterial no município de Maringá (SCOCHI, 1996).

Apesar de estudos que apontam a baixa qualidade dos registros dos prontuários (SCOCHI, 1996), ainda assim eles são muito utilizados para avaliação da qualidade da prestação de serviços de saúde, pois segundo Vasconcelos, Gribel e Moraes (2008) a qualidade dos registros efetuados é o reflexo da qualidade da assistência prestada, sendo ponto chave para informar sobre o processo de trabalho.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) afeta de 11 a 20% da população adulta com mais de 20 anos (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002a). Se considerarmos a faixa etária maior de 40 anos, o número de hipertensos estimados passa para 35% da população (BRASIL, 2006). Estudos indicam que a prevalência de HAS vem apresentando elevação em suas taxas e o impacto que ocorrerá nas populações futuras será cada vez mais prejudicial, demonstrando a magnitude desta patologia como problema de saúde pública (BOING; BOING, 2007).



À medida que os serviços de saúde proporcionam maior acesso dos indivíduos a diagnósticos precoces e tratamentos adequados, é esperado um aumento na prevalência da HAS, uma vez que o paciente passa a ter uma sobrevida maior, com melhor qualidade, com o tratamento adequado. O surgimento de complicações decorrentes da HAS mostra as dificuldades para manter sob controle os níveis de pressão arterial, colesterol, tabagismo e peso, bem como os obstáculos do serviço de saúde para o encaminhamento às unidades de referência secundária e terciária das pessoas que apresentam HAS grave e refratária ao tratamento. Entretanto, para algumas patologias como a Insuficiência Cardíaca, nem sempre o tratamento ambulatorial consegue evitar internações em todas as intercorrências (BRASIL, 2007; BOING; BOING, 2007).

Estudos mostram que aproximadamente 85% dos pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC) e 40% das vítimas de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) apresentam hipertensão associada e cerca de 40% dos AVC que acometem estes pacientes poderiam ser evitados com o tratamento adequado. Estas doenças levam, com frequência, à invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o paciente, para a família e a sociedade. Torna-se urgente a implementação de ações para diagnóstico e controle das condições de risco, especialmente no nível básico de atenção (BRASIL, 2001; BAPTISTA; MARCON; SOUZA, 2008).

Dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) em Maringá, em 2004, mostraram que a prevalência da hipertensão na faixa etária acima de 20 anos foi de 14,6% e mais de 50% dos hipertensos estavam acima dos 60 anos (MARINGÁ, 2006).

Os dados de mortalidade por doenças cardiovasculares, disponibilizados pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto de Saúde do Estado do Paraná (ISEP) em 2009 para o município de Maringá, apontam tendência à queda nas taxas anuais de mortalidade por estas doenças nos últimos anos. Entretanto, se considerarmos que muitos dos óbitos DM determinadas faixas etárias poderiam ser evitados com o tratamento e o controle adequado da HAS, torna necessária a realização de novos estudos que avaliem como a assistência ao paciente portador de hipertensão na atenção básica está ocorrendo.

É sabido que a etiopatogenia da hipertensão arterial é multifatorial. Há estudos que apontam a influência dos fatores ambientais como desencadeadores da HAS e demonstram a importância que o suporte social por meio de redes comunitárias de ajuda, apoio familiar,

sentimento de inclusão social, segurança e acesso a serviços de saúde podem contribuir inversamente ao desenvolvimento de HAS e da doença cardiovascular (LADEIA; MAGALHÃES; GUIMARÃES, 2004).

Em pesquisa realizada por Péres, Magna e Viana em 2003, com portadores de hipertensão a respeito da percepção dos mesmos sobre a origem de sua doença, apontou que a doença hipertensiva está ligada a aspectos emocionais, hábitos alimentares inadequados, herança familiar, uso de álcool, obesidade e cigarro; e que, para alguns pacientes, as causas de sua doença eram desconhecidas. Estudos como este demonstram a necessidade de ações de educação em saúde, nas quais os indivíduos possam receber informações para a prevenção de doenças e agravos, além da importância de seguir corretamente o tratamento com medicamentos em casos da doença já instalada.

A análise do atendimento ao hipertenso para avaliar a qualidade da atenção básica pode ser utilizada como condição marcadora para investigação da qualidade desta assistência, sendo importante para indicar como o cuidado aos portadores de HAS e de outras patologias crônicas está sendo ofertado. O acompanhamento adequado ao portador de HAS tende a diminuir os riscos do surgimento de complicações decorrentes de uma descompensação clínica do hipertenso e, com o agravamento de sua patologia, aumentar a tendência de episódios de internações hospitalares que poderiam ser evitadas.

Os pacientes portadores de patologias crônicas como a HAS, sobrecarregam a atenção básica, pois demandam maior número de atendimentos e maior custo devido à maior utilização de exames complementares e medicamentos. Informações acerca de quem são estes pacientes e a forma como o serviço de saúde presta o atendimento são importantes para que os gestores possam implementar ações mais efetivas no atendimento a estes indivíduos. Várias ações têm sido desencadeadas para reorganizar a atenção básica, dentre as quais merecem destaque os Planos para Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao *Diabetes mellitus*, o Pacto de Indicadores e a ampliação da Estratégia Saúde da Família (CAPILHEIRA; SANTOS, 2006; BRASIL, 2003; BRASIL, 2004b).

A partir do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao *Diabetes mellitus* houve a implementação de várias ações nos municípios, com qualificações de profissionais da atenção básica, pactuação de metas, atenção à assistência farmacêutica e orientações para a promoção de atividades educativas (BRASIL, 2001).

A implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) trouxe a proposta de mudanças no modelo de saúde centrado no atendimento médico, com ênfase em ações curativas, pois exige visão ampliada do conceito de saúde ao introduzir ações de vigilância, integralidade, planejamento local, gestão colegiada e reorientação do trabalho na lógica de ações programáticas, enfatizando o atendimento aos grupos populacionais em situações de risco (BAPTISTA; MARCON; SOUZA, 2008). A ESF vem se fortalecendo cada vez mais como uma importante estratégia capaz de reorganizar a atenção básica, enquanto geradora de novas tecnologias na assistência ao buscar o aprimoramento da qualidade e a humanização do atendimento na atenção básica (BRASIL; 2004b; OLIVEIRA; SCOCHI, 2002).

Segundo Scochi (1996; 2001), pode-se avaliar o atendimento prestado anteriormente pela modificação do estado de saúde do indivíduo, ou seja, o processo do cuidado recebido. Scochi buscou avaliar a qualidade do processo do cuidado prestado a uma amostra de portadores de hipertensão arterial que receberam atendimento em unidades ambulatoriais, utilizando o método de traçadores proposto por Kessner et al (1976 apud SCOCHI, 1996 p.11). Inicialmente, Scochi entrevistou portadores de hipertensão arterial internados nos hospitais no município de Maringá buscando, posteriormente, os registros dos atendimentos ambulatoriais e realizando a análise destes registros nos prontuários dos pacientes entrevistados, à procura de informações sobre a atenção recebida.

Por meio da avaliação da qualidade do atendimento ao portador de hipertensão arterial na atenção básica, este estudo espera responder a uma questão: Será que decorridos 14 anos do estudo realizado por Scochi, houve modificação no atendimento ao portador de hipertensão arterial em Maringá?

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar a qualidade do atendimento ao portador de hipertensão arterial na rede de Atenção Básica do Município de Maringá-PR, no ano de 2009.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a população de portadores de hipertensão arterial atendidos na atenção básica, segundo variáveis sócio-econômicas;

- Conhecer os registros referentes ao atendimento do portador de HAS na atenção básica;

- Identificar os recursos disponíveis na assistência prestada ao portador de HAS;

- Analisar a evolução de indicadores da atenção básica referentes à HAS no período de 1994 à 2008 .

### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

O presente estudo foi desenvolvido em três etapas. A primeira etapa consistiu da leitura de referenciais teóricos e da busca de dados sobre indicadores referentes à HAS no município e que forneceram subsídios para a avaliação posterior dos resultados encontrados. A segunda etapa do trabalho consistiu na coleta de dados na população selecionada por meio de entrevistas hospitalares. A terceira etapa correspondeu à busca dos registros dos atendimentos realizados na atenção básica aos portadores de hipertensão arterial que tiveram episódios de internação hospitalar no período pesquisado.

Donabedian (1966 apud SCOCHI, 1996 p.10) introduziu conceitos para a avaliação a partir da estrutura, do processo e resultado do cuidado, servindo de modelo para os estudiosos na área de avaliação, os quais permanecem até os dias atuais. Segundo Scochi (1996), o processo permite avaliar a forma como a assistência foi prestada, sendo uma medida direta. Ao avaliar o processo, a análise dos indicadores de estrutura e de resultados passa a ter maior utilidade na tomada de decisões (TANAKA; MELO, 2001)

A utilização de condições que podem ser traçadoras é uma alternativa para abordagem de problemas complexos do sistema, podendo gerar dados de fácil compreensão (KESSNER 1974 apud LOPES; SILVA; HARTZ, 2004 p. s.255 ), sendo considerada uma das abordagens mais úteis, já que permite a análise horizontal e sequencial do atendimento prestado (TANAKA; ESPIRITO SANTO, 2008).

A HAS foi a condição traçadora selecionada e a internação por crise hipertensiva ou doenças cardiovasculares na faixa etária selecionada para este estudo foi o evento-sentinela usado para seleção da amostra. Os eventos-sentinela são úteis para elucidar nós críticos no funcionamento dos serviços (LOPES; SILVA; HARTZ, 2004).

### 3.1 TIPO DE ESTUDO

É um estudo descritivo, de natureza avaliativa, que buscou comparar os resultados encontrados neste estudo com os resultados observados em um estudo de avaliação na atenção básica realizado no município de Maringá, há 14 anos.

### 3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Maringá – PR, localizado na região Noroeste do estado. O Estado do Paraná conta com 22 Regionais de Saúde. O município de Maringá faz parte da 15ª Regional de Saúde, da qual é sede e integra 30 municípios. São distritos do município de Maringá: Floriano e Iguatemi.

A cidade de Maringá foi fundada pela Companhia Melhoramentos do Paraná, sendo planejada pelo Arquiteto e Urbanista Jorge de Macedo Vieira, por encomenda da Companhia, em 10 de maio de 1947, como Distrito de Mandaguari, sendo elevada à categoria de município em 1951. Possui três áreas ecológicas em seu espaço urbano. São elas: o Horto Florestal, o Parque do Ingá e o Bosque Dois. Maringá é a terceira cidade do Estado do Paraná e por onde passa a linha imaginária do Trópico de Capricórnio. Apresenta um clima subtropical, chuvas de verão e inverno seco (MARINGÁ, 2009).

Cidade planejada para 200 mil habitantes, Maringá possui uma população de 335.512 habitantes, segundo estimativa populacional do IBGE para 2009. Destes, 47,5% são do sexo masculino, 52,5% do sexo feminino. 12,2% da população está acima dos 60 anos. O Município apresenta uma taxa de crescimento anual de 1,1% (BRASIL, 2009).

O índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 1991 à 2000 passou de 0,762 para 0,841, considerado um alto índice de desenvolvimento (>0,8). A esperança de vida ao nascer cresceu de 66,51 anos (1999) para 72,22 anos em 2000.

O município adotou a Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 2000, inicialmente como Programa Saúde da Família (PSF). Sendo inserido na rede básica em Maringá com sete Equipes de Saúde da Família (ESF), chegando a uma cobertura de aproximadamente 80% da

população em 2004. Em 2008 havia 64 equipes distribuídas em 25 unidades básicas de saúde (UBS) - 23 na zona urbana, duas na zona rural - dando cobertura à 82% da população (MARINGÁ, 2006; MARCON; LOPES; BOVO, 2008).

O Programa Saúde da Família foi criado pelo Ministério da Saúde em 1994 a partir de um contexto de mobilização dos secretários municipais de saúde em torno da atenção básica, prevendo impacto na reestruturação de todos os níveis de atendimento (VENÂNCIO et al., 2008). Sua implementação aponta possibilidades de adesão e mobilização das forças sociais e políticas em torno de suas diretrizes (PEDROSA; TELES, 2001).

A ESF despontou como uma estratégia para reorganizar o modelo assistencial brasileiro, segundo Santana e Carmagnani (2001), criando meios de ampliar a cobertura na rede básica, modificando o processo de trabalho, enfatizando a valorização do contexto familiar e social no desenvolvimento do cuidado integral em todas as fases do ciclo da vida.

O número de Estabelecimentos de Saúde credenciados ou não ao SUS, presentes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em 2007 em Maringá, era de 25 unidades básicas de saúde, uma Unidade de Pronto Atendimento à Criança (PAC) e atendimento à especialidades, dois hospitais especializados privados, nove hospitais gerais (dois públicos, dois filantrópicos e cinco privados). Ainda de acordo com os cadastros no CNES, a cidade possui 2647 médicos em sua rede de assistência - 1375 em atendimentos credenciados ao SUS (51,9%). 61 destes profissionais atuam nas Equipes de Saúde da Família nas UBS. Possui 265 enfermeiros atuando na rede pública, além de outras categorias profissionais, o que aponta para a magnitude deste Sistema de Saúde como fonte geradora de trabalho e produção de serviços de saúde (BRASIL, 2009).

### 3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A seleção da população foi realizada através de uma entrevista com portadores de hipertensão arterial em dois hospitais da cidade, selecionados dentre os demais, por estarem credenciados para atendimento 100% SUS.

O episódio de internação por doença hipertensiva e doenças cardiovasculares na faixa etária de 45-65 anos foi utilizado como evento-sentinela, de acordo com a lista de Rutstein et

al. (1976 apud SCOCHI, 1996 ) e como indicador de resultado do cuidado, sendo utilizado para selecionar a amostra da pesquisa, visto que, a partir desta faixa etária, as internações são mais frequentes e os desfechos negativos e a prevenção do óbito por estas patologias no nível básico é mais difícil (SCOCHI, 1996).

Inicialmente, os dois hospitais foram previamente contatados e solicitou-se autorização para realização da pesquisa no mês de março de 2009. A princípio, um hospital com atendimento exclusivo no sistema público foi escolhido para realizar o estudo - o Hospital Municipal de Maringá Thelma Villanova Karpowicz, é um hospital geral de média complexidade e possui 44 leitos em clínica médica.

O outro hospital selecionado foi o Hospital e Maternidade Santa Rita , um hospital geral, privado, de natureza filantrópica com atendimento misto a convênios, rede particular e credenciado ao SUS. Este hospital foi escolhido por ser referência em Cardiologia no Município, estar cadastrado para atendimento de alta complexidade nesta especialidade e possuir 18 leitos SUS em clínica médica.

O início da coleta de dados estava previsto para o mês de março de 2009. Porém, devido a algumas dificuldades, como a não liberação de campo de pesquisa no Hospital Santa Rita, que havia sido inicialmente escolhido, atrasou o início das entrevistas. A não autorização da realização da pesquisa neste hospital, forçou à seleção de outra instituição. O estudo foi realizado no Hospital Memorial de Maringá, um hospital-escola geral, privado, credenciado ao SUS, de baixa complexidade e 36 leitos SUS em clínica médica que além de autorizar a realização da coleta, mostrou-se muito receptivo em colaborar com a pesquisa, por meio de seus administradores e funcionários.

Na ida aos hospitais, buscava-se a lista de pacientes internados e as patologias referidas nos prontuários hospitalares. Em seguida, selecionavam-se os pacientes que, no dia de nossa visita, estavam internados por crise hipertensiva ou patologias cardiovasculares; destes, eram verificados quais os pacientes que se enquadravam nos critérios de inclusão para serem entrevistados.

A amostra foi constituída por 20 indivíduos, selecionados segundo os seguintes critérios de:

- portadores de hipertensão arterial residentes em Maringá;
- com condições de verbalização;



- usuários de unidade básicas de saúde municipais;
- na faixa etária compreendida entre 45-65 anos;
- internados por crise hipertensiva ou doenças cardiovasculares em um dos hospitais selecionados.

No período pesquisado, foram localizados 73 pacientes portadores de hipertensão nas faixas etárias acima de 20 anos, internados nos dois hospitais. Durante as visitas hospitalares para entrevistas, foi verificado quais destes pacientes se enquadravam nos critérios de inclusão; 53 foram excluídos por estarem fora dos critérios estabelecidos.

As entrevistas foram realizadas no mês de abril e em um dia na primeira semana de maio de 2009 (3 visitas semanais em 4 semanas no período de 30 dias). As doenças do aparelho circulatório estão relacionadas aos códigos I 00 à I 99, do capítulo 9 do CID 10. Os grupos de causas de mortalidade por afecções do aparelho circulatório são as doenças isquêmicas do coração (I 20 à I 25) e a doença cerebrovascular ( I 60 à I 69).

#### 3.4 FONTE DE DADOS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada em um hospital público, um hospital-escola privado com atendimento público credenciado ao SUS e nas unidades básicas de saúde do Município. A pesquisa utilizou um instrumento semi-estruturado, com questões abertas e fechadas, e foi realizada num período de quatro semanas (às segundas, quartas e sextas-feiras), totalizando 12 dias de entrevistas (Apêndice I).

As informações para caracterização dos portadores de hipertensão foram obtidas a partir das entrevistas realizadas com os pacientes internados que responderam às seguintes variáveis: sexo, idade, situação familiar e dados referentes a presença de fatores de risco para o surgimento de complicações (uso de tabaco, prática de exercício físico, seguimento de dieta e consumo de bebidas alcoólicas) ( Apêndice I).

Após as entrevistas nos hospitais, foi realizada a busca dos prontuários destes pacientes nas unidades de saúde, nos meses de maio e junho de 2009, utilizando um instrumento com questões fechadas (Apêndice II). Informações acerca dos registros dos

atendimentos realizados nas unidades de saúde no período de 12 meses anteriores à internação foram coletadas, para avaliação do atendimento na atenção básica e análise dos registros. As visitas às unidades básicas de saúde eram agendadas previamente, após contato telefônico com os diretores das unidades de saúde.

O registro nos prontuários ambulatoriais foi utilizado para análise do atendimento recebido na atenção básica. O prontuário é um documento com informações sobre os atendimentos que possibilita a comunicação entre os diversos profissionais da equipe sobre o estado de saúde do paciente. Os prontuários são para uso de todos os profissionais envolvidos na prestação do cuidado, da gestão, docentes, pesquisadores, alunos da área da saúde, além do próprio paciente (VASCONCELLOS; GRIBEL; MORAES, 2008). Neste estudo, assim como no estudo de Scochi (1996), os registros existentes nos prontuários localizados foram utilizados para analisar os procedimentos considerados importantes no atendimento ao hipertenso.

Foi verificado se havia coerência entre os dados referidos pelos pacientes na entrevista durante a internação e os registros feitos pela equipe de saúde para avaliação da qualidade do atendimento prestado.

Os instrumentos utilizados para pesquisa foram baseados em instrumentos já utilizados em estudo de avaliação da atenção básica realizado anteriormente por Scochi (1996) pois, além de validados, serviram para análise comparativa dos resultados.

Verificou-se, após a primeira visita ao hospital-escola, que todos os 11 pacientes internados por doenças cardiovasculares naquele dia não seriam entrevistados por estarem fora dos critérios de inclusão. Houve a necessidade de registrar a cada dia de entrevista, quantos pacientes estavam internados, qual a idade, diagnóstico e o motivo da exclusão, o que não havia sido previsto inicialmente. Desta forma, foi criado um instrumento para registro dos pacientes excluídos (Apêndice III) objetivando também que estes pacientes não fossem contados mais de uma vez. Por meio deste instrumento, foi possível saber o número de internações por crise hipertensiva ou doenças cardiovasculares dos pacientes maiores de 20 anos internados nos dois hospitais nos dias da pesquisa.

Em março, o treinamento das alunas de graduação do 2º ano de enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM) participantes do Núcleo de pesquisas e projetos de iniciação científica foi realizado para proceder a aplicação dos instrumentos para as

entrevistas. Em visita ao HM, o primeiro instrumento (Apêndice I) foi aplicado com dois pacientes internados. Posteriormente, em uma unidade de saúde, aplicou-se o segundo instrumento com a busca dos prontuários de atendimento destes pacientes (Apêndice II), concluindo desta forma, o treinamento com as alunas e o piloto das entrevistas e registros, para melhoria dos instrumentos.

No primeiro instrumento, foi acrescentado o nome da mãe do paciente internado a fim de facilitar a busca do prontuário na UBS, pois o sistema está informatizado e a busca é facilitada com estes dados.

No segundo instrumento, utilizado para avaliação do registro em prontuário, havia sido incluído informações para avaliação do acompanhamento pela ESF. Porém, optou-se pela retirada deste quadro, pois, durante a capacitação das alunas, percebeu-se a dificuldade em conseguir estas informações devido à própria forma com que cada serviço é organizado. Ao tentar realizar a coleta destas informações nas UBS visitadas, foi observado que estes dados ficavam de posse do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e a coleta dos mesmos implicaria um tempo maior de pesquisa, o que não foi previsto para este estudo.

Além dos instrumentos de pesquisa, o Diário de Campo, com observações realizadas tanto no ambiente hospitalar quanto nas unidades básicas de saúde foi utilizado para complementação dos dados coletados. No presente estudo, também utilizamos dados dos sistemas de informação em saúde disponibilizados pela Secretaria da Saúde de Maringá e pelos bancos de dados dos sistemas de informação do Ministério da Saúde.

Os dados da produção hospitalar para os anos posteriores ao estudo de Scochi (1996) foram coletados do banco de dados secundários do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) do SUS, considerando diagnóstico principal, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID) na 10ª Revisão.

### 3.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Este estudo faz parte de uma pesquisa avaliativa mais ampla sobre avaliação da qualidade do pré-natal e da assistência ao portador de hipertensão arterial em município de médio porte do Estado do Paraná, realizada por um grupo de pesquisa da Universidade

Estadual de Maringá, autorizado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá (COPEP) sob o nº 493/2008 (ANEXO I). O presente trabalho possibilitou a inserção de alunos de graduação participantes de projetos de iniciação científica na fase de coleta de dados.

Todos os preceitos éticos necessários para a realização da pesquisa foram seguidos, conforme determina a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Pesquisa. Os dados de registros de prontuários dos portadores de hipertensão arterial que utilizam as unidades de saúde, entrevistas com a população de estudo e coleta de informações nos hospitais selecionados, além de informações da Secretaria da Saúde do Município de Maringá, foram devidamente autorizados pelas instituições hospitalares (ANEXO II e ANEXO III) e pelo Centro de Capacitação Permanente em Saúde (CECAPS) da Secretaria da Saúde de Maringá. O consentimento das pessoas envolvidas na pesquisa foi obtido por meio do aceite e assinatura em duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice IV), ficando uma via com o entrevistado e uma via com o pesquisador.

A devolução das informações produzidas neste estudo será realizada por meio da divulgação dos resultados nos serviços de saúde do município e em eventos e periódicos científicos.

### 3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Após a realização das entrevistas e coleta das informações nas unidades de saúde, foi elaborado um banco de dados utilizando o *software Excel 6.0*, organizando as informações em forma de planilhas. Os dados foram trabalhados sob a forma de frequência e porcentagens simples, facilitando a comparação dos mesmos com os resultados encontrados no estudo anterior.

Para as questões abertas, foi realizada a leitura das respostas; as mesmas foram agrupadas utilizando critérios de similaridade após a análise dos conteúdos.

A análise dos registros ambulatoriais foi considerada adequada quando o registro de procedimentos, tais como altura, orientações para dieta, prática de exercícios físicos regulares e o consumo de tabaco e bebidas alcoólicas, se fizeram presentes em todos os prontuários. A

verificação de pressão arterial, verificação de peso e registro de exame físico, foram consideradas adequadas quando constatada a presença destes procedimentos em todas as consultas; para o diagnóstico e história clínica foi considerado o registro em pelo menos uma consulta.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

Ao buscar informações acerca dos serviços de saúde do Município, verificou-se que não houve uma ampliação significativa no número de unidades de saúde nos últimos anos. No período anterior à 1995, constatamos que, em 1980, havia três postos de saúde; com a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) em 1986, houve uma ampliação importante nas construções de unidades de saúde, passando para 20 Núcleos Integrados de Saúde (NIS) (SCOCHI, 1996). Contudo, após este período, observou-se que, no ano de 1999, o número de NIS somava 23, sendo 19 NIS de nível II (com atendimento nas clínicas médicas básicas e odontologia), dois NIS localizados nos distritos rurais e dois NIS III, de maior complexidade, com atendimento básico e algumas especialidades (SCOCHI, 2001).

No período de 1999 à 2009, o município passou de 23 UBS para 25 unidades básicas, todas com equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e profissionais de apoio nas especialidades básicas de pediatria, gineco-obstetrícia e clínica médica, além de odontólogos e psicólogos; nas unidades maiores, contavam também com assistentes sociais e farmacêuticos. Em uma destas UBS, na zona sul da cidade, além do atendimento básico, há o funcionamento de serviços de especialidades médicas em ortopedia, oftalmologia, cardiologia, Clínica da Mulher, ambulatório de DST/AIDS e realização de eletrocardiogramas.

Na zona norte da cidade, há uma Unidade de Pronto Atendimento à Criança (PAC), com funcionamento 24 horas e apoio ao atendimento de urgência para adultos no período noturno e aos finais de semana e feriados. Nesta unidade são oferecidos serviços de fisioterapia, Radiografia, cardiologia, eletrocardiograma, atendimento odontológico especializado (endodontia, periodontia, cirurgia buco-maxilo, dentística e atendimento a pacientes especiais).

As unidades de saúde realizam a coleta de exames laboratoriais e encaminham para o Laboratório de Análises Clínicas Municipal, localizado na Secretaria da Saúde do Município. Os exames de urgência no HM são processados no próprio local de coleta. Em 1996, o laboratório do município oferecia 70 tipos de exames de apoio diagnóstico (SCOCHI, 1996). Atualmente o laboratório oferece mais de 132 exames (SESA, 2009).

Apesar de não ter havido uma ampliação no número de unidades básicas de saúde, foi verificada a ampliação de estruturas para atendimento a outros níveis no período pós municipalização, como a construção do Hospital Municipal, a estruturação da rede de saúde mental com a implementação do Centro de Saúde Mental de Maringá (CISAM) e os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), o Serviço de Atendimento Móvel à Urgências e o Pronto Atendimento à Criança (SESA, 2009).

O maior incremento observado foi no contingente de trabalhadores, com a municipalização, como referido no estudo anterior, e posteriormente, com a implantação da ESF. Embora não tenha havido uma ampliação no número de UBS, as estruturas físicas de algumas unidades já existentes foram adaptadas para atender sob este novo modelo de assistência. Neste período as UBS passaram por reformas para ampliação e readequação às necessidades do serviço e algumas foram substituídas por construções novas (SESA, 2009).

Para o atendimento nesta estratégia, houve também a necessidade de locação de imóveis próximos às unidades de saúde. Para esse fim, residências ou salões comerciais foram adaptados, para que as equipes realizassem as atividades com grupos programáticos, atendimento médico com as mínimas condições necessárias, reuniões de equipe ou mesmo tivessem um local de permanência quando não estivessem realizando atividades domiciliárias.

Além destes locais, também houve a descentralização de três equipes de Saúde da Família (EESF). As “Casas do PSF” são utilizadas para atender populações residentes distantes das UBS e/ou cuja UBS não disponha de espaço para atendimento dentro da unidade. Estas unidades com EESF prestam atendimento à população em consultas médicas e de enfermagem, além de atendimentos básicos de enfermagem, como curativos, vacinas e coleta de exames laboratoriais.

Estas casas descentralizadas demandam manutenção no local da locação, adaptação do imóvel alugado às condições mínimas exigidas para funcionamento de um estabelecimento de saúde além da necessidade de uma equipe que agregue outros trabalhadores como auxiliares de serviços gerais e auxiliares administrativos, além da própria EESF.

Segundo informações coletadas na Secretaria da Saúde do Município em 2009, inicialmente, na implantação deste modelo de atenção no Município, o contrato dos trabalhadores foi realizado por empresas terceirizadas e a seleção destes trabalhadores contou com a parceria da Secretaria da Saúde. Em 2005, com a troca da gestão municipal e o término do contrato com a empresa, houve a exoneração dos trabalhadores contratados pelas empresas terceirizadas e o Município assumiu a contratação após a realização de um concurso público. Este fato acarretou dificuldades de atendimento nas unidades de saúde. Estas estavam

estruturadas para o atendimento nas diretrizes da ESF, não havendo profissionais nas equipes de apoio suficientes para suprir as demandas da população enquanto as novas equipes estavam sendo formadas, o que perdurou até o final do ano de 2006.

Conforme relato no Plano Municipal de Saúde para os anos de 2004-2005, a implantação da Estratégia Saúde da Família em Maringá gerou problemas técnicos e administrativos devido à existência de uma rede básica estruturada nas especialidades. Isso gerou duplicidade de modelo assistencial, sendo estabelecidas estratégias para reorientação do modelo de atenção à saúde no município. A implantação da ESF trouxe para o município uma demanda não usuária, melhorando o acesso para atenção básica e evidenciando a falta de serviços de referência, acentuando ainda mais o congestionamento por consultas especializadas, dificultando o acesso da população ao atendimento secundário (MARINGÁ, 2004).

Atualmente, no que tange a estrutura, a rede pública de atenção básica em Maringá pode ser considerada de acesso geográfico e universal facilitado, uma vez que todas as UBS funcionam em dois turnos por dia, em horários que iniciam às 07:00 horas e encerram as atividades após às 17:00 horas (algumas até às 19:00 horas) e distribuídas em todas as regiões da cidade. Todas as unidades de saúde possuem disponibilidade de suprimentos mínimos necessários para o atendimento ao hipertenso, como balanças de precisão para avaliação do peso corporal, esfigmomanômetros aneróides para aferição da pressão arterial, instrumentos antropométricos, disponibilidade de exames laboratoriais e de medicamentos anti-hipertensivos.

No que diz respeito à estrutura, a atenção básica apresentou condições favoráveis para um processo de cuidado adequado ao portador de hipertensão arterial em Maringá.

No mapa abaixo, pode ser observada a distribuição geográfica das 25 Unidades Básicas de Saúde, incluindo as duas UBS da Zona Rural, o Pronto Atendimento à Criança (Zona Norte) e o Hospital Municipal.





**Mapa 1-** Distribuição Espacial das Unidades de Saúde em Maringá- Paraná, 2009

**Fonte:** Secretaria da Saúde de Maringá, 2009

#### 4.2 EVOLUÇÃO DOS INDICADORES DE MORTALIDADE E MORBIDADE HOSPITALAR REFERENTES À HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A evolução dos coeficientes de mortalidade por doenças do aparelho circulatório pode identificar tendências e subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas relativas às doenças do aparelho circulatório. Taxas elevadas podem ser decorrentes de maior incidência destas doenças na população, bem como a incidência estar associada à presença de fatores de risco como o tabagismo, hipertensão, obesidade, hipercolesterolemia, diabetes, sedentarismo e estresse. As variações nas taxas também podem estar relacionadas à qualidade da assistência médica disponível (RIPSA, 2002) e o óbito em faixas etárias mais jovens por doenças crônico-degenerativas é passível de prevenção na rede básica por meio do diagnóstico e tratamento precoces (SCOCHI, 1999).

No período de 1998 à 2006, os dados de Mortalidade por doenças cardiovasculares para todas as faixas etárias para Maringá, disponibilizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL,2009) e pelo Instituto de Saúde do Estado do Paraná (2009), apresentaram oscilação, com tendência à queda, nas suas taxas anuais, variando de 54,9% em 1998 para 50,5% e 54,6% em 2005 e 2006 respectivamente. Esta tendência à queda, já havia sido observada por Scochi (1996), para óbitos em menores de 65 anos no período anterior à 1993, com uma ocorrência baixa desses óbitos.

Apesar da diminuição da mortalidade por doenças cardiovasculares em Maringá neste período, os óbitos têm apresentado elevação quando comparados aos óbitos por neoplasias para as faixas etárias acima de 40 anos a partir do ano de 1996. Isto se deve, em parte, à melhora do registro das causas dos óbitos e aponta para a magnitude desta doença, pois muitos óbitos em faixas etárias menores de 65 anos poderiam ser evitados, mediante um acompanhamento mais efetivo destes pacientes na atenção básica. Em 2005, segundo dados da Secretaria de Saúde de Maringá, 485 óbitos (31%) no Município, foram decorrentes de afecções do aparelho circulatório enquanto as neoplasias foram responsáveis por 20,1% dos óbitos para todas as faixas etárias.

Em um estudo de Linha de Base avaliando a atenção básica na Região Sul, observou-se que a média de internações por doenças cardiovasculares no ano de 2002 foi de 23 pacientes para a cidade de Maringá (SCOCHI et al., 2007).

No ano de 2007, em Maringá, a média mensal de internações por doenças cardiovasculares na faixa etária de 45-65 anos foi de 26,7 internações, o que representou 30% das internações por estas patologias do total de internações nas faixas etárias acima de 40 anos. O custo com estas internações nesta faixa etária representou 30% do gasto de todas as internações por doenças cardiovasculares em maiores de 40 anos (SESA, 2009).

Segundo informações do setor de Auditoria da Secretaria de Saúde do Município, ocorreram 234 internações ocasionadas por Doenças do Aparelho Circulatório na faixa etária de 45 à 65 anos de residentes em Maringá no ano de 2008. A média mensal de internações por doenças cardiovasculares nesta faixa etária foi de 19,5 internações/mês, sendo menor do que no ano anterior, o que corrobora a tendência de diminuição deste indicador para esta faixa etária nos últimos anos (SESA, 2009).

No estudo de Scochi (1996), foram localizados 59 pacientes portadores de hipertensão arterial , maiores de 20 anos,internados nos hospitais de Maringá credenciados ao SUS, sendo

64,4% do sexo feminino e a faixa etária que apresentou maior concentração de pacientes internados foi de 50-70 anos (52%). Após 14 anos, o número de pacientes portadores de HAS internados, para as faixas etárias maiores de 20 anos, teve um aumento de 23,7% em relação ao estudo anterior. Foram encontrados 73 pacientes nas visitas hospitalares e destes, 52,1% pertencia ao gênero masculino, ao contrário do encontrado anteriormente quando houve predominância do gênero feminino nas internações. Se considerada apenas a faixa etária acima de 70 anos, houve um aumento nas internações nesta faixa e um declínio nas faixas etárias menores (Tabela 1).

**Tabela 1-** Pacientes Hipertensos Internados distribuídos por faixa etária, nos anos de 1995 e 2009. Maringá-Pr, 2009.

<b>Faixa Etária</b>	<b>1995</b>	<b>2009</b>
20-50 anos	21,4%	8,2%
50-70 anos	52%	35,6%
+70 anos	26,6%	56,2%
<b>TOTAL</b>	<b>59(100%)</b>	<b>73(100%)</b>

As internações em faixas etárias maiores acompanha a mudança no perfil epidemiológico que as populações, tanto no nível municipal quanto nacional, vem apresentando. Os idosos possuem necessidades de saúde especiais, decorrentes do próprio processo de envelhecimento e das doenças crônicas, que demandam cuidados permanentes. Neste estudo, foi observado que alguns idosos apresentaram mais de um episódio de internação no período e outros tiveram internações de longa permanência.

Piccini et al. (2006), em um Estudo de Linha de Base em cidades do Sul e do Nordeste do Brasil, verificaram que a hospitalização dos idosos portadores de doenças crônicas como HAS e DM foi de 15%, independente da região pesquisada.

A diminuição das internações de portadores de HAS nas faixas etárias menores pode indicar que a atenção básica vem influenciando de forma positiva os indicadores para a HAS. Indica também que as ações desempenhadas após a municipalização e as políticas públicas

implementadas no município tem causado impacto na melhoria da assistência ao portador de HAS.

#### 4.3 CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

73 pacientes foram encontrados internados nas visitas aos hospitais com diagnóstico de HAS ou de agravos relacionados a esta patologia. Destes, 53 (72,6%) foram excluídos da pesquisa por não se inserirem nos critérios de inclusão - três na faixa etária inferior à 45 anos, um residente em outro município e dois sem condições de verbalização. Os outros 147 pacientes apresentavam faixa etária superior à 65 anos.

Com o aumento da faixa etária (>65 anos), as co-morbidades mais frequentes observadas nas internações hospitalares dos pacientes portadores de HAS foram: Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), em 18 pacientes; Broncopneumonia (BPNM) em 12 pacientes, Acidente Vascular Cerebral (AVC), em 12 pacientes e Diabetes Mellitus (DM) em 18 pacientes.

As entrevistas hospitalares foram realizadas com 20 pacientes (27,4%) que se encontravam nos critérios estabelecidos para inclusão na pesquisa. Não houve nenhuma recusa em participar, durante o processo de coleta.

Nas entrevistas com os pacientes no HM, foi observado que os mesmos foram muito receptivos, entendendo a importância da pesquisa e demonstrando interesse em colaborar. Em uma entrevista com um paciente, a esposa que o acompanhava no momento quis colaborar, auxiliando o paciente a responder e questionando as respostas fornecidas pelo mesmo. O paciente informou que tomava a medicação todos os dias, porém sua esposa retificou dizendo que ele não a tomava aos domingos porque ingeria álcool. Acrescentou ainda que o paciente utilizava somente um comprimido de 250 mg quando a prescrição indicava um comprimido de 500 mg ou dois comprimidos de 250 mg do medicamento Metildopa. Percebe-se, desta forma, a importância de ter um membro da família que se responsabilize pelo acompanhamento ao paciente portador de uma patologia crônica, a fim de auxiliar no tratamento.

Outro paciente que chamou nossa atenção foi um senhor de 56 anos, que não foi entrevistado por não ter condições de verbalizar (dificuldade na fala por seqüela de AVC). Entretanto, ele conseguiu estabelecer comunicação e fez questão de que soubéssemos a unidade de saúde onde ele era atendido, para que pudéssemos ir à UBS em busca de seu prontuário da mesma forma que iríamos procurar o prontuário do outro paciente entrevistado que estava no mesmo quarto. Verificamos neste momento, a importância da realização desta pesquisa avaliativa e no compromisso que é assumido com estes pacientes, pois eles perceberam seu objetivo, e a necessidade que a rede tem de estar integrada e que o atendimento hospitalar naquele momento estava vinculado ao atendimento recebido na unidade de saúde. Percebemos também a importância para estes pacientes, de que alguém que preste atendimento em unidades de saúde realize a visita hospitalar em um episódio de internação dos mesmos, o que pode reforçar o vínculo e o comprometimento dos profissionais com eles e dos pacientes com seu tratamento.

Dos 20 indivíduos entrevistados, 75 % eram do sexo masculino, 75% eram casados e não residiam com os filhos e 100% eram usuário do Sistema Único de Saúde, sendo que 20% utilizavam também um plano de assistência privada de baixa cobertura para consultas especializadas, além do uso dos serviços credenciados ao SUS.

Com relação às co-morbidades, verificamos por meio dos diagnósticos presentes nas fichas de internação hospitalar destes pacientes, que 75% dos entrevistados (15) foram internados por crise hipertensiva - seis apresentavam Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), três estavam com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) no momento do atendimento de urgência e três apresentavam Acidente Vascular Cerebral (AVC). Um paciente estava apresentando hemiplegia decorrente deste episódio, e 40% apresentavam Diabetes Mellitus II associado à HAS.

Perguntados por meio das entrevistas acerca de atendimentos anteriores à internação, as respostas permitiram analisar a atenção básica recebida. O acesso foi verificado por meio de respostas a perguntas, tais como a forma como chegou ao hospital e se havia sido encaminhado previamente pelas UBS. A resposta como a forma como os pacientes chegaram ao Pronto Atendimento demonstrou que 65% fizeram uso de veículos próprios ou de familiares para deslocamento ao Pronto Socorro do Hospital Municipal, 30% utilizaram o serviço de ambulâncias do Município ou o Serviço de Atendimento Móvel à Urgência

(SAMU) e um paciente (5%) informou ter ido ao Pronto Atendimento caminhando por residir próximo ao Hospital Municipal.

Dos pacientes entrevistados, 30% procuraram o atendimento de urgência de forma espontânea, 40% foram encaminhados pelas unidades de saúde da rede básica do Município e 30% foram encaminhados ao serviço de urgência após atendimento do SAMU no domicílio ou no local de trabalho. Desta forma, observou-se que 70% dos pacientes chegaram até o Pronto Atendimento encaminhados por algum serviço, pelas UBS ou SAMU.

Este resultado difere do encontrado em estudo de linha de base realizado em 20 municípios da Região Sul, incluindo Maringá, no qual 82% dos pacientes portadores de hipertensão arterial chegaram ao hospital sem encaminhamento das UBS (SCOCHI et al., 2007).

Independente da forma de ingresso no serviço hospitalar (seja por meio de encaminhamentos, espontaneamente ou ainda atendidos pelo SAMU), os pacientes tiveram o acesso ao atendimento de urgência garantido, independente do horário de procura pelo atendimento. Isso fica evidente no relato de dois pacientes que se encontravam próximos ao Hospital Municipal no horário de almoço; ao “*sentirem-se mal*” foram até o hospital, um de carro e outro caminhando e, em ambos os casos, foram atendidos; o diagnóstico hospitalar foi Infarto Agudo do Miocárdio. Outro paciente informou ter passado mal em horário de trabalho e, após o primeiro atendimento do SAMU, ter sido levado para o Pronto Atendimento do HM. Este resultado sugere estar ocorrendo uma organização do fluxo de atendimento na atenção básica aos pacientes, conforme o grau de complexidade que cada caso necessita, havendo uma organização da porta de entrada e acesso à rede de cuidados.

Quanto ao uso de medicamentos, 60% (12) dos pacientes informaram fazer uso diário da medicação anti-hipertensiva; quatro faziam uso raramente ou tomavam a medicação quando seu estado piorava, e quatro informaram não fazer uso. Um dos motivos, relatado por um paciente entrevistado, para não usar os medicamentos corretamente foi o uso de bebida alcoólica com frequência ( Tabela 1).

Quando perguntados sobre o local de fornecimento dos medicamentos, 90% dos pacientes informaram tê-los recebido nas unidades de saúde. 25% relataram que, além das unidades de saúde, alguns medicamentos foram adquiridos em farmácias comerciais devido a outras patologias associadas à HAS e por não fazerem parte dos medicamentos

disponibilizados pela rede municipal. Quando questionados sobre a regularidade do fornecimento dos medicamentos de uso contínuo para hipertensão nas unidades de saúde, 90% (18) afirmaram que o fornecimento era realizado sempre que necessário; um paciente afirmou não conseguiu-lo nunca; outro paciente informou não utilizar o serviço de farmácia da UBS já que não fazia tratamento medicamentoso antes da internação. A regularidade do fornecimento da medicação anti-hipertensiva também foi observada em outro estudo, no qual foi verificado que 75% dos municípios pesquisados na Região Sul, mantêm um estoque regular de medicamentos para HAS em suas farmácias nas UBS (SCOCHI et al., 2007).

Quanto ao conhecimento dos pacientes sobre a HAS, 16 informaram saber serem portadores de HAS; destes, oito relataram saber de sua doença há mais de 10 anos. Quatro pacientes entrevistados disseram que tiveram conhecimento a partir do episódio da internação por “*ter passado mal*”. Contudo, quando verificamos o registro no prontuário destes pacientes nas unidades de saúde, constatamos o registro de medicações anti-hipertensivas prescritas em três prontuários. Assim, passamos a considerar que 95% dos hipertensos sabiam de sua doença e 80% deles estavam em tratamento.

Com relação ao estilo de vida, 35% informaram ser tabagistas (50% destes receberam orientações sobre o uso do fumo); 45% dos entrevistados declararam fazer uso de álcool e de terem recebido orientações sobre seu consumo. Ao considerarmos o gênero, 60% dos homens entrevistados informaram a ingestão de algum tipo de bebida alcoólica. No que se refere à alimentação, 70% receberam orientações sobre dieta e, destes, 50% seguiam a dieta orientada reduzindo o consumo de sal e gorduras na alimentação e 20% receberam orientações sobre a dieta mas não a seguiam, alegando dificuldades “*difícil de fazer*”, “*não consegue comer sem sal*”, “*sem açúcar e sem sal é difícil*”, “*não tinha problemas de saúde*”, “*não recebeu orientações*”, “*não gosta*”.

A maioria dos pacientes entrevistados relatou ter recebido orientações para a prática de exercícios físicos, mas apenas 35% afirmaram praticar alguma atividade física regularmente, tais como caminhadas e utilização das Academias para a Terceira Idade (ATI). Os entrevistados apontaram algumas dificuldades para não praticar exercícios regularmente, tais como: “*não posso por causa do coração*”, “*varro o quintal e trato das galinhas*”, “*dificuldades para caminhar, faço fisioterapia*”, “*trabalho à noite, durmo de dia*”, “*não sei se posso*”, “*meu trabalho exige força física*”, “*não dá tempo*”, “*tenho dificuldade para andar*”, “*fico cansada*”, “*tenho falta de ar*”.

Alguns pacientes consideraram as atividades domésticas suficientes, não havendo a necessidade de realização de exercícios físicos regulares. Outros alegaram cansaço e desconhecimento do tipo de atividade física que poderia ser realizada. Isso demonstra que, apesar de os pacientes relatarem ter recebido orientações seja para a prática de atividades físicas, seja para a utilização de uma dieta adequada, elas não foram suficientes para esclarecer suas dúvidas e influenciar a mudança de hábitos.

**Tabela 2.** Percentual de pacientes que receberam orientação sobre dieta e seguem a recomendação; sobre a prática de exercício físico e se o fazem; orientação sobre tabagismo; consumo de álcool e de medicação, nos anos de 1995 e 2009. Maringá-Pr, 2009.

Recomendação Tipo/seguimento	Ano de Estudo			
	1995		2009	
	Nº	%	Nº	%
<b>Dieta</b>				
Recebeu/Faz	43	72,9%	10	50%
Recebeu/Não faz	1	1,7%	4	20%
Não recebeu/Faz	1	1,7%	-	-
Não recebeu/Não faz	14	23,7%	6	30%
<b>Exercício Físico</b>				
Recebeu/Faz	18	30,5%	6	30%
Recebeu/Não faz	12	20,3%	9	45%
Não recebeu/Faz	-	-	1	5%
Não recebeu/Não faz	29	49,1%	4	20%
<b>Tabagismo</b>				
Recebeu	27	45,8%	10	50%
Não recebeu	32	54,2%	10	50%
<b>Alcoolismo</b>				
Recebeu	32	54,2%	9	45%
Não recebeu	27	45,8%	11	55%
<b>Uso de Medicação</b>				
Todos os dias	54	91,5%	12	60%
Quando piora	2	3,9%	4	20%
Não toma	3	5,1%	4	20%
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>		<b>29</b>	



Quando questionados sobre os cuidados recebidos antes da internação sobre a realização de exames laboratoriais e eletrocardiogramas (ECG), 75% declararam ter realizado exames de sangue. Apenas 40% referiu a realização de ECG. Ao verificarmos estas informações nos prontuários ambulatoriais, os dados mostraram que apenas dois prontuários tinham registros das solicitações de ECG. Já quanto a exames laboratoriais, foram encontrados registros de solicitações 65% dos pacientes hipertensos. Isso pode ser indicativo ou de precariedade das informações ou de que muitas ações importantes para o tratamento e acompanhamento a estes pacientes não vem sendo realizadas ou registradas.

Os resultados encontrados neste estudo mostram que houve uma modificação no perfil dos hipertensos internados quanto ao seguimento do tratamento para HAS. Houve aumento do consumo de tabaco e bebidas alcoólicas, diminuição no seguimento da dieta e diminuição do uso do medicamento regularmente. Entretanto, houve aumento no conhecimento dos pacientes sobre seu estado de saúde.

A diminuição no seguimento adequado do tratamento medicamentoso e das orientações recebidas pelos pacientes, conforme mostra a tabela 2, pode em parte, explicar o evento da internação dos mesmos, podendo sugerir que não houve a adesão dos pacientes ao tratamento prescrito e possa ter ocorrido falhas no acompanhamento destes pacientes na atenção básica.

**Tabela 3.** Características dos pacientes hipertensos internados quanto ao conhecimento de sua doença, tratamento, uso de tabaco e álcool e fornecimento de medicação, nos anos de 1995 e 2009. Maringá-Pr, 2009.

Características	Ano	
	1995 %	2009 %
Mulheres	64,4%	25%
Sabiam da doença	83%	95%
Estavam em tratamento	100%	80%
Não fumantes	84,7%	65%
Uso de Álcool	5,1%	45%
Comprava medicação	46,8%	25%

#### 4.4 ATENDIMENTO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE REFERÊNCIA

Com as entrevistas foi possível identificar dentre as 25 unidades básicas de saúde existentes no município, 17 (68%) que prestaram atendimento aos portadores de HAS entrevistados. A satisfação com a atenção foi verificada por meio de uma questão aberta sobre o atendimento recebido nas UBS.

Para Barroso *et al.*(2008), a opinião dos usuários sobre os serviços de saúde é importante para determinar suas necessidades e representa uma forma de medir a eficiência dos serviços básicos de saúde.

Nas entrevistas, perguntou-se em qual unidade de saúde o paciente e seus familiares procuravam atendimento e como o paciente achou do atendimento desta UBS. Todos os entrevistados informaram utilizar o sistema de saúde público e que seus familiares também eram usuários das UBS. Apenas quatro pacientes informaram utilizar um plano de assistência privada de baixa cobertura, para consultas com especialistas, além dos serviços credenciados ao SUS.

Quando questionados sobre o atendimento recebido, as respostas foram similares ao estudo anterior, i.e., 70% dos pacientes avaliaram de forma positiva o serviço, constatado pela referência da expressão “*é bom*”. Para 30% a avaliação foi negativa, com a presença de respostas que fazem referências à “*demora para consultar*”, “*falta médicos*”, o que, em alguns casos, referia-se a demora em conseguir agendar consultas de rotina e, em outros, à demora em consultar com especialistas. Isso pode indicar dificuldades organizacionais em algumas UBS e na referência destes pacientes para atendimento no nível secundário.

Algumas falas dos pacientes elucidam a satisfação ou não, do atendimento recebido antes da internação.

*“ Pouco de falhas, muita população, poucos médicos, não fazem pré, os médicos não verificam P.A ,nem peso, ACS não visitam mais”* (paciente 2, 56 anos).

*“ Falta médico, enfermeiros atendem bem, o médico não faz exame físico, eu estava com Pneumonia e fui liberado para casa”* (paciente 5, 52 anos).

*“É bom mas falta médico, facilita, entregam remédios para dois meses e se falta dão para mais dois dias até consultar”* (paciente 7, 54 anos).

*“Posto atende bem, mas para especialistas demora... Ortopedia , cirurgia geral”* (paciente 3, 59 anos ).

*“É bom no Posto, atendem bem, especialistas demoram”* (paciente 4, 62 anos).

Pode ser observado pelo conteúdo destes depoimentos, que as avaliações negativas a exemplo do que foi encontrado no estudo anterior, como a demora para consultar, manifestada pela falta de médicos, também foi manifestada. A baixa qualidade da consulta, com a falta de procedimentos considerados pontuais no atendimento ao paciente hipertenso - como a aferição de PA e peso e a falta de exame físico – pode indicar falhas no processo do cuidado. Isso demonstra uma baixa resolubilidade do atendimento, fazendo com que este paciente retorne inúmeras vezes ao serviço. A menção à falta de visitas nas residências pelos ACS, verbalizada por um paciente, pressupõe que a população reconhece a importância do acompanhamento dos pacientes portadores de doenças crônicas pelas EESF.

Para estes entrevistados, o acesso a consultas e medicamentos, além da prioridade no atendimento ao idoso é importante.

*“ É bom...não demora muito...prioridade para idosos”*(paciente 1, 61 anos).

*“Utiliza pouco a Unidade, só para buscar consultas especializadas e medicação e é bom”* (paciente 18, 65 anos).

*“É tranquilo, pessoal atende bem”* (paciente 6, 61 anos).

*“É bom no Posto, atendem bem...”* ( paciente 4, 62 anos).

*“Não vê problemas, poderia pegar insulina na UBS...”* (paciente 9, 57 anos).

Os demais depoimentos não transcritos tiveram respostas mais objetivas, referindo-se apenas à qualidade do atendimento. Pelas respostas obtidas, pode ser observado que o nível de satisfação foi alto, semelhante ao encontrado no estudo anterior, independente da qualidade do atendimento prestado.

Para verificar a continuidade do atendimento e a adesão ao tratamento, indagou-se sobre a frequência com que os pacientes verificavam a pressão e o número de consultas

médicas realizadas. A resposta mais freqüente foi de que a verificação de pressão era realizada regularmente, 60% dos pacientes. Tanto as mulheres quanto os homens informaram ter verificado a pressão em menos de 15 dias antes da internação. A média de consultas referidas pelos pacientes nos 12 meses anteriores à internação foi de 3,5 consultas/ano. O menor número de consultas referido foi 01 consulta/ano e o maior número foi de 10 consultas/ano. Um paciente referiu não lembrar o número de vezes que foi ao médico no período anterior à internação.

Para verificar se houve coerência nestas informações, foi verificado nos prontuários ambulatoriais a quantidade dos registros de consultas/ano. Constatou-se que o número de registros de consultas ambulatoriais coincidiu apenas em dois casos, nos quais os pacientes referiram ter realizado uma e seis consultas respectivamente. Os registros destas consultas foram encontrados nos prontuários. Entretanto, em sete dos casos (36,8%) o número de consultas registradas foi maior do que o referido pelo paciente durante a entrevista. Por exemplo, um paciente declarou ter realizado duas consultas, porém havia, em seu prontuário, o registro de 13 consultas médicas no período de 12 meses. O mesmo foi verificado com outro paciente, que declarou ter feito quatro consultas e em sua ficha constavam 12 registros.

Consultando o prontuário dos entrevistados, verificamos que 47,3% haviam realizado menos consultas do que o informado. Um dos pacientes referiu não se lembrar do número de consultas realizadas, porém encontramos o registro de 01 consulta no período de 12 meses. Este mesmo paciente havia sido encaminhado para consultas especializadas, o que nos leva a supor que estava sendo acompanhado na atenção secundária. Um paciente não passou por consulta médica, foi atendido pela enfermagem e, devido à gravidade de seu quadro, encaminhado para o serviço de urgência do Pronto Atendimento do Hospital Municipal.

Foi observada pouca concordância entre as informações fornecidas pelos pacientes sobre as consultas e os registros encontrados, diferente do anteriormente, onde a concordância foi alta. Em estudo realizado em 2002, Scochi observou que os pacientes hipertensos atendidos por especialistas mantiveram o vínculo com a unidade de saúde de origem, a maioria (67%) continuou sendo atendida na UBS paralelamente ao atendimento especializado. Desta forma, a discordância encontrada neste estudo pode estar relacionada com o fato de que muitos destes pacientes além de consultar nas UBS, também são atendidos por especialistas devido às co-morbidades instaladas. Encontramos, em 57,8% dos prontuários, registro de

encaminhamentos para especialidades como cardiologia, nefrologia, neurologia, endocrinologia e outros serviços como fisioterapia.

A fim de verificar o vínculo do paciente com a EESF e a continuidade da assistência, algumas questões relacionadas ao conhecimento dos membros da equipe pelo paciente foram feitas. 85% dos pacientes conheciam alguém da equipe, 80% sabiam o nome do médico que lhes atendeu e 35% sabiam o nome da enfermeira da equipe. Muitos pacientes disseram conhecer os ACS, auxiliares de enfermagem, médicos e enfermeiros, apesar de não lembrarem os nomes de alguns.

Verificamos, através da verificação do registro em prontuário, que o mesmo profissional médico havia realizado 68,4% dos atendimentos no período de 12 meses anteriores à internação.

Marcolino (2008) relatou em seu estudo que os profissionais que atuam na ESF em Maringá, são contratados por meio de concurso público – estatutários (serviço público) ou celetistas (emprego público - possuindo um vínculo estável. Esta estabilidade parece contribuir para a baixa rotatividade dos profissionais e facilitar o processo de trabalho das EESF. Para Baptista, Marcon e Souza (2008) o estabelecimento de relações de vínculo, acolhimento e responsabilização com a população adscrita, bem como a identificação de grupos populacionais e situações de risco fazem parte do processo de trabalho da ESF.

Foi possível observar, por meio das entrevistas, que os pacientes portadores de HAS possuíam uma boa compreensão de sua patologia e tiveram acesso ao atendimento na atenção básica, à semelhança do encontrado no estudo anterior. Entretanto, foi verificada baixa adesão dos pacientes às orientações para o cuidado com sua saúde. Os pacientes que estavam em atendimento com especialistas, mantiveram o vínculo com a UBS.

#### 4.5 AVALIANDO O PROCESSO DO CUIDADO POR MEIO DOS REGISTROS AMBULATORIAIS

O registro em saúde é considerado critério de avaliação da qualidade da prestação de serviços de saúde, ou seja, a qualidade dos registros efetuados é o reflexo da qualidade da assistência prestada, sendo ponto chave para informar sobre o processo de trabalho. Segundo Vasconcelos, Gribel e Moraes (2008), o prontuário é um documento único constituído de informações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada. Ele pode ser utilizado para subsidiar processos de gestão, pesquisas em saúde, avaliação de políticas públicas e documentar demanda legais. Segundo Scochi (1996) os prontuários são muito utilizados em pesquisas, apesar de estudos apontarem para a baixa qualidade do registro em saúde.

Neste estudo, foi utilizada a análise dos registros ambulatoriais para conhecer e avaliar o processo do cuidado dispensado ao portador de hipertensão na atenção básica.

Nas 17 unidades de saúde informadas pelos pacientes como responsáveis pelos seus atendimentos, apenas um prontuário não foi localizado - apesar de ter sido realizada uma busca em duas unidades de saúde próximas ao local de residência referido pelo paciente. Dos demais prontuários, 70% foram localizados com facilidade. Cinco prontuários foram localizados com alguma dificuldade. Os prontuários foram localizados através dos números de registro na unidade, o que pode ser feito informando o nome da mãe, o nome completo do paciente e sua data de nascimento. Porém, devido ao processo de substituição do sistema de informatização das unidades de saúde, houve dificuldades na busca dos números dos prontuários dos pacientes que ainda não haviam feito consultas pelo novo sistema.

E m 11 unidades de saúde, a informatização facilitou a busca pelos prontuários, demonstrando uma melhor organização dos serviços da recepção destas unidades. Porém, em outras seis unidades de saúde, foi observado durante o processo de busca dos prontuários que, independente do tamanho da UBS ou do número de funcionários, nem sempre isso ocorre. Da mesma forma, em algumas UBS, os prontuários apresentaram melhor registro dos atendimentos, dependendo do profissional que prestou a assistência.

O processo de informatização contribuiu para a localização dos prontuários mais facilmente. Entretanto, não se pode atribuir essa facilidade apenas a este fato; outros fatores,

como o arquivamento dos prontuários em lugar adequado, também contribuíram. Este resultado reforça o fato de que o fator humano ainda constitui a maior influência para a organização da atenção básica e interfere diretamente na avaliação no processo de atendimento

Em algumas das UBS, observamos que agentes comunitários de saúde (ACS) estavam trabalhando na recepção, devido ao número insuficiente de auxiliares administrativos nestas unidades. Estes ACS não estavam muito familiarizados com o processo de informatização na recepção, tampouco com as funções administrativas. O deslocamento desses ACS para atendimento nas recepções das UBS, mesmo que de forma temporária, pode ter causado interferências no desempenho de suas funções de visita domiciliar, como referido na fala de um paciente entrevistado “...ACS não visitam mais” (paciente 2, 56 anos).

Cabe ressaltar, que o processo de informatização pelo qual as UBS estão passando, reflete o investimento dos gestores municipais em sistemas de informação e capacitação de recursos humanos. É um indicativo de que a informação deve ser valorizada como instrumento de avaliação da qualidade do serviço oferecido na atenção básica. Esperamos que a presença de ACS em funções administrativas (recepção) seja uma prática temporária, até a adequação do quadro funcional, por meio de contratação de auxiliares administrativos .

Apesar desta dificuldade apontada, os prontuários foram localizados contando com a colaboração dos profissionais das EESF que forneceram informações complementares. Em um caso, o endereço fornecido pelo paciente era próximo ao local do atendimento e, embora não estivesse previsto na metodologia, foi realizada a visita domiciliar para busca do número do prontuário do mesmo.

Conforme estabelecido no Protocolo para Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus (BRASIL, 2001), a avaliação do portador de HAS deve ser orientada para alguns itens, como anamnese que contemple observações quanto ao hábito de fumar, ingestão excessiva de sal, sobrepeso, sedentarismo, co-morbidades, tratamento medicamentoso, entre outras. O exame físico deve contemplar a verificação de pressão arterial, o peso e a altura com o estabelecimento do Índice de Massa Corporal (IMC), inspeção de fâcies, pescoço, precórdio, abdome, realização de eletrocardiograma além da avaliação laboratorial para verificar ocorrência de lesões em órgãos-alvo, diagnosticar a etiologia da HAS e identificar fatores de risco para doença cardiovascular e co-morbidades (BRASIL, 2002b).

Verificamos nos 19 prontuários localizados a existência de registros considerados essenciais para o acompanhamento ao hipertenso, tais como o registro do diagnóstico, presente em 73,6% das consultas. A ausência do registro do exame físico foi constatada na maioria dos prontuários (78,9%), semelhante ao observado no estudo anterior. Apenas quatro prontuários registraram o exame físico, sugerindo que tenha havido sub-registro deste item ou que, de fato, não tenha sido realizado. A história clínica estava presente em 63,1% dos registros, em oposição ao encontrado no estudo anterior (34,5%).

Algumas informações necessárias para avaliação do estado de saúde do portador de hipertensão arterial estavam ausentes em todos os registros. A altura não foi encontrada em nenhum prontuário e sem este dado não há como mensurar o Índice de Massa Corporal e verificar o estado nutricional do paciente. Da mesma forma, não é possível calcular o risco cardiovascular destes pacientes sem a medida da circunferência abdominal.

O peso somente foi observado no registro de consultas em oito prontuários. Em um prontuário o registro desta medida foi verificado em todas as consultas. Se considerarmos que muitos portadores de HAS fazem uso de diuréticos e uma das complicações da HAS é a Insuficiência Renal (que pode ser observada por meio de aumento de peso e presença de edema), a ausência deste registro nos permite questionar a qualidade do atendimento prestado a estes pacientes. Devemos considerar também que o paciente portador de HAS frequentemente apresenta outras co-morbidades. Em 68,4% dos prontuários pesquisados havia o registro de outras doenças associadas..

Os registros da aferição da pressão arterial estavam presentes em 89,4% das consultas. O registro de PA esteve sempre presente em oito prontuários. Em nove, havia o registro em algumas consultas; e em dois prontuários não havia nenhum registro. Isso nos leva a supor que o procedimento foi efetuado, porém não foi registrado.

Para Scochi (1996), a falta do registro de alguns procedimentos nos leva a pressupor que o profissional tenha anotado apenas observações de fatos diferentes do esperado no atendimento e a presença do registro pode indicar uma melhor qualidade no processo.

Houve melhora no registro de diagnóstico, história clínica e peso e piora no registro de exame físico e verificação de altura quando comparado ao estudo anterior (Tabela 4).



**Tabela 4** . Número e percentual de prontuários com presença ou ausência do registro de diagnóstico , exame físico, história clínica, peso, altura e pressão arterial, nos anos de 1995 e 2009. Maringá-Pr, 2009.

Registro Presença/ausência	Ano			
	1995		2009	
	Nº	%	Nº	%
<b>Diagnóstico</b>				
Presente	17	58,6%	14	73,7%
Ausente	12	41,4%	5	26,3%
<b>Exame Físico</b>				
Presente	13	44,8%	4	21,1%
Ausente	16	55,2%	15	78,9%
<b>História Clínica</b>				
Presente	10	34,5%	12	63,1%
Ausente	19	65,5%	7	36,9%
<b>Peso</b>				
Presente	12	41,4%	8	42,1%
Ausente	17	58,6%	11	57,9%
<b>Pressão Arterial</b>				
Presente	23	79,3%	17	89,5%
Ausente	6	20,7%	2	10,5%
<b>Altura</b>				
Presente	5	17,2%	-	-
Ausente	24	82,8%	19	100%

Nas entrevistas, 40% dos pacientes informaram ter realizado ECG; porém, o registro de solicitação ou resultado deste exame foi encontrado apenas em dois prontuários. Isso nos leva à suposição de que este exame tenha sido solicitado por profissionais especialistas que não atendem na atenção básica, ou que não tenha ocorrido o registro da solicitação (Tabela 5).

A ausência de registros dos atendimentos interfere na avaliação do cuidado prestado. A qualidade do processo tem relação com o modo como os profissionais interagem com seus pacientes; na ocorrência do sub-registro de cuidados pontuais ao atendimento ao portador de HAS, fica a dúvida da realização dos mesmos.

Constatamos a concordância entre as informações fornecidas pelos pacientes nas entrevistas hospitalares e os registros ambulatoriais quanto ao registro das prescrições medicamentosas. Nas entrevistas, 80% dos pacientes informaram fazer uso de medicamentos e a análise dos registros ambulatoriais comprovou o registro de prescrições em 84,2% dos prontuários.

O tratamento da HAS inclui diversas estratégias, tais como educação em saúde, modificações dos hábitos de vida e uso de medicamentos quando necessário. Os protocolos da atenção básica para a hipertensão arterial orientam que o paciente deve ser estimulado frequentemente para a adoção de hábitos de vida saudáveis por meio de orientações constantes em todas as consultas, ao longo do seu acompanhamento (BRASIL, 2001).

A dieta, o exercício físico e a abstenção do consumo de tabaco e álcool são itens fundamentais no tratamento da hipertensão. Os pacientes declararam nas entrevistas ter recebido orientações sobre esses cuidados. Entretanto, apenas em um prontuário foi encontrado o registro recomendando a prática de exercícios físicos. Em dois prontuários foram encontrados registros recomendando dieta adequada para hipertensão. Nos demais, as orientações não estavam registradas. Isso nos leva a supor que as orientações foram realizadas, porém não foram registradas. Este resultado pode indicar que as ações de promoção em saúde talvez não estejam sendo valorizadas pelos profissionais como parte importante do tratamento destes indivíduos.

**Tabela 5** . Número e percentual de prontuários com registro de solicitação de eletrocardiograma, prescrição de medicamentos e encaminhamentos nos anos de 1995 e 2009. Maringá- Pr, 2009.

Registro Presença/ausência	Ano de Estudo			
	1995		2009	
	Nº	%	Nº	%
<b>Solicitação ECG</b>				
Presente	14	48,3%	2	10,5%
Ausente	15	51,7%	17	89,5%
<b>Prescrição Medicamentos</b>				
Presente	10	34,5%	16	84,2%
Ausente	19	65,5%	3	15,8%
<b>Encaminhamentos</b>				
Presente	10	34,5%	11	57,9%
Ausente	19	65,5%	8	42,1%

Orientações educativas, tais como a prática de atividades físicas, dieta, etilismo e fumo, apresentaram poucos registros poucos registros. Constatou-se um registro maior de medicações prescritas (84,2%). Os profissionais da saúde, ainda que inseridos na ESF, continuam praticando apenas as orientações individuais em consultório, semelhante ao encontrado em outros estudos de Scochi (1996) e Lopes, Silva e Hartz (2004).

O registro nos prontuários foi efetuado pelos profissionais médicos em 94,7%. Havia registros realizados por auxiliares de enfermagem em 16 prontuários (84,2%); em seis prontuários (31,5%), foi encontrado registro de atendimentos realizados por enfermeiros. Um registro ilegível em um prontuário. A ausência de assinatura e carimbo dos profissionais que prestaram atendimento foi verificada em vários prontuários, independente da categoria profissional. A ausência de assinatura foi observada com maior frequência no atendimento realizado pela equipe de enfermagem. Em alguns prontuários, houve dúvidas se o

atendimento havia sido realizado por auxiliares de enfermagem ou por enfermeiros devido à falta de identificação, o que pode interferir na avaliação da qualidade do processo de atendimento.

Em 1994, Scochi observou que os registros de atendimentos de enfermagem foram inferiores aos esperados. O mesmo foi constatado neste estudo, se levarmos em consideração que a equipe de enfermagem responde pelo maior volume de atendimentos na atenção básica.

Em um estudo sobre as práticas dos enfermeiros em Campinas, Silva *et al.* (2001), quantificaram as ações realizadas por estes profissionais, possibilitando visualizar as ações desenvolvidas: 28% das ações correspondiam às ações da atenção individual, 23,9% às ações coletivas, 33% às ações gerenciais na unidade de saúde e 13,8% relativas à coordenação, organização, treinamento, controle e supervisão do trabalho da enfermagem.

Os resultados encontrados neste trabalho e no estudo anterior levanta questionamentos sobre o papel que os enfermeiros vem desempenhando na atenção básica, no que se refere aos registros das consultas realizadas por estes profissionais.

Scochi(1994), citando Alves(1989), levanta a hipótese de que o enfermeiro estaria mais vinculado às atividades administrativas do que às atividades assistenciais. Passados 14 anos, constatou-se um aumento no número de enfermeiros atuando na atenção básica devido em grande parte à implantação da ESF. Desta forma, esperava-se encontrar um número maior de registros de consultas de enfermagem, o que não foi verificado. Contudo, ao se observar o estudo realizado em Campinas por Silva *et al.* (2001), verifica-se que os enfermeiros desempenham diversas ações, dentro de sua competência profissional, quer na assistência direta, quer em outras atividades, que nem sempre são registradas. Faz-se necessária a mensuração destas atividades na atenção básica, a fim de melhor dimensionar o papel que o profissional enfermeiro representa dentro deste contexto. Existem vários registros paralelos, além dos observados neste estudo, tais como fichas para controle no grupos programáticos e fichas para acompanhamento domiciliar. Questiona-se, portanto, quais as ações desempenhadas por estes profissionais, que tem contribuído para que sejam encontrados poucos registros de atividades assistenciais nos prontuários dos pacientes?

A Estratégia da Saúde da Família foi implantada no Município em 2000 e as equipes trabalham com atividades em grupo para populações de risco, entre elas os portadores de hipertensão. Apesar disso, não se encontrou registro das atividades em grupo em 78,9% dos

prontuários destes pacientes; os registros de encaminhamento ou comparecimento do paciente a estas atividades constavam apenas em quatro prontuários.

A concentração de registros foi efetuada pelos médicos (por meio de consultas), auxiliares de enfermagem (com registros de vacinas, curativos, verificações de pressão arterial de rotina, verificação de glicemia capilar, algumas pré-consultas) e menos utilizados pelos enfermeiros e outros profissionais (psicólogos, odontólogos, agentes comunitários).

Similar ao encontrado no estudo anterior, os registros odontológicos e psicológicos são registrados em fichas diferentes e não integrados aos outros sistemas. O mesmo ocorre com as atividades coletivas, como a realização de grupos, nas quais os registros das atividades são feitos em fichas próprias, que ficam arquivadas com as EESF.

Este estudo considerou inadequada a qualidade dos registros dos atendimentos ambulatoriais, pois em nenhum prontuário os registros estavam completamente adequados para todos os itens pesquisados. Contudo, esses registros foram importantes para a avaliação de alguns indicadores do processo do cuidado prestado ao portador de HAS.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término deste estudo, torna-se necessário tecer algumas considerações. Dentre elas, a carência de estudos avaliativos no nível local referentes à atenção básica oferecida aos portadores de hipertensão arterial, o que motivou a realização deste trabalho.

As doenças crônicas, em especial a hipertensão, somadas ao envelhecimento populacional, traz uma demanda crescente e dependente dos serviços de saúde. Isso torna necessário conhecer a realidade local e planejar ações para atender a população com qualidade e resolubilidade na atenção básica.

A metodologia utilizada, baseada em estudo realizado há 14 anos no município, mostrou-se adequada para alcançar os objetivos propostos. Da mesma forma, a escolha da amostra possibilitou verificar ser possível, a partir de indicadores produzidos na atenção básica, instituir processos avaliativos objetivos, de fácil acesso aos dados e passíveis de serem reproduzidos para a avaliação de outros serviços e programas na atenção básica.

As entrevistas com os pacientes nos hospitais, forneceram informações essenciais para a avaliação do processo de atendimento recebido antes do episódio da internação. Provaram também, ser uma fonte de dados importante, sugerindo que os sujeitos recebedores dos cuidados devem ser ouvidos e suas informações valorizadas nos processos avaliativos.

O nível de satisfação do usuário com o atendimento recebido na UBS foi alto. Mesmo assim, algumas falas evidenciaram algumas dificuldades como, por exemplo, a diminuição das visitas domiciliares pelos ACS, a falta de sistematização e dimensionamento das necessidades de atendimento especializado a fim de atender, de forma integral e hierarquizada, as demandas necessárias para o acompanhamento das co-morbidades. A demora em consultar com especialistas é uma evidência de tal dificuldade.

A diminuição de internações de portadores de HAS nas faixas etárias menores, em relação ao verificado em 1995, pode ser indicativo de que a atenção básica vem influenciando positivamente os indicadores para a HAS. As ações desenvolvidas após a municipalização, juntamente com as políticas públicas implementadas no município, têm causado impacto positivo para a melhora da assistência ao portador de hipertensão. As internações ocorridas foram necessárias; algumas doenças cardiovasculares, uma vez instaladas, não conseguem ser

controladas apenas com tratamento ambulatorial, seja por questões de falhas na adesão do paciente ao tratamento ou por falhas no acompanhamento na atenção básica.

Em relação ao estudo anterior, foram observadas mudanças no perfil dos portadores de hipertensão arterial, principalmente na faixa etária de 45-65 anos. Houve predomínio do sexo masculino nas internações por crise hipertensiva ou doenças cardiovasculares. Dentre os fatores de risco constatamos aumento no consumo de tabaco e bebidas alcoólicas, sedentarismo, baixa adesão à dieta adequada e diminuição no uso de medicamentos.

Sabe-se que as mulheres utilizam mais dos serviços de saúde. Este fato somado ao cuidado recebido na atenção básica, pode ter contribuído para a diminuição de episódios de internação no sexo feminino na faixa etária pesquisada, evidenciando a necessidade da criação de estratégias que procurem identificar as dificuldades de acesso para a população masculina que mostrou-se mais vulnerável, de acordo com os resultados encontrados neste estudo.

A estrutura da atenção básica no município apresentou condições favoráveis para que ocorra um processo de qualidade adequado ao portador de hipertensão arterial. Houve, após a municipalização e a implantação da ESF, um aumento no número de profissionais da saúde, principalmente na categoria da enfermagem, bem como a incorporação de outros profissionais, como os ACS, farmacêuticos e assistentes sociais. Este aumento de profissionais deve ocorrer de forma continuada, juntamente com processos de qualificação para que possam atuar dentro das propostas da ESF.

As unidades de saúde pesquisadas foram representativas das demais e possibilitaram avaliar aspectos organizacionais e os registros ambulatoriais realizados. Foi observada a existência de insumos necessários ao atendimento à HAS, a existência de um fluxo estabelecido para o atendimento ao paciente e encaminhamento adequado aos diferentes níveis de atendimento, dependendo da complexidade dos casos, que são condições facilitadoras para que ocorra um bom processo de trabalho.

A referência feita pelos pacientes sobre a falta de exame físico evidencia falhas no processo do cuidado. Alguns procedimentos, como mensuração de altura e peso eram realizados pelos auxiliares de enfermagem na pré-consulta. Entretanto, em algumas UBS, esses procedimentos deixaram de ser realizados devido a implantação da ESF. Uma questão, porém, precisa ser respondida: Estes procedimentos não estão sendo realizados ou não estão sendo registrados?

É importante ressaltar que, em relação ao estudo anterior, observou-se melhora no registro de alguns itens dos atendimentos ambulatoriais. Contudo, os mesmos mostraram-se inadequados para vários procedimentos pontuais no atendimento ao portador de HAS. A falta de registros de orientações para o tratamento não medicamentoso (como dieta, prática de exercícios físicos regulares, não uso de álcool e tabaco) pode sugerir que as ações preventivas não estejam sendo valorizadas na prática dos atendimentos, permanecendo ainda um processo de trabalho centrado em ações curativas e prescrição medicamentosa.

A concentração de consultas para alguns pacientes apontou para atendimentos a intercorrências. Isso pode refletir uma dificuldade em manter sua patologia sob controle, evidenciando a falta de ações educativas em saúde e acompanhamento mais efetivo desta população, o que reforça a necessidade de se trabalhar ações programáticas, planejadas para o atendimento às doenças crônicas.

As observações realizadas durante as visitas nas UBS apontam para a existência de vários instrumentos de registro para acompanhamento dos hipertensos em grupos e em cadastros paralelos aos prontuários ambulatoriais. Isso dificulta o acesso às informações de forma unificada e pode estar contribuindo para o baixo registro de atividades e orientações preventivas. Espera-se que, com o processo de informatização que está sendo utilizado nas UBS, haja a uniformização nos registros dos atendimentos e que isto possa contribuir para a melhora da qualidade destas informações .

Não obstante as limitações do presente estudo, é possível afirmar que os resultados encontrados podem contribuir para um maior conhecimento sobre o atendimento ao portador de hipertensão arterial na atenção básica e auxiliar no planejamento de ações para melhoria dos indicadores, pois apontam para a necessidade de sistematização da assistência a estes pacientes.

Recomenda-se que sejam realizados treinamentos periódicos em serviço, com a utilização dos protocolos do Ministério da Saúde e dos protocolos locais para HAS na qualificação dos profissionais bem como um planejamento local, com ações estratégicas que utilizem os indicadores locais produzidos e com a participação da população assistida.

Os resultados deste estudo apontam que é possível oferecer serviços de boa qualidade no SUS. Essa busca pela qualidade deve ser a meta de todos os profissionais, principalmente



dos enfermeiros, que vem conquistando um papel de destaque na atenção básica, atuando tanto na assistência direta ao paciente, quanto na gestão do cuidado.

## REFERÊNCIAS

BAPTISTA, E. K.; MARCON, S. S.; SOUZA, R. K. T. Avaliação da cobertura assistencial das equipes de saúde da família às pessoas que faleceram por doenças cerebrovasculares em Maringá, Paraná, Brasil. **Cad Saúde Pública** Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 225-229, jan, 2008.

BOING, A. C.; BOING, A. F. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde. **Rev Bras Hipertens** v.14, n.2, p. 84-88, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. Protocolo. **Cadernos de Atenção Básica**, n.7. Hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília. 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. **Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília, 2002a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Monitoramento na atenção básica de saúde: roteiros para reflexão e ação**. Brasília, 2002b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Pacto de indicadores da atenção básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. **Rev Bras Saúde Matern Infant** Recife, v.3, n. 2, p. 221-4, abr./jun., 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2004. **Uma análise da situação de saúde**. Brasília. DF. Maio, 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Avaliação do plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus no Brasil**. Brasília. 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**. Caderno n.3, Brasília. 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Série Pactos pela Saúde. v.4. Brasília; 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Monitoramento na atenção básica de saúde: roteiros para reflexão e ação**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Datasus. **Caderno de Informações de Saúde**. Disponível em: [http://www.tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/PR/PR\\_Maringa\\_geral.xls](http://www.tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/PR/PR_Maringa_geral.xls). Acesso em 22/08/ 2009.

BARROSO, L. M. et al. Evaluación de la calidad em la atención básica. Enfermería Global. **Revista electrónica cuatrimestral de Enfermería**. n.12, febrero, 2008.

CAMPOS, C. E. A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da atenção primária à saúde. **Rev Bras Saúde Matern Infant** Recife, v. 5(Supl 1), p. 563-9, dez., 2005.

CAPILHEIRA, M. F.; SANTOS, I. S. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas. **Rev Saúde Pública** Rio de Janeiro, v. 40, n.3, p. 436-43, 2006.

DIAS-da-COSTA, J. S. et al. Qualidade da atenção básica mediante internações evitáveis no Sul do Brasil. **Cad Saúde Pública** Rio de Janeiro, v. 24, n.7, p. 1699-1707, 2008.

FAJARDO, C. A importância da abordagem não-farmacológica da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Med Fam e Com** Rio de Janeiro, v.1, n.4, p. 107-18, jan./ mar., 2006.

FELIPES, L. **Concepções sobre a saúde e a doença**: um estudo com usuárias de uma unidade do programa saúde da família. Maringá, 2006. Dissertação de Mestrado – Departamento de Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá. 2006.

HABICHT, J.R.; VICTORA, C.G.; VAUGHAN, J.P. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. **International Journal of Epidemiology** v. 28, p. 10-18, 1999.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad Saúde Pública** Rio de Janeiro, v.20, Sup. 2, S331-S336, 2004.

ISEP. Instituto de Saúde do Paraná. Centro de Informações e Diagnóstico em Saúde. Departamento de Sistemas de Informação em Saúde. Série **Histórica dos Indicadores de Natalidade e outros de mortalidade**. Paraná. 2009.

KOFFMAN, M. D.; BONADIO, I. C. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. **Rev Bras Saúde Matern Infant** Recife, v. 5, supl 1, p. 23-32, dez., 2005.

LADEIA, A. M.; MAGALHÃES, L.; GUIMARÃES, A. Impacto de fatores sociais e da migração na etiopatogenia da hipertensão arterial. **Rev da Sociedade Brasileira de Hipertensão**. v.7, n.1, p.24-7, 2004.

LOPES, R. M.; SILVA, L. M. V.; HARTZ, Z. M. A. Teste de uma metodologia para avaliar a organização, acesso e qualidade técnica do cuidado na atenção à diarreia na infância. **Cad Saúde Pública** Rio de Janeiro, 20 Sup. 2, S283—S297, 2004.

MADUREIRA, P. R.; DE CAPITANI, E. M. Qualidade da atenção em rede hierarquizada: a interface serviço/paciente. **Cad Saúde Pública** Rio de Janeiro, v. 6, n.2, p.158-74, abr./jun., 1990.

MARCOLINO, J. S. **Informações em saúde**: o uso do SIAB pelos profissionais das equipes de saúde da família. Dissertação (mestrado)-Universidade Estadual de Maringá. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. F. 86, Maringá, 2008.

MARCON, S. S.; LOPES, M. C. L.; BOVO, M. L. Facilidades e dificuldades percebidas por enfermeiros na assistência à família. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 7, n. 1, 2008.

MARINGÁ. **Plano Municipal de Saúde**. 2004-2005. Maringá.Pr. 2004.

\_\_\_\_\_. **Plano Municipal de Saúde**. 2006-2009. Maringá. Pr. 2006.

\_\_\_\_\_. **O Portal da Cidade**. Disponível em: <http://www.maringa.com/historia/index.php>  
Acesso em 22/08/2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Indicadores Municipais de Saúde**. Datasus. Disponível em:  
<http://portal.saude.gov.br> Acesso em: 11/10/2009.

MIRANDA, R. D. et al. Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. **Rev Bras Hipertens** v. 9, p. 293-300, 2002.

OLIVEIRA, M. L. F.; SCOCHI, M. J. Determinantes da utilização dos serviços de urgência/emergência em Maringá (PR), Maringá, **Rev Ciência Cuidado e Saúde**, v.1, n.1, p.129-34, 2002.

PAIVA, D. C. P.; BERSUSA, A. A. S.; ESCUDER, M. M. L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo programa saúde da família do município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública** Rio de Janeiro. v. 22, n.2, p.377-85, fev., 2006.

PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do programa saúde da família. **Rev Saúde Pública**. v.35, n.3, p.303-11, 2001.

PICCINI, R. X. et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 11, n.3, p.658-67, 2006.

PNASS. **Pacesso: 11/04/2008**.

\_\_\_\_\_. **Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde**. 2007a. Resultado do processo avaliativo 2004-2006. Brasília, abril. 2007b. Disponível em:  
<http://pnass.datasus.gov.br>. Acesso em 22/11/2009.

PÉRES, D. S., MAGNA, J. M., VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Rev Saúde Pública** Rio de Janeiro, v. 40, n.3, p.436-43, 2006.

RIPSA. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações. **Ripsa**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2002.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa saúde da família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade**. v.10, n.1, p.33-53, 2001.

SCOCHI, M. J. Indicadores da qualidade dos registros e da assistência ambulatorial em Maringá (estado do Paraná, Brasil), 1991: um exercício de avaliação. **Cad Saúde Pública** Rio de Janeiro, v.10, n.3, jul./set., 1994.

\_\_\_\_\_. **Municipalização e avaliação de qualidade de serviços de saúde: uma análise localizada**. Tese de doutorado, apresentada à Escola Nacional de saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, Área de planejamento e administração em Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1996.

\_\_\_\_\_. Evolução da mortalidade por causas evitáveis e expansão dos recursos municipais em Maringá, Paraná. **Rev Saúde Pública** Rio de Janeiro, v. 33 n.2 p.129-33, abr.,1999.

\_\_\_\_\_. Avaliando o cuidado ao hipertenso em serviços de saúde. **Rev Acta Scientiarum**. v. 23,n.3, p.739-44, 2001.

\_\_\_\_\_. OLIVEIRA, M. L. F. et al. **Estudo de linha de base em 20 municípios da região sul na implantação do PROESF: avaliando a atenção básica**. UEM/MS. Maringá, 2007.

\_\_\_\_\_. MARCON, S.S. et al. Capacitação das equipes locais como estratégia para a institucionalização da avaliação em saúde. **Cad. Saúde Pública** Rio de Janeiro, v. 24, Sup. 1: S183-S192, 2008.

SESA. **Secretaria da Saúde de Maringá**. Maringá, 2009.

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S.; COSTA, J. S. D. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.131-9, jan./fev., 2001.

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

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: Edusp, 2001.

TANAKA, O. Y.; ESPIRITO SANTO, A. C. G. Avaliação da qualidade da atenção básica utilizando a doença respiratória da infância como traçador, em um distrito sanitário do município de São Paulo. **Rev Bras Saúde Matern Infant** Recife, v. 8, n.3, p. 325-32, jul./set., 2008.

VASCONCELOS, M. M.; GRIBEL, E. B.; MORAES, I. H. S. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saúde Pública** Rio de Janeiro, v. 24, 24 Sup.1, S173-S182, 2008.

VAUGHAN, R. Evaluation and public health. **American Journal of Public Health**. v. 94, n. 3, p. 360. mar., 2004

VENÂNCIO, S. I. In: **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família – AMQ- estudo de implantação no estado de São Paulo**. Instituto de Saúde. SP, 2008.

## APÊNDICE I

**INSTRUMENTO PARA PESQUISA COM PACIENTES HIPERTENSOS INTERNADOS**

Hospital: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Sexo: ( )M ( )F \*Situação Familiar: 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( )

Diagnóstico hospital: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

1. Como chegou ao Hospital? \_\_\_\_\_

2. Foi encaminhado pelo: \_\_\_\_\_

( ) UBS ( ) Pronto Atendimento ( ) Ambulatório do Hospital

( ) Consultório Médico ( ) não foi encaminhado ( ) outro

3. Tem algum convênio médico? Sim( ) Não( ) Qual? \_\_\_\_\_

4. Alguma vez alguém já havia falado para você do seu problema?

Sim( ) Não( ) não lembra( )

5. Quando? \_\_\_\_\_

6. Quem? \_\_\_\_\_

7. Você faz algum tratamento? Sim( ) Não( )

8. Onde? ( ) UBS ( ) Equipe de PSF ( ) Especialista

9. Unidade de Saúde de Referência: \_\_\_\_\_

10. Quantas vezes foi ao médico no último ano? \_\_\_\_\_

11. Se não faz tratamento, perguntar por quê? \_\_\_\_\_

Para os que estão em tratamento:

12. Recebeu alguma orientação de dieta? Sim( ) Não( ) Qual? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13. Faz dieta? Sim( ) Qual? \_\_\_\_\_

Não( ) Porquê? \_\_\_\_\_

14. Toma remédio para o seu problema?

1. Sim( ) raramente( ) todos os dias( ) quando piora( )

2. Não toma ( )

15. Caso tome, parou de tomar antes da internação? Sim( ) Não( )

16. Se toma irregularmente, perguntar porquê? \_\_\_\_\_

17. Fez algum eletrocardiograma antes da internação? Sim( ) Não( )

18. Fez exames de sangue? Sim( ) Não( )

19. Onde conseguiu o medicamento na última vez?

( ) UBS Farmácia ( ) Outro( ) Onde? \_\_\_\_\_

20. Caso seja na UBS:

( ) consegue sempre ( ) nunca consegue ( ) algumas vezes

21. Recebeu orientação sobre exercício físico antes de ser internado? Sim( ) Não( )

22. Faz algum tipo de exercício? Sim( ) Qual? \_\_\_\_\_

( ) todos os dias ( ) 3 vezes por semana ( ) menos de 3 vezes por semana

Não( ) Porquê? \_\_\_\_\_

23. Recebeu alguma orientação em relação ao fumo? Sim( ) Não( )

24. É fumante? Sim( ) Não( )

25. Recebeu alguma orientação sobre bebida alcoólica? Sim( ) Não( )

26. Ingere alguma bebida alcoólica? Sim( ) Qual? \_\_\_\_\_

( ) todos os dias ( ) fim de semana ( ) raramente ( ) não bebe

27. Quando foi a última vez que você verificou sua pressão antes de ser internado? \_\_\_\_\_

28. Você costuma verificar sua pressão com que frequência?

( ) nunca ( ) algumas vezes ( ) regularmente

29. Quando alguém em casa tem problema de saúde, onde procura atendimento?

( ) UBS ( ) Pronto Atendimento ( ) Hospital ( ) Farmácia ( ) outros

30.O que você achou do atendimento que vinha recebendo antes de ser internado? \_\_\_\_\_

---

---

31.Você conhece algum integrante da equipe de Saúde da Família? Sim( ) Não( )

32.Você sabe o nome do médico que o atendia no posto? Sim( ) Não( )

33.Você sabe o nome do enfermeiro da equipe de saúde da família? Sim( ) Não( )

\*Situação Familiar/Conjugal:

1. Convive com companheira(o) e filho(s)
2. Convive c/companheira(o) c/laços conjugais e s/filhos
3. Convive c/companheira(o), filho(s) e/ou outros familiares
4. Convive c/familiares, sem companheira(o)
5. Convive c/outra(s) pessoa(s) sem laços consanguíneos
6. Vive só





**Nº de atendimentos nos últimos 12 meses anteriores à internação**

<b>Profissional</b>	<b>UBS</b>	<b>VD</b>	<b>Ilegível</b>	<b>Grupo</b>
1.Médico				
2.Enfermeiro				
3.Psicólogo				
4.Auxiliar de Enfermagem				
5.ACS				
6.Outros				

**Exames solicitados e registrados nos últimos 12 meses anteriores à internação**

<b>Exames</b>	<b>Nº</b>
7.Urina tipo I	
8.Dosagem de Potássio	
9.Dosagem de creatinina	
10.Glicemia	
11.Glicemia	
12.Hematócrito	
13.Colesterol total, HDL,LDL	
14.Triglicérides	
15.Eletrocardiograma	

**Orientações recebidas nos últimos 12 meses anteriores à internação**

<b>Orientações recebidas</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
16.Quanto ao uso de medicamentos		
17.Orientações quanto à dieta		
18.Orientações quanto a exercício físico		
19.Orientações quanto a perda de peso		
20.Orientações quanto ao uso de bebida alcoólica		
21.Orientações quanto ao uso de cigarro		
22.Encaminhamentos		
23.Atividade de grupo		

**Motivo do comparecimento nos últimos 12 meses**

<b>Serviços</b>	<b>Nº</b>
24.Consulta médica*	
25.Pegar medicamento**	
26.Atendimento de enfermagem (verificar PA)	
27.Participar de grupos	
28.Curativo	
29.Vacina	
30.Outros(especificar qual)	

\*As consultas médicas foram realizadas pelo mesmo profissional nos últimos

12 meses?

Sim( )

Não( )



## APÊNDICE IV

## UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Declaro que fui satisfatoriamente esclarecido pelo pesquisador, em relação a minha participação no projeto de pesquisa **Avaliação da Qualidade do Atendimento ao Portador de Hipertensão Arterial na Atenção Básica em Maringá-Pr**, cujo objetivo é avaliar como está ocorrendo a assistência ao hipertenso tanto na promoção de sua saúde e prevenção de agravos, quanto às influências que o atendimento recebido na Atenção Básica estão interferindo no controle desta patologia. Serei submetido aos seguintes procedimentos: entrevista durante a internação hospitalar e verificação de registros de atendimentos na Unidade de Saúde que frequento.

Estou ciente e autorizo a realização dos procedimentos acima citados e a utilização dos dados originados destes procedimentos para fins didáticos e de divulgação em revistas científicas brasileiras ou estrangeiras contanto que seja mantido em sigilo informações relacionadas à minha privacidade, bem como garantindo meu direito de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de dúvidas acerca dos procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, além de que se cumpra a legislação em caso de dano.

Caso haja algum efeito inesperado que possa prejudicar meu estado de saúde físico e/ou mental, poderei entrar em contato com o pesquisador responsável e/ou com demais pesquisadores. É possível retirar o meu consentimento a qualquer hora e deixar de participar do estudo sem que isso traga qualquer prejuízo à minha pessoa.

Desta forma, eu \_\_\_\_\_ após ter lido e entendido as informações e esclarecido minhas dúvidas referentes a este estudo com a aluna de Mestrado Andréia Medeiros Pires Maruiti, **concordo voluntariamente e dou meu consentimento.**

---

Assinatura do pesquisado

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome/Assinatura do Pesquisador

Fone: \_\_\_\_\_

Equipe de Pesquisa: Profª Drª Maria José Scochi, Mestranda Andréia Medeiros Pires Maruiti,  
Alunas de Graduação em Enfermagem: Patricia Horácio, Andréa Colucci, Mayara Zago

Qualquer dúvida ou maiores esclarecimentos procurar um dos membros da equipe do projeto ou o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá- Sala 1- Bloco 010- Campus Central- Telefone: (44) 3261-444

**ANEXOS**