



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ANDERSON DA SILVA RÊGO

**AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL USUÁRIAS DOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

MARINGÁ - PR

2017

ANDERSON DA SILVA RÊGO

**AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL USUÁRIAS DOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

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.

Área de Concentração: Enfermagem e o processo de cuidado.

Linha de Pesquisa: O cuidado a saúde nos diferentes ciclos da vida.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic

MARINGÁ - PR

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá, PR, Brasil)

R343a Rego, Anderson da Silva
Avaliação da satisfação de pessoas com hipertensão arterial usuárias dos serviços de atenção primária à saúde / Anderson da Silva Rego. - Maringá, 2017.
167 f. : il. color., figs., tabs.

Orientadora: Profa. Dra. Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2017.

1. Hipertensão arterial. 2. Atenção primária à saúde. 3. Avaliação de serviços de saúde. 4. Enfermagem. I. Radovanovic, Cremilde Aparecida Trindade, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDD 21.ed.610.736

ECSL

ANDERSON DA SILVA RÊGO

**AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL USUÁRIAS DOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Aprovado em 21 de Fevereiro de 2017

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic - Orientadora
Universidade Estadual de Maringá – UEM

Prof^a. Dr^a. Maria de Fátima Mantovani – Membro Titular
Universidade Federal do Paraná – UFPR

Prof^a. Dr^a. Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad – Membro Titular
Universidade Estadual de Maringá – UEM

Dedico a minha amada Mãe.
Exemplo de amor e perseverança.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, a Deus Pai, pelo dom da vida e por ter confiado a mim uma das profissões mais dignas. Por conceber-me saúde, disposição, força e coragem para seguir a diante nesta jornada.

Agradeço aos meus pais, em especial a minha mãe, que me encorajou a buscar aquilo que meu coração almejava e mesmo distante, esteve sempre ao meu lado.

Agradeço aos meus irmãos, pela parceria durante esta etapa, por sempre me apoiar e por saber que posso confiar com o auxílio deles no decorrer desta caminhada.

Agradeço, de forma tão emocionada, a Dona Maria. Uma avó e segunda mãe, que me presenteia com carinho todas as vezes que nos encontramos. Que cuida de forma tão afável e que, através de suas orações, me faz enxergar a vida sob uma ótica ainda mais divina.

Ao Genivaldo, que na ausência do meu Pai, tornou-se o irmão mais velho e querido. Que sempre me apoiou e me ajuda em todos os momentos em que eu preciso de seu conforto e ombro amigo.

Ao Eliezer, por ser tão querido, paciente e companheiro durante essa jornada e por suportar pacientemente os meus medos e fragilidades diante de um desafio grandioso.

Agradeço aos meus “irmãos científicos”, Fernanda Sabini, Fernanda Gatez, Fernanda Misawa, Victória, João Pedro e Emily, pela companhia durante esses anos do mestrado, pela ajuda que me deram.

Agradeço em especial a minha “irmã científica” Rafaely, por toda ajuda e todas as palavras de incentivo, por toda a disponibilidade em me ensinar de forma tão bondosa e amiga. Sem sua ajuda não estaria aqui. Foi através de seus ensinamentos que estou próximo de concluir mais um desafio.

À Cremilde, minha orientadora, foi durante todos esses meses a minha “mãe científica”, agradeço a Deus pelo presente de tê-la como base de conhecimento, de profissionalismo. Por ser humana e que sempre acredita nas pessoas e suas boas intenções. Obrigado por me fazer um profissional e um ser humano melhor. Por acreditar nas nossas

escolhas, por me incentivar a ser melhor do que eu poderia ser. Tudo que está sendo construído não seria melhor sem a sua contribuição. Muito obrigado.

À Profª. Sonia, que me acolheu durante o início do mestrado e me ensinou muitas coisas relacionadas ao curso, a quem construí carinho e admiração e desejo toda felicidade e carinho que alguém possa ter.

À Cris, pela sua educação, profissionalismo e carinho que sempre teve comigo durante todas as minhas dúvidas. Obrigado por ser nosso suporte quando precisamos de socorro. Que sua luz continue brilhar durante muitos anos.

Aos colegas da turma de mestrado, que sempre foram apoiadores e admiradores dos trabalhos uns dos outros. Pela companhia, pelas risadas e pela saudade que sentiremos.

Agradeço ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem, pela acolhida como aluno e todos os professores pelos ensinamentos prestados com tanta maestria.

À Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Maringá por aprovar o projeto de pesquisa e por permitir o desenvolvimento do estudo.

A Srª. Lurdes, da Secretaria de Saúde, que tanto me auxiliou durante o processo de coleta de dados e não se absteve a disponibilizar dados, informações importantes na construção desse estudo.

A todos os diretores, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, agentes comunitários de saúde, recepcionistas das Unidades Básicas de Saúde do município de Maringá que visitei, pela disponibilidade em fornecer as informações necessárias para abordagem dos meus sujeitos de pesquisa.

Aos meus 417 entrevistados, que de forma tão simples e querida, me deram consentimento a fazer perguntas e a cada sorriso me deixavam a experiência de saber valorizar a vida nas pequenas coisas. Vocês foram a mais linda e grata surpresa que poderia ter na vida.

Às professoras, Drª. Maria de Fátima Mantovani e Drª. Maria do Carmo Lourenço Haddad, membros da banca, pela disponibilidade em avaliar e contribuir valiosamente com o trabalho.

E, por fim, agradeço a todos que, de alguma maneira, me apoiaram e estiveram presentes durante a realização deste trabalho. A sua ajuda foi de suma importância para

que chegasse a um resultado final e que acredito ser de valiosa contribuição aos serviços da Atenção Primária.

Agradeço a todos, do fundo do meu coração!

É preciso partir para que a saudade chegue e eu tenha vontade de voltar. Longe, na saudade, muitas boas coisas começam a crescer dentro da gente. Sempre que você ficar com saudade eu ficarei mais bonito...”

Rubem Alves, In: A menina e o pássaro.

REGO, A. S. **Avaliação da satisfação de pessoas com hipertensão arterial usuárias dos serviços da atenção primária à saúde**. 167 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá. Orientadora: Dr^a. Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic. Maringá, Paraná, 2017.

RESUMO

Introdução: a hipertensão arterial sistêmica é uma morbidade crônica, de alta prevalência no Brasil e no mundo. De origem multifatorial, é um grande desafio para as políticas públicas de saúde. Nesse aspecto, conhecer o impacto da assistência prestada pelos profissionais, no contexto da Atenção Primária a Saúde é importante, para isso este estudo objetivou avaliar a satisfação das pessoas com hipertensão arterial usuárias dos serviços de atenção primária à saúde. **Método:** estudo analítico, de corte transversal e abordagem quantitativa, com 417 pessoas em tratamento da hipertensão arterial, acompanhadas pela Estratégia de Saúde da Família de 34 Unidades Básicas de Saúde do município, localizado no noroeste do estado do Paraná. Os dados foram coletados entre os meses de fevereiro a junho de 2016, por meio de entrevista, utilizando instrumento adaptado e validado. O instrumento aborda atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde, como acesso, acessibilidade, adesão/vínculo, coordenação, elenco de serviços, orientação à comunidade, orientação familiar e competência cultural. Para tratamento das variáveis, foi utilizada análise estatística descritiva e inferencial (análise de variância, modelo de regressão logística múltipla), considerando significativo o valor de $p < 0,05$. **Resultados:** foi possível observar que a maioria das pessoas era de idade ≥ 70 anos (31,9%), do sexo feminino (67,9%), com ensino fundamental (61,1%), da cor branca (62,3%) e pertencente à classificação econômica C (43,9%). Mais da metade dos entrevistados apresentaram pressão arterial controlada de forma adequada (53,7%) e acompanhamento regular adequado (62,8%) na Estratégia de Saúde da Família. Os resultados apontados demonstraram pontos fortes e fracos da Atenção Primária a Saúde, nos serviços prestados a pessoas em tratamento da hipertensão arterial; a dimensão acesso ($3,92 \pm 0,89$) foi a melhor avaliada, classificada como satisfatório por mais da metade dos entrevistados. A orientação à comunidade ($3,37 \pm 1,34$) foi o domínio com avaliação regular. Pessoas com pressão arterial não controlada possuem mais chances de avaliar elenco de serviços e coordenação como regular e insatisfatório. A acessibilidade econômica foi melhor indicador avaliado. A avaliação regular dos serviços característicos da acessibilidade geográfica (OD: 1,46; IC95%: 1,27-1,78) e organizacional (OD: 1,96; IC95%: 1,23-3,10) está significativamente associada ao acompanhamento inadequado desses usuários na Estratégia de Saúde da Família. As pessoas com acompanhamento inadequado avaliam a baixa relação entre profissional/doente (OD: 2,43; IC95%: 1,13-5,22) como regular e pessoas com controle pressórico inadequado avaliam como insatisfatório a orientação quanto às medicações em uso (OD: 1,87; IC95%: 1,08-3,28). **Conclusão:** a falta de orientações e diálogo entre os profissionais e usuários acarreta inadequação quanto ao controle pressórico e acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial. Os serviços ofertados apresentam barreiras de aspectos geográficos e organizacionais, havendo a necessidade de reorganização do processo de trabalho dos profissionais de saúde, bem como incrementar as orientações e a educação em saúde aos participantes desse estudo.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial. Atenção Primária à Saúde. Avaliação de serviços de Saúde. Enfermagem.

REGO, A. S. **Evaluation of satisfaction of people with hypertension users the services of primary health care.** 167 f. Dissertation (Masters in Nursing) - State University of Maringá. Oriented: Dr^a. Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic. Maringá, Paraná, 2017.

ABSTRACT

Introduction: Systemic arterial hypertension is a chronic morbidity, of high prevalence in Brazil and in the world. With a multifactorial origin, it is a great challenge for public health policies. In this regard, knowing the impact of care provided by professionals in the context of Primary Health Care is important. For this purpose, this study aimed to evaluate the satisfaction of people with hypertension who are users of primary health care services.

Method: cross-sectional, quantitative study, with 417 people undergoing treatment of arterial hypertension, accompanied by the Family Health Strategy of 34 Basic Health Units of the municipality, located in the northwest region of the state of Paraná. The data were collected between February and June 2016, through an interview, using an instrument adapted and validated. The instrument addresses essential attributes and derivatives of Primary Health Care, such as access, accessibility, adherence/attachment, coordination, services, community orientation, family orientation and cultural competence. For the treatment of the variables, descriptive and inferential statistical analysis (analysis of variance, multiple logistic regression model) was used, considering $p < 0.05$ as significant.

Results: it was possible to observe that the majority of people were ≥ 70 years old (31.9%), female (67.9%), with elementary school (61.1%), white (62.3% %) and belonging to the economic classification C (43.9%). More than half of the interviewees had adequately controlled blood pressure (53.7%) and adequate regular monitoring (62.8%) in the Family Health Strategy. The results showed the strengths and weaknesses of Primary Health Care in the services provided to people under treatment of hypertension; the access dimension (3.92 ± 0.89) was the best evaluated, classified as satisfactory by more than half of the respondents. Community orientation (3.37 ± 1.34) was the domain with regular evaluation. People with uncontrolled blood pressure are more likely to assess the cast of services and coordination as regular and unsatisfactory. Economic accessibility was the best indicator evaluated. The regular evaluation of the services characteristic of geographical (OD: 1.46, 95%CI: 1.27-1.78) and organizational accessibility (OD: 1.96; 95% CI: 1.23-3.10) is significantly associated to the inadequate follow-up of these users in the Family Health Strategy. People with inadequate follow-up evaluate the low ratio between professional/patient (OD: 2.43; 95%CI: 1.13-5.22) as regular and those with inadequate blood pressure control assess the orientation of the medication in use as unsatisfactory (OD: 1.87, 95%CI: 1.08-3.28).

Conclusion: the lack of guidelines and dialogue between professionals and users leads to inadequate pressure control and monitoring of people with arterial hypertension. The services offered present geographical and organizational barriers, and there is a need to reorganize the work process of health professionals, as well as to increase guidelines and health education for the participants of this study.

Keywords: Hypertension. Primary Health Care. Health services evaluation. Nursing.

REGO, A. S. **Evaluación de la satisfacción de las personas con hipertensión usuarios de los servicios de atención primaria.** 167 f. Disertación (Maestría en Enfermería) - Universidade Estadual de Maringá. Supervisor: Dr^a. Cremilde Aparecida Trinidad Radovanovic. Maringá, Paraná, 2017.

RESUMEN

Introducción: La hipertensión es una morbilidad crónica, alta prevalencia en Brasil y en todo el mundo. De origen multifactorial, es un gran desafío para las políticas de salud pública. En este sentido, conocer el impacto de la ayuda prestada por los profesionales en el contexto de la salud primaria es importante, por lo que este estudio tuvo como objetivo evaluar la satisfacción de las personas con hipertensión usuarios de los servicios de atención primaria de salud. **Método:** estudio analítico, con enfoque transversal y cuantitativo, con 417 personas en tratamiento de la hipertensión, acompañados por la Estrategia 34 Unidades Básicas de Salud de Salud Familiar en la ciudad, que se encuentra en el noroeste del estado de Paraná. Los datos fueron recolectados entre febrero y junio de 2016, a través de entrevistas, con el instrumento adaptado y validado. El instrumento cubre los atributos esenciales y derivados de la atención primaria de la salud, como el acceso, la asequibilidad, la adhesión / unión, la coordinación, la lista de servicios, comunidad de orientación, orientación familiar y la competencia cultural. Para el tratamiento de las variables, se utilizó el análisis estadístico descriptivo e inferencial (análisis de la varianza, el modelo de regresión logística múltiple), considerando significativo $p < 0,05$. **Resultados:** se observó que la mayoría de los encuestados tenían ≥ 70 años (31,9%), femenino (67,9%), con estudios primarios (61,1%), blanco (62,3 %) y pertenece a la clase socioeconómica C (43,9%). Más de la mitad de los encuestados habían controlado adecuadamente la presión arterial (53,7%) y adecuado seguimiento regular (62,8%) en la Estrategia Salud de la Familia. Los resultados mostraron que se indican fortalezas y debilidades de Primaria de la Salud, los servicios prestados a personas en el tratamiento de la hipertensión; la dimensión de acceso ($3,92 \pm 0,89$) fue el mejor evaluado, clasificado como satisfactorio para más de la mitad de los encuestados. La orientación comunitaria ($3,37 \pm 1,34$) fue el dominio con una evaluación periódica. Las personas con presión arterial no controlada tienen más posibilidades de evaluar los servicios de reparto y de coordinación que regular y satisfactoria. El indicador de asequibilidad fue mejor evaluado. La evaluación periódica de los servicios propios de la accesibilidad geográfica (OD: 1,46; IC95%: 1,27 - 1,78) y de organización (OD: 1,96; IC95%: 1,23 - 3,10) se asociaron de forma significativa el monitoreo inadecuado de estos usuarios en la Estrategia Salud de la Familia. Las personas con un control inadecuado evaluar la baja relación entre el profesional/paciente (OD: 2,43; IC95%: 1,13 - 5,22) como regular y las personas con control de la presión sanguínea inadecuada evaluados como insatisfactorios orientación respecto a los medicamentos actuales (OD: 1,87; IC95%: 1,8 - 3,28). **Conclusión:** La falta de orientación y el diálogo entre los profesionales y los usuarios provoca insuficiencia en cuanto a control de la presión arterial y el seguimiento de las personas con hipertensión. Los servicios que se ofrecen tienen barreras de aspectos geográficos y de organización, existe la necesidad de una reorganización de los profesionales de la salud proceso de trabajo y aumentar la orientación y educación para la salud a los participantes en este estudio.

Palabras clave: Hipertensión. Atención primaria de salud. Evaluación de servicios de salud. Enfermería.

APRESENTAÇÃO

Este estudo é parte integrante do projeto de pesquisa intitulado “Avaliação da qualidade de vida de indivíduos com hipertensão arterial e satisfação com os serviços em saúde da atenção primária no município de Maringá – PR”, e que está sendo desenvolvido pelo Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem sobre o Quotidiano, Imaginário, Saúde e Família (GEPEQUISF) da Universidade Estadual de Maringá e tem como objetivo avaliar a satisfação das pessoas com hipertensão arterial usuárias dos serviços de atenção primária à saúde.

A estruturação desta dissertação segue o modelo proposto pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá - UEM, com seções divididas em partes, sendo as principais: introdução, objetivos, quadro teórico, materiais e métodos, considerações finais, implicações para enfermagem e referências, que são comumente achados em estudos desta magnitude.

Em cumprimento as normas sugeridas pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, os resultados da dissertação são apresentados sob a forma de estudos científicos, de acordo com as normas da revista científica em que pretendemos submetê-los para avaliação e possível publicação. Apenas a caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes do estudo estão descritivas nos resultados. A ordem de apresentação dos estudos segue a mesma dos objetivos específicos, aprovado no projeto de qualificação e abordam os elementos contribuintes para a satisfação com os serviços prestados pela Atenção Primária a Saúde. São apresentados abaixo os resumos dos estudos:

Caracterização sociodemográfica e clínica: Descrição das características sociodemográficas, econômicas e clínicas dos participantes da pesquisa, englobando resultados das variáveis antropométricas e valores pressóricos.

Estudo 1: Avaliação da satisfação dos atributos da atenção primária de pessoas com hipertensão arterial. Trata-se de uma pesquisa analítica, de corte transversal e abordagem quantitativa, em que o objetivo do estudo foi pautado em avaliar a satisfação do

usuário com hipertensão arterial e associá-lo ao controle pressórico inadequado dessas pessoas.

Estudo 2: Acessibilidade ao tratamento da hipertensão arterial na Estratégia de Saúde da Família. Trata-se de um estudo analítico, de abordagem quantitativa e de corte transversal, com objetivo de avaliar a acessibilidade ao tratamento na Estratégia Saúde da Família de pessoas com hipertensão arterial e associá-lo ao acompanhamento contínuo destes usuários.

Estudo 3: Avaliação da adesão/vínculo no tratamento da hipertensão arterial na Estratégia de Saúde da Família. Pesquisa analítica, de corte transversal e abordagem quantitativa, cujo objetivo foi avaliar a adesão/vínculo e associar ao controle pressórico e acompanhamento de pessoas em tratamento da hipertensão arterial na Estratégia Saúde da Família.

LISTA DE SIGLAS

| | |
|---------|--|
| ABEP | Associação Brasileira de Estudos Populacionais |
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| APS | Atenção Primária a Saúde |
| APSUS | Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde |
| AVC | Acidente Vascular Encefálico |
| CA | Circunferência Abdominal |
| CECAPS | Assessoria de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores de Saúde |
| COPEP | Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos |
| CNS | Conferência Nacional de Saúde |
| DAC | Doenças do Aparelho Circulatório |
| DM | Diabetes <i>Melittus</i> |
| DCV | Doenças Cardiovasculares |
| DCNT | Doenças Crônicas Não Transmissíveis |
| ENEM | Exame Nacional do Ensino Médio |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| FP | Farmácia Popular |
| HA | Hipertensão Arterial |
| HAB | Habitantes |
| HU | Hospital Universitário |
| IAM | Infarto Agudo do Miocárdio |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IC | Intervalo de Confiança |
| IDHM | Índice de Desenvolvimento Humano Municipal |
| IMC | Índice de Massa Corporal |
| INAMPS | Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social |
| IPARDES | Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social |
| KG | Quilo |
| KM | Quilômetro |
| MT | Metro |

| | |
|-----------|--|
| MM | Mais Médico |
| MS | Ministério da Saúde |
| NASF | Núcleo de Apoio a Saúde da Família |
| OD | <i>Odds Ratio</i> |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PA | Pressão Arterial |
| PACS | Programa de Agente Comunitário de Saúde |
| PAD | Pressão Arterial Diastólica |
| PAS | Pressão Arterial Sistólica |
| PCAT | Primary Care Assessment Tool |
| PHN | Política Nacional de Humanização |
| PMAQ - AB | Programa de Melhora do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica |
| PNAB | Política Nacional da Atenção Básica |
| PNS | Pesquisa Nacional de Saúde |
| POF | Pesquisa de Orçamento Familiar |
| PROVAB | Programa de Valorização da Atenção Básica |
| PSF | Programa de Saúde da Família |
| RAS | Redes de Atenção a Saúde |
| RSB | Reforma Sanitária Brasileira |
| SAE | Sistematização da Assistência de Enfermagem |
| SENAI | Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial |
| SIAB | Sistema de Informação da Atenção Básica |
| SIS | Sistema Informatizado de Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCC | Trabalho de Conclusão de Curso |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UEM | Universidade Estadual de Maringá |
| UFRJ | Universidade Federal do Rio de Janeiro |
| UNIPAR | Universidade Paranaense |
| UPA | Unidade de Pronto Atendimento |
| USP | Universidade de São Paulo |

VIGITEL Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por
Inquérito Telefônico

LISTA DE FIGURAS

| | | |
|----------|--|----|
| Figura 1 | Atributos essenciais e derivados da atenção primária a saúde, proposto por Starfield (1992) e adaptado por Harzheim (2006) | 50 |
| Figura 2 | Mapa do município de Maringá, com localizações das Unidades Básicas de Saúde e redes de atenção psicossocial do município. Maringá, Paraná, Brasil, 2016 | 57 |
| Figura 3 | Valor da pressão arterial sistólica, de acordo com o sexo, de pessoas com hipertensão arterial acompanhada pela Estratégia Saúde da Família. Maringá, Paraná, 2016..... | 75 |
| Figura 4 | Valor da pressão arterial diastólica, de acordo com o sexo, de pessoas com hipertensão arterial acompanhada pela Estratégia Saúde da Família. Maringá, Paraná, 2016..... | 76 |

LISTA DE QUADROS

| | | |
|----------|---|----|
| Quadro 1 | Atributos da Atenção Primária à Saúde e componentes de análise. Maringá, Paraná, Brasil, 2016 | 53 |
| Quadro 2 | Número de estabelecimentos de saúde do estado do Paraná e município de Maringá. Maringá, Paraná, Brasil, 2016 | 56 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|-----------|---|-----|
| Tabela 1 | Amostragem estratificada dos indivíduos com hipertensão arterial atendido pela Atenção Primária a Saúde em Maringá. Maringá, Paraná, Brasil, 2016 | 59 |
| Tabela 2 | Dados sociodemográficos e econômico de pessoas com hipertensão arterial acompanhada pela Estratégia Saúde da Família. Maringá, Paraná, 2016..... | 73 |
| Tabela 3 | Perfil clínico e nutricional de pessoas com hipertensão arterial acompanhada pela Estratégia Saúde da Família. Maringá, Paraná, 2016..... | 75 |
| Tabela 4 | Perfil clínico e nutricional de pessoas com hipertensão arterial acompanhada pela Estratégia Saúde da Família. Maringá, Paraná, 2016..... | 76 |
| Tabela 5 | Fatores de risco e doenças concomitantes de pessoas com hipertensão arterial acompanhada pela Estratégia Saúde da Família. Maringá, Paraná, 2016..... | 77 |
| Tabela 6 | Perfil sociodemográfico de pessoas com hipertensão arterial, usuários da Estratégia Saúde da Família. Maringá, Paraná, Brasil, 2016 | 85 |
| Tabela 7 | Distribuição da média do escore, desvio padrão e intervalo de confiança atribuído às dimensões da Atenção Primária à Saúde, pelos usuários com hipertensão arterial. Maringá, Paraná, Brasil, 2016 | 86 |
| Tabela 8 | Associação entre a pressão arterial controlada e resultado da avaliação dos atribuído das dimensões da Atenção Primária à Saúde, pelos usuários com hipertensão arterial. Maringá, Paraná, Brasil, 2016 | 87 |
| Tabela 9 | Perfil sociodemográfico de pessoas com hipertensão arterial, usuários da Estratégia Saúde da Família. Maringá, Paraná, Brasil, 2016 | 102 |
| Tabela 10 | Indicadores da acessibilidade pelos usuários com hipertensão arterial da Estratégia Saúde da Família. Maringá, Paraná, Brasil, 2016..... | 103 |
| Tabela 11 | Indicadores de acessibilidade ao tratamento pelos usuários com hipertensão arterial da Estratégia Saúde da Família. Maringá, Paraná, Brasil, 2016 | 104 |

| | | |
|-----------|---|-----|
| Tabela 12 | Indicadores de adesão/vínculo pelos usuários com hipertensão arterial da Estratégia Saúde da Família. Maringá, Paraná, Brasil, 2016 | 119 |
| Tabela 13 | Associação entre os indicadores de adesão/vínculo e acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial e controle pressórico na Estratégia Saúde da Família. Maringá, Paraná, Brasil, 2016..... | 121 |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| APROXIMAÇÃO AO TEMA | 27 |
| 1 INTRODUÇÃO | 31 |
| 1.1 EPIDEMIOLOGIA DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS | 31 |
| 1.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA | 32 |
| 1.3 ATENÇÃO A HIPERTENSÃO ARTERIAL NO BRASIL | 35 |
| 1.4 SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS COM OS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE | 42 |
| 1.5 JUSTIFICATIVA | 45 |
| 2 OBJETIVOS | 48 |
| 2.1 OBJETIVO GERAL | 48 |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 48 |
| 3 QUADRO TEÓRICO | 49 |
| 3.1 ACESSO E ACESSIBILIDADE: PORTA DE ENTRADA | 50 |
| 3.2 ADESÃO/VÍNCULO | 51 |
| 3.3 ELENCO DE SERVIÇOS | 51 |
| 3.4 COORDENAÇÃO | 52 |
| 3.5 ENFOQUE NA FAMÍLIA | 52 |
| 3.6 ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE | 53 |

| | |
|--|------------|
| 4 METODOLOGIA | 55 |
| 4.1 TIPO DE ESTUDO | 55 |
| 4.2 LOCAL DE ESTUDO | 55 |
| 4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO E AMOSTRA | 58 |
| 4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS | 60 |
| 4.4.1 Instrumento referente à classificação econômica e de domicílios | 61 |
| 4.4.2 Instrumento referente à avaliação da satisfação de pessoas com hipertensão com os serviços prestados pela Atenção Primária à Saúde..... | 61 |
| 4.5 COLETA DE DADOS | 63 |
| 4.5.1 Variáveis Utilizadas | 66 |
| 4.6 ORGANIZAÇÃO E PROCESSO DE ANÁLISE DE DADOS | 69 |
| 4.7 INICIATIVA STROBE | 70 |
| 4.8 ASPECTOS ÉTICOS | 70 |
| 5 RESULTADOS | 72 |
| 5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA | 73 |
| 5.2 ESTUDO 1..... | 80 |
| 5.3 ESTUDO 2 | 96 |
| 5.4 ESTUDO 3 | 114 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 131 |
| 7 IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM | 134 |
| REFERÊNCIAS | 136 |

ANEXOS 149

APÊNDICES 163

APROXIMAÇÃO AO TEMA

ABC da Hipertensão Arterial

*Vou falar de assunto sério
Hipertensão Arterial
Um problema de saúde
De proporção mundial
Que se não tratada logo
Pode ser mesmo Fatal*

*Hipertensão Arterial
É o aumento da pressão
Das artérias que irrigam
O sangue pro coração
Quando a pressão aumenta
Provoca um problemão...*

Luar do Conselheiro – Literatura de Cordel

Natural de uma cidade do agreste paraibano, me recordo que, quando criança, minha mãe nos levava ao médico apenas quando estávamos doentes, necessitando de assistência. A falta desses profissionais era frequente na Unidade Básica de Saúde - UBS e não era acessível geograficamente. Era uma luta acordar de madrugada e atravessar a cidade para conseguir atendimento e assim foi por algum tempo.

Alguns anos se passaram e, com a melhora das condições financeiras, nos mudamos para outra residência, em um bairro melhor e mais próximo a região central da cidade, onde houve uma possibilidade maior e melhor de qualidade da saúde. Nessa mesma época, meu avô paterno sofreu um Acidente Vascular Encefálico – AVC e me lembro do médico dizer que as possíveis causas foram o excessivo consumo de bebidas alcoólicas, o longo período como tabagista e a não aderência ao tratamento farmacológico da pressão arterial, que ele sabia que tinha, mas ignorava.

Vivenciar um familiar acometido por complicações de uma doença crônica era confuso, não tinha como entender, porque a família toda não entendia. Não havia conhecimento sobre o processo que vivíamos. Para a família, a dor de sentir nossa maior

referência abalada por uma condição crônica era algo estarrecedor e conflitante, porque muitas coisas haviam de ser feitas e não sabíamos por onde começar.

Já na adolescência, fiz a inscrição para seleção de alunos para um curso técnico no Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial – SENAI. Já havia histórico na família, de alguns tios que fizeram o curso e construíram uma carreira sólida e com bom retorno financeiro. Apesar da alta concorrência, fui aprovado em 19º lugar, para o curso de Eletroeletrônica, o qual concluí em dois anos.

Antes de finalizar o curso, fui convidado pelo coordenador para conhecer uma indústria, que tinha interesse em contratar estagiários. Foi meu primeiro emprego. Após o final do curso, fui efetivado. Já não respondia como estagiário e sim como profissional eletricista, com atribuições e responsabilidades diferentes do que já havia vivenciado. Quando fiz dois anos e quatro meses como funcionário, o chefe do setor e ainda um dos melhores amigos que tenho me demitiu. Sem entender, fiquei extremamente aborrecido, emprego era difícil no momento. Meses depois a empresa decretou falência.

Desempregado, enxerguei oportunidade para trabalhar no Sul do Brasil. Já conhecia pessoas e tinha alguns conhecidos morando no Estado do Paraná, onde tentei a sorte. Trabalhei como eletricista, costureiro, vendedor, secretário e operador de telemarketing. Mas sentia a necessidade de estabelecer uma profissão que me trouxesse boa condição de vida e prazer pelo trabalho. Neste mesmo período, soube do falecimento do meu avô querido, que ficou longos 12 anos acamado. Com a dor da perda e a sensação de inutilidade por não intervir, pela falta de conhecimento, comecei a pensar na saúde como uma nova área de trabalho.

Em 2010, fiz a prova do Exame Nacional do Ensino Médio – ENEM. No ano seguinte, com a divulgação dos resultados, descobri que poderia me matricular em três cursos diferentes, porque a nota de corte se encaixava na média do meu desempenho no exame. Busquei conhecer sobre os cursos que tinha opção e decidi cursar enfermagem, sabendo que seria uma melhor escolha naquele momento e que poderia ajudar outras pessoas com o conhecimento adquirido pelo curso.

Iniciei o curso de Enfermagem na Universidade Paranaense – UNIPAR, na cidade de Umuarama. Um lugar diferente, pessoas diferentes, com objetivos em comum.

Conhecer, aprender sobre a assistência de enfermagem a saúde, tornou nítido que cuidar não era apenas medicar, mas também ensinar. No segundo ano do curso, candidatei-me para ser monitor da disciplina de Anatomia Humana, o que se concretizou. Poder ensinar e orientar me fascinava. Era algo incrível.

Tivemos uma palestra com alguns enfermeiros egressos. Um deles era doutorando na Universidade de São Paulo – USP e fiquei encantado sobre o mundo da pós-graduação: mestrado, doutorado, docência, pesquisas. Eu queria saber mais, queria ver como era. No final do segundo ano, a empresa que trabalhei em Umuarama mudou-se para Maringá e, com a possibilidade de ficar desempregado de novo, verifiquei a possibilidade de transferência da bolsa para outra instituição.

Com a autorização da transferência, iniciei o terceiro ano no Centro Universitário de Maringá – Unicesumar. Era uma instituição diferente, bem maior e com várias oportunidades. Na disciplina de Saúde Coletiva, pude conhecer o universo da Atenção Básica. Vários cadernos do Ministério da Saúde – MS eram referenciados para estudo. Estágios, provas, muita leitura e uma professora apaixonada pelo modelo de atenção a saúde que me entusiasmava.

No ano seguinte, período de estágios, no trabalho de conclusão de curso – TCC tinha interesse em um projeto de pesquisa na atenção básica. Fizemos uma estratificação de risco, com uma escala de classificação simples, mas potente em organizar o manejo das ações em saúde, das equipes da Estratégia de Saúde da Família – ESF. Enquanto iniciava o processo do projeto, sentia desejo de ir além, de estudar mais.

Com o desejo de fazer o mestrado, encaminhei alguns e-mails para professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. E tive a surpresa na resposta de uma das professoras - minha atual orientadora -, que me apresentou uma mestranda e assim, pude conhecer sobre a pesquisa, sobre o que é o mestrado e o que resultaria/contribuiria para minha formação.

O grupo desta professora trabalhava com doenças crônicas. Hipertensão arterial sistêmica e suas complicações era a área de concentração. No final do quarto ano da graduação, fiz a prova de seleção para o mestrado e fui aprovado. Não me segurava de tanta felicidade!

Durante o processo de seleção, apresentei um projeto de pesquisa, que tinha como objetivo, conhecer o itinerário terapêutico de pessoas com hipertensão arterial. Já como aluno do mestrado, durante as aulas ministradas, aprendi sobre outras metodologias de pesquisa e fui aprofundar os estudos sobre determinados métodos. Com isso, decidi mudar o projeto de pesquisa e finalmente montei o quebra cabeça que me deixava inquieto.

Nesse momento, lembrei-me de quando era criança e sobre a dificuldade de ter um atendimento médico próximo de casa, recordei da doença que vitimou meu avô e das palavras do médico em dizer que não tínhamos orientação para que houvesse adesão ao tratamento farmacológico e controle dos fatores de risco, que possivelmente diminuiria a as chances de complicação da morbidade. As aulas de saúde coletiva me serviram para identificar o campo em que eu pesquisaria, os participantes da pesquisa e a área de estudo seria o da minha orientadora.

Sendo assim, nesta busca, compreendi a importância de avaliar os serviços de atenção primária e, felizmente, encontramos um instrumento, que avaliava os serviços prestados exatamente para pessoas com hipertensão arterial. Apresentei a proposta para a minha orientadora, que prontamente aceitou encarar esse desafio. Um trabalho extremamente complexo, grande e espero que contribua com a atenção primária à saúde e para as estratégias de controle e tratamento da hipertensão arterial.

O desenvolvimento deste trabalho representa uma mudança na minha visão como profissional. Aprendi com vários enfermeiros e enfermeiras a que tipo de profissional posso ter como referência, como tratar um paciente e como é importante ouvir. Aprendendo que a educação é um importante instrumento de trabalho para os profissionais de saúde e que a satisfação do usuário com os serviços que prestamos é um fator contribuinte para o sucesso terapêutico.

1. INTRODUÇÃO

1.1 EPIDEMIOLOGIA DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são consideradas a primeira causa de mortalidade no mundo, com maior probabilidade de óbitos evitáveis em adultos jovens, em que a maior carga da morbidade é prevalente em pessoas que pertencem à classe social baixa, de países desenvolvidos e subdesenvolvidos (BIELEMANN et al., 2015; WORD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

As DCNT foram responsáveis por 38 milhões de mortes em 2012 em todo o mundo. No Brasil, a prevalência é de 72,4% de óbitos atribuídos as DNCT no mesmo ano (MALTA et al., 2016). A prevalência das DCNT no estado do Paraná foi de 52,3% até 2014, sendo as doenças do aparelho circulatório (DAC) responsáveis por 28,3% deste total, seguido das neoplasias (18,1%) e diabetes *mellitus* (4,7%) (PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE, 2013).

Entre as DNCT, as doenças cardiovasculares (DCV) são as mais prevalentes causas de morte mundial, em que sua crescente prevalência atribui-se, principalmente, a transição demográfica e o avanço das tecnologias dos últimos anos tem sido a causa principal das mudanças dos hábitos de vida das pessoas, tornando-as cada vez mais sedentárias e vulneráveis a serem acometidas por morbidades crônicas, com maior risco a desenvolver doenças cardiovasculares, estimando-se cerca de 25 milhões de óbitos pela morbidade até 2020 (PAULA et al., 2013; BONOTTO et al., 2016).

No Brasil, o cenário das DCV apresentou regressão no número de mortes nos últimos anos, porém, ainda são um dos principais problemas de saúde pública por ser responsável por aproximadamente 30% dos óbitos da população adulta no Brasil. Estudo aponta que até o ano de 2011, cerca de 384.614 mortes decorreram de doenças cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2015), acarretando as maiores despesas do Sistema Único de Saúde (SUS) para tratamento da morbidade (BIELEMANN et al., 2015). Em 2010, no Paraná, os gastos com internações hospitalares para tratamento de DCV representou cerca de 25,9% de todo o gasto relativo a condições crônicas (PARANÁ, 2016).

Dentre as doenças cardiovasculares, temos a diabetes *Mellitus* (DM), a obesidade e a hipertensão arterial (HA), que quando associadas aos hábitos de vida e a características peculiares como a idade, sexo e o histórico familiar, propiciam o maior risco de complicação fatal e não fatal das DCV (PAULA et al., 2013). Neste sentido, a hipertensão é caracterizada pela desestabilidade pressórica, elevando a pressão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

1.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A prevalência mundial da HA é de aproximadamente 31%, responsável por 63% de um total de 38 milhões de óbitos mundiais de adultos. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2013), o continente Africano possui a maior prevalência de pessoas, acima de 25 anos de idade, diagnosticadas com hipertensão (46%), sendo a região do continente americano (35%) com a menor prevalência. (WORD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

No Brasil, até o ano de 2014, a prevalência da HA era de aproximadamente 24,8% em indivíduos adultos, sendo mulheres (26,8%) com prevalência maior em relação aos homens (22,5%) (VIGITEL, 2015). Nesse contexto, a prevalência era conhecida desde os anos 1990, quando alguns inquéritos populacionais foram realizados e proporcionaram o conhecimento da carga da doença no país. Martins e colaboradores (1993), em estudo realizado em município do estado de São Paulo, relataram que a prevalência da HA foi de 44,9%, com predomínio da população masculina. No Rio de Janeiro, no ano de 1992, inquérito populacional resultou que 24,1% da população do estado eram hipertensos (KLEIN et al., 1995a; KLEIN et al., 1995b).

Em Pelotas, no Rio Grande do Sul, estudo realizado em 1994 revelou que 19,8% da população eram hipertensos, com maior prevalência entre os homens e a faixa etária de 70 anos a mais (PICCINI et al., 1994). Na região Nordeste, estudo realizado em Salvador, Formigli e colaboradores (1999) relataram a prevalência de 41,1% de pessoas com hipertensão, sendo a prevalência maior entre mulheres. Em inquérito domiciliar, realizado entre 2002 e 2003 em 15 capitais e no Distrito Federal, a prevalência da HA foi cerca de 7% a 15% para faixa etária entre 25 e 39 anos, de 26 a 36% para quem tinha 40 e 59 anos e de 39 a 59% para as pessoas com 60 anos ou mais (BRASIL, 2004).

A pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para as Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) no ano de 2014 aponta que 24,8% da população autorreferem-se portadores de HA, um aumento de 0,7% em relação ao ano de 2013, em que a prevalência era de 24,1%. O VIGITEL (2015) mostra que as mulheres possuem a prevalência maior de HA em relação aos homens, e que metade da população acima dos 55 anos de idade autorreferiu ser portadora de HA.

Segundo estudo que utilizou dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), a região Sul tem a segunda maior prevalência, de todas as regiões brasileiras, com 21,4% das pessoas com hipertensão, sendo a Região Sudeste do país a que possui maior prevalência de HA autorreferida, com 23,3%. Não obstante, a região sul possui prevalência de 22,9% de pessoas com HA, sendo o Rio Grande do Sul o estado que lidera a prevalência, com 24,9%, seguido de Santa Catarina (21,8%) e do Paraná, com prevalência de 21,4% (ANDRADE et al., 2015), e o município de Maringá com prevalência aproximada de 21% (MARINGÁ, 2013).

A HA é mais frequente naqueles com baixa escolaridade, em que 38,1% dos que referiram ser portador da morbidade tinham entre zero a oito anos de estudos. Os fatores de risco, como o tabagismo, apresentou redução quando realizado variação entre os anos de 2006 a 2014. Em contrapartida, a obesidade e o excesso de peso apresenta aumento na variação entre os mesmo anos, quando comparado. Mais de 52% da população está acima do peso (VIGITEL, 2015). Estudo realizado em São Paulo aponta a morbidade como um dos principais fatores que levam a complicações decorrentes da sua cronicidade (COLOSIMO et al., 2015).

Sendo assim, o desenvolvimento da HA é de natureza multifatorial, como obesidade, tabagismo, hábitos de vida e alimentares e também, relacionados à genética, havendo a interação desses fatores que levam ao agravamento e complicações da morbidade. Desta forma, o método mais eficaz para identificar a HA e seus sintomas tensionais é através da aferição pressórica, prática realizada frequentemente em consultórios, ambulatórios, Unidades Básicas da Atenção Primária a Saúde e hospitais (CAVAGIONE et al., 2011; SILVA et al., ; ARAÚJO et al., 2015).

O tratamento da HA é comumente baseado na terapia medicamentosa, com mudanças nos hábitos de vida da pessoa com hipertensão, promovendo a prática de atividades físicas e mudanças no padrão nutricional e alimentar. Estas mudanças são responsáveis por alterações emocionais que o indivíduo hipertenso enfrenta para adaptar-se

ao novo estilo de vida, sabendo ainda, que a família também é afetada pela mudança, comprometendo a adesão ao tratamento (RADOVANOVIC et al., 2014; MOTTER et al., 2015).

Estudo realizado no município de Maringá - Paraná apresentou que 42,6% dos hipertensos inclusos nas pesquisas não aderiam ao tratamento farmacológico da HA e destes, 17,7% tinham conhecimento inadequado sobre a doença. A pesquisa ainda mostrou que, além do conhecimento insatisfatório, outros fatores associados a não adesão ao tratamento foram à complexidade das medicações prescritas e insatisfação com os serviços prestados (BARRETO et al., 2014).

Neste aspecto, as intervenções realizadas para garantir o controle e prevenir a HA são caracterizadas através de abordagens coadunadas as necessidades individuais de cada pessoa com hipertensão, considerando seu perfil cultural e socioeconômico, desvelando assim, riscos e probabilidade de complicações da morbidade, possibilitando a convivência harmônica com a doença e garantia de melhor qualidade de vida (RADOVANOVIC et al., 2014).

Estudo realizado com portadores de DCTN, usuários do programa Farmácia Popular (FP), residentes na região sul do país, mostra que o conhecimento sobre a HA, tratamento e complicações é relevante, pois, desta forma, o indivíduo tende a seguir o tratamento indicado, de forma contínua e correto. O tempo de diagnóstico da doença agrega conhecimento à pessoa com hipertensão, pois quanto maior a convivência com a morbidade, maior será o conhecimento, devido à experiência e convívio com a hipertensão, como também, as frequentes orientações em saúde, estimulando a autonomia e melhora na qualidade de vida do adoecido. Por outro lado, grande parte da população com a morbidade, ainda apresenta um controle ineficaz dos níveis pressóricos, principalmente pela ausência de sintomas (MOTTER et al., 2015).

Barreto e Marcon (2013) apresentaram dados da prevalência das hospitalizações decorrentes de complicações da HA no município de Maringá, em que 12,08% das pessoas incluídas no estudo foram hospitalizadas, sendo a crise hipertensiva (47,05%), complicações cardiovasculares (45,10%) e cerebrovasculares (7,85%) as mais frequentes, associadas à não adesão à terapia farmacológica, à pressão arterial não controlada e à presença de outras morbidades (BARRETO et al., 2013). Estudo de Souza et al (2015) confirma os mesmos achados, e que, além de não aderir a farmacoterapia, o conhecimento insuficiente sobre a doença acarreta fragilidades nas práticas de autocuidado. Desta forma,

a cronicidade da hipertensão arterial e o impacto gerado no perfil de morbimortalidade na população brasileira, dificulta a garantia de acompanhamento e de ações em saúde, de promoção e prevenção dos agravos.

1.3 ATENÇÃO A HIPERTENSÃO ARTERIAL NO BRASIL

Nos anos 1980, o modelo de assistência à saúde vigente no Brasil era fornecido pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) apenas para os trabalhadores que contribuíssem com a previdência social. Nesse mesmo período, a HA era referida como a causa principal pelo afastamento do trabalhador de suas atividades laborais por um período temporário curto ou por um período que demandasse um tratamento maior, sendo a principal causa pelo número de aposentadorias por incapacidade devido às complicações provenientes da cronicidade da morbidade (MENDES, 1988; LEÃO, 2015).

Estudo realizado no Rio de Janeiro, Souza e colaboradores (1986) iniciaram uma análise dos custos provenientes do atendimento assistenciais (ambulatorial e de emergência) aos portadores de HA no Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HU – UFRJ) e resultou que a maioria das complicações relacionada à morbidade era de pacientes que não recebiam nenhum tipo de terapia farmacológica e o acompanhamento desses pacientes por profissionais da saúde era reduzido. Estes resultados apontam a probabilidade de que os custos do HU fossem maiores, por necessitar de mão de obra especializada, custeadas pelo convênio da instituição com o INAMPS e posteriormente, o custo seria ainda maior devido aos prováveis benefícios temporários e aposentadorias decorrentes das incapacidades acometidas pela gravidade da doença (SOUZA et al., 1986).

Este mesmo estudo apontou medidas para tentar reduzir os gastos com consultas ambulatoriais e internações por complicações da HA. A primeira medida favorecia o desenvolvimento de programas de melhoria do controle dos valores pressórico, estimulando o auto cuidado, com resultados esperados relacionados à diminuição das

complicações, que reduziria a utilização dos serviços de saúde e, principalmente, o abandono por parte das pessoas com hipertensão (SOUZA et al., 1986).

Outra medida adotada, capaz de minimizar os custos com internações e atendimentos no âmbito hospitalar, seria a padronização das avaliações clínicas e laboratoriais e a sequência de como estas avaliações seriam realizadas, através de exames clínicos de primeira escolha, fortalecendo a anamnese e o exame físico como método para designar a viabilidade dos exames que seriam solicitados. Também propuseram a padronização do tratamento farmacológico, com medicações de baixo custo e com sua eficácia comprovada através de estudos científicos e por último, o acompanhamento contínuo e controlado das pessoas já diagnosticadas com a doença, principalmente nos postos de saúde (PS), em que os custos não seriam maiores com as internações e consultas ambulatoriais (SOUZA et al., 1986).

Com a alta prevalência da doença no país, o Ministério da Saúde necessitava adotar medidas cautelosas para reduzir o alarmante aumento da prevalência da doença entre a população adulta, com sérios riscos para incapacidades. Sendo assim, o MS implementou o Controle das Doenças Cardiovasculares, no final de 1986, através da Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas. As intervenções propostas pelo documento tinham duas estratégias de prevenções, com enfoque baseado nos fatores de risco e populacional (SALA et al., 1993).

A intervenção de cunho populacional utilizava as campanhas de orientação e educação em saúde como estratégia, com objetivo de reduzir os fatores de risco, como o tabagismo, obesidade e a adoção de práticas de exercícios físicos e de alimentação adequada. Para a população de alto risco a desenvolver complicações decorrentes da HA, a estratégia principal seria o acompanhamento contínuo destas pessoas, com redução e controle dos fatores de risco já diagnosticados e da prevenção a estes fatores em pessoas vulneráveis (SALA et al., 1993).

Neste mesmo período, as abordagens para a identificação e monitoração das pessoas com hipertensão arterial era realizado principalmente pela equipe de enfermagem, através da sistematização da assistência (SAE) e posteriormente garantida pela consulta com os profissionais médicos (RADAELLI et al., 1990; SALA et al., 1993). Alguns

estudos realizados na época propuseram identificar a eficácia de uma educação permanente em saúde, para, principalmente, promover boas técnicas de auto cuidado entre as pessoas com hipertensão, em que os resultados foram positivos (RADAELLI et al., 1990; SALA et al., 1993).

Dessa forma, o modelo assistencial brasileiro à saúde era caracterizado no arquétipo biológico, sendo a saúde distinguida como a ausência de morbidades e a assistência apenas apontada para o indivíduo e a doença, com sua conduta restrita (KLUTHCOVSKY et al., 2006; LEMKE et al., ; SILVA et al., 2013; AGGNUR et al., 2014). Mas já na década anterior, algumas lideranças manifestaram à necessidade de um modelo de assistência à saúde mais ampliada e que assegurasse o acesso à saúde como bem essencial ao ser humano, através de uma democratização dos bens e serviços do país. Nesse aspecto, iniciou-se o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que se fortaleceu nos anos 1980 com objetivos pautados em assegurar o direito universal à saúde, com mudanças expressivas no âmbito institucional, jurídico, político e também, organizacional e operacional (BRASIL, 1987; TEIXEIRA, 2014).

O movimento almejava que a saúde fosse compreendida não apenas como “ausência da doença”, mas pelo completo bem estar físico, mental e social, adquiridos pela garantia de emprego, serviços de assistência à saúde, transporte, educação, lazer e segurança (BRASIL, 1987; TEIXEIRA, 2014). As propostas do movimento da RSB foram discutidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, em que os resultados serviram de base para a construção da Constituição de 1988 e contribuiu para a criação do Sistema Único de Saúde, uma conquista histórica da população brasileira, em que seus direitos de saúde, de caráter universal, iriam ser creditados pelo Estado (BRASIL, 1987; TEIXEIRA, 2014).

Criado em 1988, o Sistema Único de Saúde – SUS assegurava direitos à saúde, como também a garantia dos direitos sociais, individuais, de questão politico-organizacional e econômica, sendo a Constituição de 1988, considerada a mais completa e base da democratização social, uma vez que, determinava as eleições diretas para cargos de direção em nível municipal, estadual e federal (BRASIL, 1987; BRASIL, 2012; TEIXEIRA, 2014). Para a saúde, a Constituição diz, através do artigo 196, que:

“A SAÚDE É DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Pautado nas diretrizes de universalidade, equidade e integralidade, o SUS definiu seus princípios baseado nas Leis Orgânica da Saúde nº 8.080/90 e 8.142/90 (BRASIL, 1990a; 1990b), em viabilizar o acesso, promovendo e restabelecendo a saúde, com a participação popular e ainda, sobre os financiamentos de recursos responsáveis pelas esferas governamentais (SILVEIRA et al., 2012). Todavia, as hipóteses estipuladas pelo SUS é que toda a população tenha acesso aos serviços de saúde, em sua região de moradia, todas as vezes que necessitarem do atendimento. O panorama de uma instituição renovada, com âmbito em erradicar a desigualdade de oferta à assistência (SOUZA et al., 2012).

Em cumprimento a estes propósitos básicos, em reorganizar a assistência prestada, o MS inseriu o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) com o intuito inicial de suprir o território sem cobertura de atendimento à saúde, onde o Agente Comunitário de Saúde (ACS) realiza seus trabalhos de forma integrativa em visita ao indivíduo e sua coletividade familiar, estabelecendo vínculo entre profissional e usuário (OLIVEIRA et al., 2011; SOUZA et al., 2016).

Porém, o trabalho realizado pelo PACS não supria a necessidade dos usuários e a demanda por assistência a saúde continuava elevada. Sendo assim, com a necessidade de medidas intervencionistas assertivas, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994 (BRASIL, 2012; REGO et al., 2016).

Desta forma, o PSF é caracterizado no intuito promocional a saúde, atuando através de intervenções promocionais ao sujeito saudável, tornando um novo modelo de atenção prestado. O MS classifica o PSF como um modelo assistencial voltado ao sujeito e a família, com estratégias preventivas, restabelecendo a saúde, com foco assistencialista no espaço de moradia e sociedade, promovendo o vínculo com a população atendida, tornando-se o principal gestor das estratégias focadas na promoção da saúde do sujeito e de sua coletividade, em comitiva a indicadores de saúde, permitindo a organização e o

direcionamento de determinados casos aos respectivos níveis de atenção a ser prestado (GIOVANELLA et al., 2009; KAWATA et al., 2011; BRASIL, 2012; SILVA et al., 2014; ELY et al., 2016).

Por ser a principal estratégia para as ações promocionais, de acordo com os princípios do SUS, o MS definiu o PSF como Estratégia de Saúde da Família (ESF), em 1997 (REGO et al., 2016). Segundo Medeiros et al (2009), a ESF compreende-se a uma equipe multiprofissionais, instalados em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), responsabilizando-se por uma parte da população em uma área definida e determinada, garantindo a atenção a saúde a todos os sujeitos, proporcionando o vínculo, referência e contra referência, de acordo com o atendimento, observando as queixas sobre as necessidades desta população, realizando a investigação e notificando as morbidades e seus agravos, concluindo com a estratégia intervencionistas (ARANTES et al., 2013).

A Atenção Primária à Saúde (APS) consolida vários atributos para o serviço de saúde, articulando uma assistência programática e complementar, tornando-se principal porta de entrada do sistema, completando, organizando a assistência (BRASIL, 2012). Cabe à atenção primária ser o suporte primordial e básico a população, ampliando os serviços em saúde, com abordagem das morbidades, prevenção e dos processos que compõe a saúde, que caracterizam o processo coletivo e/ou unitário, induzindo a um vínculo maior e satisfatório, promovendo assim, intervenções de qualidade e ainda, buscar a resolução dos casos efetivos e positivos para diferenciados casos e medidas de cuidado, tornando-se ponto de comunicação para outros níveis de cuidado caracterizando a gestão da atenção (BRASIL, 2012).

Para programar medidas intervencionistas na promoção à saúde, caracterizando o modelo de atenção básica, a Estratégia de Saúde da Família precisa conhecer a população cadastrada em seu território e descrita em sua unidade. Tal método de reconhecimento só é validado, quando a equipe tem em um vínculo com a família, que advém de tempo em que a mesma realiza visitas e esta aproximação acaba que levando alguém da família a padecer a uma enfermidade e procurar atendimento médico (FIGUEIREDO et al., 2007; VENTURA et al., 2014).

Na década de 1990, nos primeiros anos após a implementação da ESF, as estratégias de abordagem a pessoa com hipertensão arterial continuava com as mesmas ações, e estudo realizado em 1996, Sala e colaboradores (1996) apontaram que a maior dificuldade no controle dos valores pressóricos das pessoas com hipertensão arterial, seria a falta de comprometimento com a terapêutica aplicada e que, se houvesse o cuidado melhor a saúde por parte das pessoas, o trabalho estratégico para a redução e controle dos valores pressóricos e dos fatores de risco seria mais efetivo.

Silva et al (2013) reforça que o atual panorama da assistência à saúde, no âmbito da ESF, tem sofrido intensas transformações no processo de trabalho, requerendo diversidade nas ações, com isso, as estratégias e intervenções oriundas do trabalho do enfermeiro necessitam ser desenvolvidas no propósito que reforcem a atenção prestada, conforme as diretrizes do SUS. Para garantir essa assistência no âmbito da ESF, como identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, com intervenções clínicas e sanitárias e a realização de atividades educativas, conforme a necessidade da população local, com a garantia do atendimento em 2001 foi estabelecida o Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial, pautado em diretrizes e metas para o SUS (BRASIL, 2001; 2004).

Entre os objetivos do Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial, destaca-se a garantia do diagnóstico da morbidade, o vínculo dos profissionais de saúde, que atuam nas UBS, com as pessoas recém-diagnosticadas com a doença, iniciando tratamento para a HA, promovendo o seu acompanhamento durante o tratamento, a capacitação dos profissionais, controle resolutivo dos casos e suprimindo a necessidade em saúde da população com hipertensão com um atendimento de qualidade (BRASIL, 2004).

Para garantir a estratégias referidas, os municípios teriam que cadastrar todos os usuários com HA e DM e realizar atividades de caráter promocional e de assistência. Para que o cadastro fosse informatizado, foi criado o Sistema Informatizado de Saúde HIPERDIA (SIS – HIPERDIA), no ano de 2002, que possibilitou a monitorização das pessoas com HA cadastradas, ações de caráter individual, de acordo com a necessidade de cada indivíduo (BRASIL, 2011).

Sendo Assim, a APS é considerada um modelo potencial para enfrentar as dificuldades e melhorar os resultados em saúde. Contudo, a APS deve contemplar alguns

pontos importantes para garantir os seus serviços, como ter a localização de suas UBS, de maneira a oportunizar a acessibilidade do atendimento, obter o vínculo entre a população e a equipe de saúde, caracterizando a longitudinalidade dos serviços. A APS desenvolve ações promocionais, de prevenção e de recuperação da saúde, compondo a integralidade dos serviços propostos e o cuidado a saúde de forma coordenada, através dos serviços de referência e contra referência, apoiado em novas tecnologias, objetivando o acompanhamento de toda a trajetória terapêutica das pessoas (STARFIELD, 2002; ROUQUAYROL; GURGEL, 2013).

Nesse contexto, ESF é um modelo da APS, caracterizada como a principal porta de entrada das redes de atenção à saúde, oportunizando o acesso universal e igualitário, obedecendo às demandas e os riscos à saúde de cada pessoa. A ESF possui a unidade familiar como foco da assistência e trabalha suas ações coadunadas com o conhecimento cultural, religioso, social, econômico e epidemiológico da comunidade em que está inserida (BRASIL, 2011).

Deste modo, os serviços realizados pela APS, compreendem-se a um conjunto de elementos estruturais que são necessários e que garantem o sucesso de suas ações e que necessitam ser analisadas. Para esta análise, surge então a avaliação em saúde, caracterizada pelo teor reflexivo, crítico sobre as ações realizadas no âmbito da saúde. A avaliação em saúde tem por objetivo principal, ser o suporte na tomada de decisões, possibilitando a identificação de fatores problemáticos nas práticas e manejo das ações diárias em saúde, que, com resposta da avaliação, potencializa a implementação de novas ações e reorientação das práticas utilizadas (MELO et al., 2013).

Nesse contexto, a avaliação em saúde tem se tornado crescente no Brasil, havendo iniciativas promotoras partidas pelo MS, em promover estudos nessa perspectiva analítica, no intuito de compreender o impacto das ações assistenciais desenvolvidas para a saúde, que também é de sua responsabilidade. Não obstante, o conhecimento sobre a fragmentação do SUS, que gera uma transmissão ineficaz de informações, de uma assistência não resolutiva e que gera alto custo e impacto desfavorável na qualidade de vida da população é necessário (GOUVEIA et al., 2009; PROTÁSIO et al., 2016).

1.4 SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS COM OS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Durante a década de 1970, os estudos que objetivavam avaliar a satisfação de usuários com os serviços ofertados pelos programas de saúde de países, como Estados Unidos e Inglaterra tornaram-se frequentes e cruciais para o planejamento dos serviços e como uma resposta para saber o que podia melhorar e tornar o serviço cada vez melhor. No Brasil, estudos com essa magnitude tornou-se conhecido 20 anos depois, já com o SUS responsável pela oferta dos serviços de saúde (LINDER-PELZ, 1982; AHARONY et al., 1993; BARON-EPEL et al., 2001; TURRIS, 2005; STERPURKO et al., 2016).

De acordo com estudos, o fato de que a satisfação do usuário, além de servir como parâmetro para aperfeiçoamento e planejamento dos serviços, era um atributo significativo para estabelecer a aderência das pessoas ao tratamento de doenças, crônicas ou agudas, conforme necessitasse (LINDER-PELZ, 1982; AHARONY et al., 1993; BARON-EPEL et al., 2001; TURRIS, 2005; OGAJI et al., 2015). No Brasil, a prática avaliativa dos serviços de saúde era motivo de grande discussão, principalmente no início do SUS, para compreender se existiam diferenças entre avaliar a oferta de atendimento de caráter curativista e de promoção da saúde (AKERMAN et al., 1992; FELDMAN et al., 2013; FURTADO et al., 2014).

Com o objetivo de melhorar a qualidade da saúde da população, a OMS, em 2005, traçou os objetivos com os países membros para que a cobertura universal fosse trabalhada. No Brasil, a busca pela cobertura universal e equitativa vem crescendo, principalmente com o reforço dado pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), utilizando programas de melhoria da qualidade da assistência à saúde, como o Mais Médico e o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) e para garantir o avanço com os programas propostos, criou-se o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ – AB), que utiliza a avaliação da qualidade como uma de suas estratégias para a melhoria dos serviços de saúde (BRASIL, 2011a; UCHÔA et al., 2016).

Segundo Donabedian (1980; 1984; 1990), a avaliação dos serviços é uma troca de experiência entre profissionais de saúde e os usuários, dividida em três componentes:

estrutura, processo e resultado. A questão da satisfação é referida a avaliação dos resultados, em que se avalia o estado atual das pessoas de acordo com os procedimentos. O conhecimento da qualidade da saúde prestada nos mais diversos níveis de atenção e de seguimento do país, a satisfação do usuário é uma ferramenta imprescindível para avaliar essas características no âmbito da saúde (GOUVEIA et al., 2011; ARAÚJO et al., 2015; SZWARCOWALD et al., 2016).

Sendo assim, por intermédio da avaliação da satisfação do usuário pelos serviços prestados, podemos compreender melhor se as ações e manejo referente à promoção, prevenção e restabelecimento da saúde estão sendo eficazes, baseando-se na atuação desse usuário na saúde pública, de suas características sociais, econômicas e demográficas (GOUVEIA et al., 2011; ARAÚJO et al., 2015; SZWARCOWALD et al., 2016).

Nesse contexto, a avaliação das pessoas com hipertensão arterial e/ou qualquer outra morbidade é de importante relevância para os serviços e programas em saúde fornecidos pela APS, de acordo com as políticas públicas e diretrizes direcionada a esses determinados grupos populacionais. Apesar de ser pouco explorada, a avaliação da satisfação dos usuários dos serviços de saúde, fornece informações que podem ser esclarecidas, explícitas, tornam-se bases para a formulação de novas estratégias adequadas às características desses grupos (RODRIGUES et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2014).

Alguns estudos sobre avaliação do sistema de saúde são realizados no Brasil, com abordagens metodológicas diversificadas, com intuito em comum. Alguns instrumentos são utilizados em pesquisas no país, como o Primary Care Assessment Tool – PCATool, criado por Starfield e colaboradores (2000) na Universidade de Johns Hopkins, nos Estados Unidos, traduzido e validado no Brasil (HARZHEIM et al., 2006), que avalia os atributos da APS, com base nos subsídios da estrutura, processo e resultados, em que os escores gerados através das respostas, resulta em uma avaliação entre os serviços que são oferecidos e os que estabelece os princípios da APS (STEIN, 2013).

Estudo realizado em um município do interior do estado de Minas Gerais, utilizou o PCATool como instrumento de coleta de dados, sendo os sujeitos de pesquisas os usuários da área de abrangência da ESF do município. Os resultados da avaliação, através do instrumento citado, foram capazes de subsidiar o processo de tomada de decisões das

autoridades locais, de acordo com a avaliação dos atributos da APS, em que os profissionais são capazes de repensar e reorganizar o processo de trabalho, de acordo com a realidade na perspectiva do usuário, sendo considerada uma ferramenta eficaz para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde ofertados (SILVA et al., 2014).

Araújo e colaboradores (2014), em estudo realizado na capital do estado do Rio Grande do Norte, em que foi utilizado o instrumento para uma população específica, apontaram a frágil capacidade do município em ofertar ações de prevenção a agravos e de doenças mais prevalentes na região. Porém, os autores evidenciaram a limitação do instrumento de acordo com as dimensões avaliadas pelo mesmo, justificando sua utilização por seus parâmetros internacionais e sua facilidade em compará-lo com outros.

Em estudo realizado em São Paulo, os autores utilizaram a abordagem qualitativa como delineamento e questões norteadoras baseadas na dimensão da responsividade, em que se refere ao modo de como o sistema de saúde reconhece as necessidades e satisfações dos usuários e responde a oferta de serviços que atendam as necessidades dos usuários. O estudo resultou em uma baixa satisfação ou má avaliação por parte dos entrevistados quando questionados sobre as questões que englobam o ambiente físico e as instalações, o que segundo os depoentes, a inadequação estrutural acaba acarretando dificuldades quanto à assistência prestada na Unidade de Saúde. Por outro lado, a população entrevistada mostrou-se satisfeita com o atendimento imediato prestado pelos profissionais, em que o autor aponta o avanço do programa de saúde vigente, que apesar de suas fragilidades, ainda consegue ser um serviço que acolhe, cuida e acompanha (MISHIMA et al., 2016).

No Brasil, Villa e Ruffino-Netto (2009) realizaram uma adaptação do PCATool para a avaliação dos serviços da APS para atenção à tuberculose. Baseado nesta adaptação, Paes e colaboradores (2014) realizaram a validação do instrumento para avaliar a atenção prestada a pessoas com hipertensão arterial na perspectiva do usuário. O estudo foi realizado na capital da Paraíba e um município situado no agreste do mesmo estado, em que a confiabilidade do instrumento, em apontar a avaliação da satisfação dos usuários com os serviços ofertados pela APS, é confiável.

Pesquisas de avaliação da satisfação do usuário portador de morbidades crônicas não são frequentes na literatura atualmente. A avaliação de Villa e Ruffino-Netto (2009) a

pessoas com tuberculose são conceitos relacionado principalmente ao âmbito curativista. Em estudo realizado em Curitiba-Pr, Silva e colaboradores (2015) realizaram a avaliação da satisfação de usuários de acordo com o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus*, em que o MS busca através desta estratégia, fortalecer os objetivos da melhoria da qualidade da assistência para portadores de doenças crônicas.

Silva e colaboradores (2015) relataram que o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus* auxilia de forma positiva a assistência prestada pelos profissionais de saúde, compreendendo a real necessidade das pessoas que convivem com morbidade crônica. O fato de que, pessoas com HA e/ou DM, necessitam de assistência diferenciada, em aspectos relacionados à prevenção de complicações e agravos e restabelecimento da saúde, com ações educativas, fornecimento de medicações e acompanhamento contínuo, torna-se relevante à importância da estratégia. Os autores ainda reforçam a realização de estudos avaliativos para que novas formas de abordagem sejam avaliadas, aperfeiçoando a assistência e melhorando a qualidade do atendimento oferecido (SILVA et al., 2015).

1.5 JUSTIFICATIVA

Esse estudo baseia-se em avaliar a satisfação dos serviços de saúde no controle da hipertensão arterial, tendo como principal fonte de apreciação os indivíduos cadastrados no HIPERDIA nas unidades de saúde do município de Maringá-PR.

Com a expansão em números de UBS e de Equipes da ESF, como também da assistência farmacêutica, a Atenção Primária à Saúde se propõe a conduzir suas atividades apoiadas nesses princípios de promoção, prevenção, diagnósticos precoces e tratamento adequado às pessoas de acordo com suas necessidades e agravos à saúde. Todavia, a integralidade das ações é uma estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica, coadunadas a ampliação do acesso, organização e qualificação do cuidado integral aos doentes crônicos (BRASIL, 2014).

Nesse cenário, a HA, por ser uma das principais doenças crônicas, de prevalência elevada no Brasil e dificuldade no controle pressórico por parte das equipes de saúde, é relevante de avaliar a qualidade da saúde prestada, principalmente por meio da satisfação da assistência avaliada pelos usuários, tendo em vista que o vínculo entre as pessoas com hipertensão e a Unidade de Saúde ainda são falhos (SILVA et al., 2013). Considerando que a modificação do estilo de vida e os efeitos adversos do tratamento medicamentoso geram impacto na qualidade de vida de hipertensos, resultando principalmente à baixa adesão ao tratamento em longo prazo (EID et al., 2015).

No que se refere à assistência em saúde, a APS sugere a importância de monitorar e avaliar essa assistência, apontando a pesquisa sobre a satisfação do usuário com a atenção prestada na ESF, indicador importante para a melhoria da qualidade do cuidado e do controle pressórico, a fim de evitar agravos à saúde e complicações decorrentes da HA e na elaboração de estratégias que atenuem a melhora da qualidade dos serviços, controle da doença e qualidade de vida de hipertensos (PAES et al., 2014).

Sendo assim, com os resultados da avaliação da satisfação, é possível identificar a importância da APS, por intermédio da ESF, para criar mecanismos capazes de vincular as pessoas com hipertensão arterial às ações em saúde realizadas, como também, fortalecer o acesso às medicações que são disponibilizadas através do fortalecimento da assistência farmacêutica, que promove uma melhor adesão ao tratamento, reduzindo riscos e complicações destas doenças (BRASIL, 2011).

Não obstante, o papel dos profissionais de saúde em relação à assistência prestada à pessoa com hipertensão arterial, a sua família e a comunidade pode ser evidenciada considerando, que a família é a unidade de cuidado do membro doente e como também, em descrever os caminhos percorridos na busca por tratamento e que gera um impacto na dinâmica familiar. Sendo assim, as mudanças produzidas pelo diagnóstico de uma morbidade crônica, a adesão ao tratamento, às características sociais e culturais, como também os fatores emocionais, e que necessitam ser investigadas (FUNDATO et al., 2012; VITORINO et al., 2013; MELO et al., 2015).

Diante disso, surgem os questionamentos acerca da assistência prestada pelos profissionais da ESF, de acordo com os atributos da APS:

- Como a assistência é percebida pelos usuários com hipertensão arterial, usuários da APS, em Maringá?
- Qual a relação entre a satisfação com a assistência prestada pelos profissionais e o controle pressórico adequado dos usuários com hipertensão arterial?
- Há satisfação em relação à acessibilidade ao tratamento da hipertensão arterial na APS de Maringá?
- Qual a influência da satisfação do adesão/vínculo no adequado controle pressórico e de acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial, em tratamento na APS de Maringá?

Espera-se que por meio desse estudo, seja possível gerar informações, não apenas como um indicador de qualidade da assistência, mas que auxiliem os gestores na busca de estratégias que possibilitem uma organização da atenção a HA voltada para a realidade social, econômica e cultural dos indivíduos acompanhados pelas unidades de saúde, como também auxiliar a formação e qualificação real e efetiva de recursos humanos capaz de promover impacto positivo no controle pressórico e da qualidade de vida desta população.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar a satisfação das pessoas com hipertensão arterial usuárias dos serviços de atenção primária à saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a população com hipertensão arterial sistêmica, quanto ao perfil sociodemográfico, valores pressóricos e indicadores antropométricos;
- Avaliar a satisfação das pessoas com hipertensão arterial usuárias acerca dos atributos da Atenção Primária à Saúde e associá-los ao controle pressórico;
- Avaliar a satisfação de pessoas com hipertensão arterial acerca da acessibilidade ao tratamento na Estratégia de Saúde da Família e associá-los ao acompanhamento destes usuários;
- Avaliar a adesão e do vínculo e associar ao controle pressórico e acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial na Estratégia de Saúde da Família.

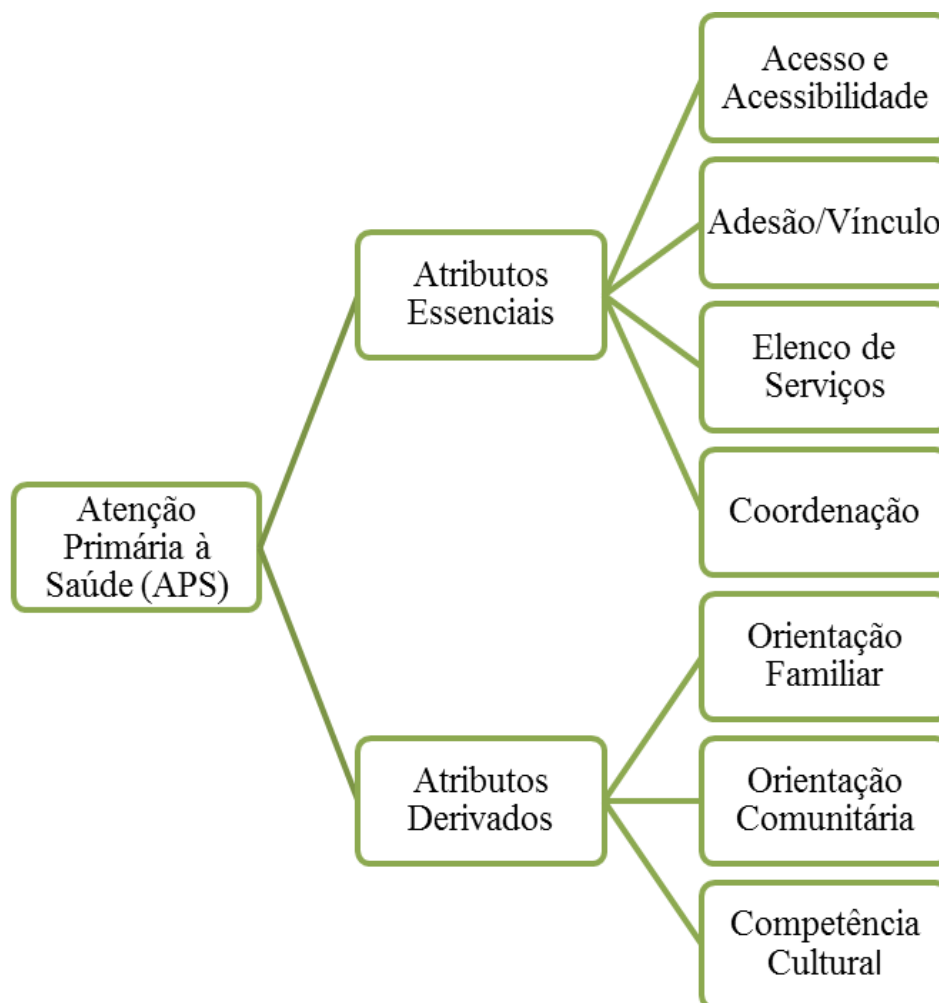
3 QUADRO TEÓRICO

Após a Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), pela constituição de 1988, a oferta de serviços de saúde no Brasil passava por grandes transformações. A assistência ofertada tinha programas nacionais, em que, iniciando pelo Programa de Agente Comunitário de Saúde e Programa de Saúde da Família, atualmente Estratégia de Saúde da Família, o SUS reorganizava sua estratégia de atenção à saúde através da Atenção Primária a Saúde (APS), como contato preferencial, conceituado por estudos como porta de entrada (STARFIELD, 2002; REIS et al., 2013).

Projetado para atendimento de caráter restrito e utilizando tecnologias de baixo custo para que não fossem tão elevados como no âmbito hospitalar, a APS tem seu objetivo em assegurar à oferta equânime dos serviços de saúde a população do país, de forma acessível, sendo um dos serviços de primeiro contato, utilizado em muitos países desenvolvidos (GIOVANELLA et al., 2008; LIMA, 2016). Os fundamentos principais da APS foram estabelecidos através do referencial teórico de Barbara Starfield (1992), em que seria necessário: educação em saúde, educação materno-infantil, prevenção de doenças, tratamento apropriado a doenças endêmicas, fornecimento de medicações para tratamento de doenças prevalentes, medicina tradicional e boas práticas de alimentação (STARFIELD, 2002), em que foram posteriormente adaptadas para a realidade brasileira (BRASIL, 2011c; HARZHEIM et al., 2006).

Para que os fundamentos principais, proposto por Starfield, tenham eficácia na APS, elementos estruturantes são necessários para que os objetivos sejam alcançados, potencializando o modelo de atenção criado. A APS deve assegurar atendimento acessível equitativo a toda a população, e estabeleceu-se a acessibilidade de primeiro contato, integralidade, coordenação, continuidade ao tratamento, conceituados como atributos nucleares, necessários à avaliação da APS e outros três elementos foram alocados aos atributos essenciais, denominados de derivados, sendo a orientação à família, orientação comunitária e a competência cultural e que qualificariam a APS (STARFIELD, 2002) (Figura 1).

Figura 1: Atributos essenciais e derivados da atenção primária a saúde, proposto por Starfield (1992) e adaptado por Harzheim (2006).



3.1 ACESSO E ACESSIBILIDADE: PORTA DE ENTRADA

O acesso de primeiro contato refere-se à localização da Unidade Básica de Saúde (UBS) em relação à cobertura populacional designada para a unidade, atendendo a referência da APS, como porta de entrada, primeiro local em que a população busca atendimento. A acessibilidade dispõe sobre a capacidade de oferta de serviços prestados a população, como consultas e exames, de acordo com a necessidade da população, excluindo os casos urgentes (STARFIELD, 2002; TURCI et al., 2015). O atributo ainda

dispõe sobre os recursos físicos, humanos e tecnológicos, como também a condição administrativa e financeira (TURCI et al., 2015).

Ressalta-se que, acesso e acessibilidade pode apresentar equívoco interpretativo, pois são definições distintas quanto à avaliação da APS. O acesso é caracterizado quando não há barreiras que impeçam a população de aderir aos serviços ofertados. A acessibilidade compreende a aspectos geográficos, que pode gerar obstáculo para a procura dos serviços da APS devido à necessidade de transporte automotivo, o tempo de deslocamento e a questão econômica (OLIVEIRA et al.,; TURCI et al., 2015).

3.2 ADESÃO/VÍNCULO

A adesão e o vínculo, que caracterizam a longitudinalidade ou a continuidade dos serviços prestados, referem-se aos laços criados entre a APS e a população atendida, estabelecendo a continuidade dos serviços, mesmo sem a presença de doença, garantindo os princípios de prevenção e promoção da saúde, sem prejuízos as atividades assistenciais como dever dos profissionais em relação à demanda de serviço, construindo a relação respeitosa, através do diálogo e da escuta (STARFIELD, 2002; OLIVEIRA et al., 2013; SILVA et al., 2015). Segundo Oliveira (2013), o vínculo potencializa as ações da APS, principalmente quando realizada de forma humanizada, através do acolhimento, sendo uma importante prática de relacionamento entre profissional e usuário, garantindo a abrangência da longitudinalidade pessoal.

3.3 ELENCO DE SERVIÇOS

O elenco de serviço contempla a potencialidade da APS em oferecer serviços que contemple a necessidade da população, oferecendo qualidade e equidade entre os serviços, de acordo com os insumos disponíveis, sejam de origem tecnológica, humana e organizacional, através de encaminhamento de referencia e contra referencia, de acordo com o nível de complexidade médico, de forma hierarquizada e descentralizada, de

atendimento integral a população. O atendimento integral é realizado quando uma ampla rede de atendimento é gerada, através da comunicação ativa e conclusiva das ações de cunho clínico e ambulatorial (STARFIELD, 2002; OLIVEIRA et al., 2013).

3.4 COORDENAÇÃO

A coordenação dos serviços reflete no modo em que os diferentes serviços, que formam a rede de saúde de determinada localidade, comunicam-se entre si, propiciando harmonia entre as ações em saúde oferecida pelos profissionais envolvidos, para que se estabeleça um resultado compatível para o restabelecimento da saúde e o fortalecimento do cuidado integral a população (STARFIELD, 2002; ASSIS et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2013; TAVARES et al., 2014).

Além disso, cabe a APS garantir a continuidade do cuidado, envolvendo o atendimento prestado pelo mesmo profissional, com consulta ao prontuário e com orientações necessárias para que o encaminhamento para outras redes de saúde sejam interligadas, evitando diagnósticos e intervenções de profissionais isolados, que resulta na redução de especialidades e no número de internações (STARFIELD, 2002; TURCI et al., 2015).

3.5 ENFOQUE NA FAMÍLIA

A relação entre profissional e o usuário dos serviços da APS é um atributo potente para que diversas ações em saúde sejam estabelecidas e organizadas, estabelecendo o vínculo. No entanto, o conhecimento de fatores relacionados à origem, o ambiente cotidiano e a forma de enfrentamento da doença, pode interferir na continuidade dentro da perspectiva da APS, uma vez que, a família assume papel de cuidadora e de tomada de decisões. Desta forma, conhecer a família e orientar sobre morbidades, prevenção e tratamento de agravos torna-se um atributo essencial, cabendo aos profissionais em

orientar, obter melhores recursos aos familiares, potencializando o alcance dos elencos de serviço e de coordenação (FUNDATO et al., 2013; STARFIELD, 2002).

3.6 ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE

O conhecimento dos profissionais de saúde sobre as condições clínicas e epidemiológicas são necessárias para que o mesmo mantenha o equilíbrio entre a demanda e a oferta de serviços. Nesse aspecto, os programas oferecidos pela APS sofrem modificações para que se tornem efetivos no controle de agravos a que se propõe e é necessário que os profissionais monitorem o resultado do que vem sendo proposto (STARFIELD, 2002).

Segundo Furtado (2013), a participação comunitária na tomada de decisões sobre as ações de saúde, oferece parâmetros que muitas vezes não são compreendidas pelos profissionais responsáveis pela atenção à determinada comunidade. A população ainda insiste em procurar atendimento médico apenas com a presença da doença, a prevenção necessita ser disseminada para que se promova um ambiente saudável para a comunidade (ALENCAR et al., 2014).

Desta forma, as qualidades da APS por meio dos atributos essenciais e derivados, citados, promovem a qualificação do programa, que garantirá a execução da atenção em saúde orientada pela APS. O quadro 1 é especificado componentes relacionado a cada atributo, de acordo com os pressupostos de Starfield (2002), adaptados para a realidade brasileira por Harzheim (2006).

Quadro 1: Atributos da APS e componentes definidos para análise, Maringá, Paraná, Brasil, 2016.

| Atributos | Componentes |
|----------------------------|---|
| Acesso e Acessibilidade | Horários de funcionamento da Unidade Básica |
| | Agendamento da consulta na Unidade Básica |
| | Acessibilidade geográfica |
| | Acessibilidade ao diagnóstico |
| | Acessibilidade ao tratamento |

| | |
|------------------------------|---|
| Adesão/Vínculo | Continuidade dos serviços |
| | Qualidade vínculo/relação profissional e paciente |
| Elenco de Serviços | Serviços e ações oferecidas pela Unidade Básica |
| | Resolutividade da Unidade Básica |
| Coordenação | Continuidade informacional - Referência e contra referencia |
| | Organização dos fluxos assistenciais |
| | Acesso a consultas e exames especializados |
| | Comunicação entre redes de atenção |
| Orientação para a comunidade | Territorialização |
| | Intersetorialidade |
| | Participação social |
| Enfoque na família | Abordagem familiar |
| Competência cultural | Abordagem cultural |

Fonte: Baseado em Harzheim et al., 2006; Satarfield, 2002.

A avaliação da APS em uma perspectiva do sujeito é uma forma de estudar a extensão com que os recursos encontram-se disponível para toda a comunidade, sobre a eficácia dos programas que são ofertados e o desempenho na condição de promover e restabelecer a saúde, considerando a diversidade cultural, socioeconômica e demográfica da população. Não obstante, a avaliação também permite que o desempenho dos aspectos estruturantes (acessibilidade, longitudinalidade, integralidade, coordenação, enfoque na família, orientação para a comunidade), exclusivos da APS, sejam fornecidos e analisados (STARFIELD, 2002; MARIN et al., 2015).

4 METODOLOGIA

Este estudo é parte integrante de um projeto de pesquisa intitulado “Avaliação da qualidade de vida de indivíduos com hipertensão arterial e satisfação com os serviços em saúde da atenção primária no município de Maringá – PR”, vinculado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá - UEM.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal-descritivo, com abordagem quantitativa, que foi realizado junto a pessoas com hipertensão arterial, residentes no município de Maringá – Pr. A abordagem quantitativa como vertente metodológica, estima através de dados mensuráveis, parâmetros de uma população de estudo sobre situações de interesse do pesquisador, levantando indicadores e prevalência de agravos à saúde, principalmente através de questionários, tornando a realidade desta população conhecida. Nesse prisma, a mensuração dos dados é realizada em um único momento, caracterizando o estudo transversal (ROUQUAYROL; GURGEL, 2013).

4.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida no município de Maringá, localizado no noroeste do estado do Paraná, a 423,60 quilômetros (KM) da capital, Curitiba, que possui área de 486.433 km², com densidade demográfica de 805,25 hab/km². Pertencente à cidade de Mandaguari, o município teve sua emancipação política adquirida em 1952, sendo atualmente a terceira maior cidade do estado, em número populacional, considerada de porte médio e de recente planejamento, com economia fundamentada na agricultura, pecuária, atividade comercial, nos setores agroindustrial, de confecções, educação e de saúde. Segundo o Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social

(IPARDES) em 2015, a população de Maringá foi estimada em 403.063 pessoas (IPARDES, 2016b).

A rede de saúde de Maringá é ampla e contam com centro de atenção psicossocial, unidades básicas de saúde, clínicas e ambulatórios especializados, policlínicas, hospitais gerais, Unidade de Pronto Atendimento, Unidade de serviço de apoio de diagnóstico e terapia e unidades móvel de nível pré-hospitalar de urgência e emergência (IPARDES, 2016b) (Quadro 2).

Quadro 2: Número de estabelecimentos de saúde do estado do Paraná e município de Maringá. Maringá, Paraná, Brasil, 2016.

| Estabelecimentos de saúde | Maringá | Paraná |
|--|----------------|---------------|
| Centro de Atenção Psicossocial | 3 | 142 |
| Unidades Básicas de Saúde | 34 | 1.731 |
| Clínicas/ambulatórios especializados | 186 | 2.048 |
| Consultórios | 917 | 12.734 |
| Hospital geral | 10 | 412 |
| Policlínica | 13 | 755 |
| Posto de Saúde | - | 943 |
| Unidade de Pronto Atendimento | 2 | 65 |
| Unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia | 79 | 1.798 |
| Unidade móvel de nível pré-hospitalar de urgência e emergência | - | 29 |
| Vigilância em Saúde | 9 | 207 |

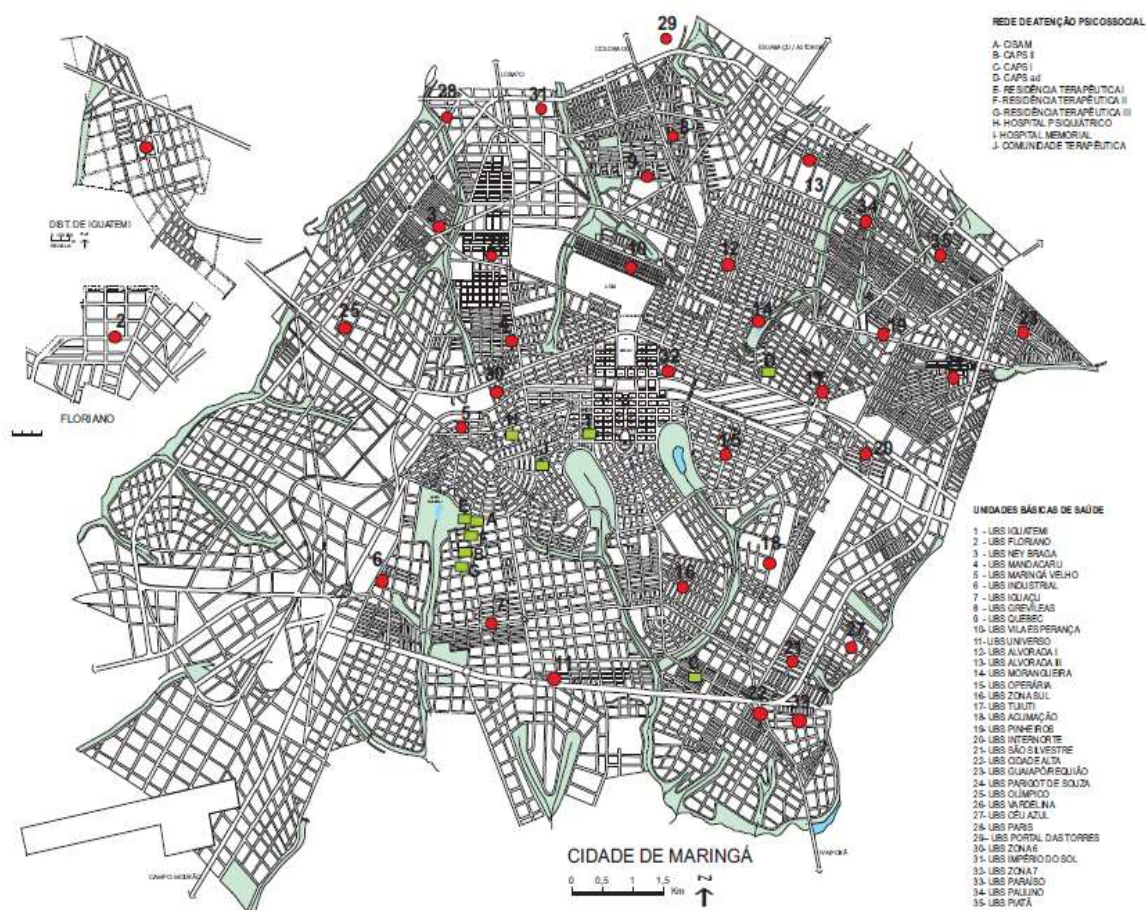
Fonte: IPARDES, 2016a; 2016b.

Com a implantação do SUS e a incorporação da ESF, o quadro assistencial a saúde da população de Maringá vem mudando com o decorrer dos anos. O município adotou a ESF no início do ano 2000, com uma equipe de ESF e seis ACS, realizando a cobertura proporcional de 1,2%. Após cinco anos da adoção do programa, o número de equipes de ACS avançou para 339 e ESF para 62, com cobertura populacional de 64,21% e 68,19%, respectivamente. Atualmente, o município possui 363 equipes de ACS, com cobertura populacional de 55,87% e 74 equipes de ESF, perfazendo a cobertura de 68,01%, havendo aumento no número de equipes da ESF, que devido ao aumento da taxa de crescimento populacional, a porcentagem da cobertura populacional pela ESF teve redução, quando comparada ao ano de 2005 (BRASIL, 2016; MARINGÁ, 2014).

Entre os três diferentes tipos de modalidade, o município possui nove equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) na modalidade I (atuação da equipe do NASF para cinco a sete UBS), criada em 2012, que vem auxiliando as equipes de ESF, com propostas e ações assistenciais, que melhoram o processo organizacional de trabalho nas UBS, melhorando o índice de desempenho avaliado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (MARINGÁ, 2013).

Na figura 2 é possível observar a localização das 35 UBS, sendo 33 no município, uma em Floriano e uma em Iguatemi, distritos de Maringá. Também é possível observar a localização das redes de atenção psicossocial do município.

Figura 2: Mapa do município de Maringá, com localizações das Unidades Básicas de Saúde e redes de atenção psicossocial do município. Maringá, Paraná, Brasil, 2016.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Maringá.

4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO E AMOSTRA

Participaram do estudo pessoas com HA, cadastrados no programa HIPERDIA. O programa HIPERDIA é um sistema de cadastro e acompanhamento de pessoas com HA e DM, cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Este programa possibilita o conhecimento do perfil epidemiológico dos pacientes cadastrados, gerando informações para os gestores locais e das secretarias de saúde municipal e estadual, como também, para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001).

Obteve-se da Secretaria de Saúde Municipal de Maringá, o número de pessoas com hipertensão arterial cadastradas no programa HIPERDIA. Por ocasião do estudo, o número total foi de 29.035 pessoas cadastradas nas 34 UBS em funcionamento, na região urbana, rural e nos distritos do município, considerando o ano de 2014 como a data limite de cadastro.

Foi definido como critério de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos de idade; ter cadastro no programa HIPERDIA; residir na área urbana de Maringá; ter sido atendido na UBS nos últimos seis meses, antes da coleta de dados. Os critérios de exclusão adotados foram estar gestantes no momento das entrevistas e possuir dificuldades em responder as perguntas realizadas nas entrevistas.

Atendendo aos critérios de inclusão e exclusão, o número total de pessoas com hipertensão considerada para o cálculo amostral foi de 27.741. Com a lista disponibilizada pela Secretaria Municipal de Saúde, foi realizada uma amostra representativa, calculada por meio de um processo de amostragem aleatória simples, realizando o cálculo amostral, com erro de estimativa de 5% e 95% de intervalo de confiança e a prevalência de 50% e acrescido de mais 15% (65 indivíduos) para possíveis perdas. Sendo assim, a amostra do estudo resultou em 437 pessoas com hipertensão arterial. Considerando as perdas e as recusas, a amostra final do estudo foram 417 pessoas.

Após o cálculo amostral, foi realizada a amostra estratificada dos usuários com hipertensão cadastrada em cada UBS incluídas na pesquisa, a partir da lista disponibilizada pela Secretaria de Saúde Municipal, com nome e código do cadastro no sistema interno da rede de atenção a saúde e realizado sorteio conforme o número de pessoas atendidas em

cada unidade. Os indivíduos selecionados que não atendiam aos critérios de inclusão ou se recusavam a participar do estudo, automaticamente o próximo da lista era convidado a participar do estudo.

Tabela 1: Amostragem estratificada dos indivíduos com hipertensão arterial atendido pela Atenção Primária a Saúde em Maringá. Maringá, Paraná, Brasil, 2016.

| UBS | Assistidas | Nº para entrevista | Entrevistadas |
|-------------------|-------------------|---------------------------|----------------------|
| Aclimação | 528 | 8 | 8 |
| Alvorada I | 1.549 | 23 | 20 |
| Alvorada II | 1.673 | 27 | 27 |
| Céu Azul | 606 | 10 | 10 |
| Cidade Alta | 1.035 | 17 | 17 |
| Grevíleas | 770 | 12 | 12 |
| Guaiapó | 1.164 | 19 | 19 |
| Iguaçu | 1.337 | 20 | 19 |
| Império do Sol | 169 | 3 | 3 |
| Industrial | 907 | 15 | 15 |
| Internorte | 932 | 15 | 15 |
| J. Olímpico | 851 | 15 | 15 |
| Mandacaru | 1.243 | 19 | 18 |
| Maringá Velho | 581 | 9 | 9 |
| Morangueira | 1.510 | 22 | 19 |
| Ney Braga | 1.132 | 18 | 18 |
| Paris | 448 | 7 | 6 |
| Parigot de Souza | 672 | 11 | 10 |
| Pinheiros | 2.136 | 33 | 31 |
| Piatã | 766 | 12 | 11 |
| Portal das Torres | 674 | 11 | 11 |
| Quebec | 2.098 | 32 | 29 |
| São Silvestre | 423 | 7 | 6 |
| Tuiuti | 1.311 | 21 | 19 |
| Universo | 555 | 9 | 8 |
| Vila Esperança | 603 | 10 | 10 |

| | | | |
|----------------|---------------|------------|------------|
| Vila Operária | 868 | 13 | 13 |
| Vila Vardelina | 221 | 4 | 4 |
| Zona 6 | 410 | 6 | 6 |
| Zona Sul | 569 | 9 | 9 |
| Total | 27.741 | 437 | 417 |

Foram excluídos três indivíduos de uma equipe de ESF que não realizava as reuniões de HIPERDIA há seis meses por falta de médico. Outras duas pessoas com hipertensão arterial foram excluídas porque no momento da coleta de dados encontravam-se internadas por causas externas. Uma pessoa foi excluída por óbito e que não havia sido feita as modificações no cadastro da mesma no sistema. Uma pessoa foi excluída por não ter condição cognitiva de responder as perguntas por transtorno mental. Outras oito pessoas não compareceram a UBS nas datas programadas das reuniões de grupo, quatro pessoas se recusaram a participar do estudo e uma foi excluída por incompletude dos dados durante a coleta.

4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Foram utilizados dois instrumentos para coleta de dados. O primeiro instrumento avalia o nível socioeconômico, atuando por meio da classificação de domicílios, criado com base na Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sendo uma das principais metodologias operacionais de pesquisa de mercado no Brasil (ABEP, 2015) (APENDICE A).

Para avaliar a satisfação do usuário hipertenso com os serviços prestados pela Atenção Primária, foi utilizado um instrumento construído por Paes (2014) (APÊNDICE B), baseado em um questionário de avaliação dos serviços da atenção básica no controle da Tuberculose, proposto por Villa e Ruffino-Neto (2009). Estes estudos seguiram o instrumento utilizado por estudo que avaliou a APS no município de Petrópolis – RJ, realizado por Almeida e Macinko, no ano de 2006, utilizando o estudo desenvolvido por

Starfield (2002), que compreende o equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologia no Brasil (MELO et al., 2015).

4.4.1 Instrumento referente à classificação econômica e de domicílios

A classificação socioeconômica e de domicílios foi avaliada por meio do instrumento - Critério de Classificação Econômica Brasil, atualizado no ano de 2015, que é utilizado para estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas. O instrumento contém perguntas referentes à posse de alguns bens de consumo, escolaridade do chefe da família e serviços públicos (água encanada e rua pavimentada). Ao final, apresenta um ponto de corte conforme o número de pontos que cada entrevistado alcançou e por fim, classificados por A, B1 e B2, C1 e C2 e DE, em que A significa melhores condições e DE piores condições (ABEP, 2015).

4.4.2 Instrumento referente à avaliação da satisfação de pessoas com hipertensão com os serviços prestados pela Atenção Primária à Saúde

O instrumento que avalia a satisfação do usuário com hipertensão arterial, acerca dos atributos da APS é dividido em três partes.

A primeira parte do instrumento é destinada a informações sociodemográficas e de bases de dados secundários, com cinco blocos de perguntas separadas e nomeadas com letras de A até E. Os blocos A e B destinam-se a informações para identificação do instrumento e do usuário (nome, endereço, telefone, nome do pesquisador que fez a entrevista, dia, mês e ano).

O bloco C é subdividido em quatro partes. A primeira destina-se a informações gerais do paciente e dos dados secundários, encontrados no prontuário (código do SUS, número do prontuário, data de nascimento, endereço da UBS, tipo e nome da UBS). A segunda parte consiste em dados antropométricos no momento das entrevistas e

cadastrados no prontuário do paciente (pressão arterial sistólica e diastólica, peso, circunferência abdominal e altura). A terceira parte do bloco C refere-se ao acompanhamento durante os anos em que se propõe o estudo, com informações referentes à data das consultas, o número de medicações que utilizava no momento e os valores da pressão arterial. A última parte refere-se ao paciente considerado não acompanhado pela APS.

O bloco D é dividido em 10 partes, com informações sociodemográficas dos pacientes, como sexo, situação familiar e conjugal, escolaridade, raça/cor, ocupação antes e após o diagnóstico da HA e se a mesma deixou o entrevistado inapto ao trabalho. Também contém informações sobre a composição da família e a renda familiar.

Fatores de risco e doenças concomitantes são as informações que compõem o bloco E, com questões referentes o antecedente familiar de doenças cardiovasculares, diabetes *Mellitus* do tipo 1 e 2, tabagismo, sedentarismo, sobrepeso/obesidade, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), outras coronariopatias, Acidente Vascular Encefálico (AVC), pé diabético, amputação por diabetes, doença renal. Também apresenta perguntas que abordam a questão social, sobre o consumo de bebidas alcoólicas, uso de métodos contraceptivos hormonais e menopausa. O bloco encerra com questão referente ao número de medicações para o controle da HA atualmente e o número de vezes em que o paciente retornou para as consultas de HIPERDIA no ano.

O bloco de F até N são das escalas multidimensionais e 45 itens, para a avaliação dos aspectos críticos da APS, constituído pela saúde no caso confirmado de HA (dois itens), acesso ao diagnóstico (cinco itens), acesso ao tratamento (sete itens), adesão/vínculo (10 itens), elenco de serviços (11 itens), coordenação (quatro itens), enfoque na família (três itens) e orientação para a comunidade (três itens).

Cada dimensão foi composta de perguntas com respostas correspondentes a uma escala de possibilidades pré-estabelecidas (Escala de Likert), atribuindo-se valores entre um e cinco para as respostas “nunca”, “quase nunca”, “às vezes”, “quase sempre” e “sempre”, além das opções “não se aplica” e “não sabe/não respondeu” para viabilizar todas as possibilidades de resposta (ROUQUAYROL; GURGEL, 2013; PAES et al., 2014).

A validação do instrumento foi realizada por Paes e colaboradores (2014), com pacientes hipertensos de duas cidades do estado da Paraíba, havendo consultas a especialista da área, validação da escala do tipo Likert, a análise fatorial exploratória, da consistência interna e a fatorial confirmatória. Segundo Paes (2014), a consulta com especialistas foi necessária para a avaliação da pertinência e a representatividade dos itens das dimensões do instrumento, uma vez que, adaptações foram realizadas a partir do original, criado por Villa e Ruffino-Neto (2009).

Segundo o autor do instrumento, a validade da escala de Likert foi necessária para testar as suposições convergentes que esse tipo de escala possui. A estrutura dos itens foi avaliada pela análise fatorial, que determinou que itens fossem compor cada dimensão do instrumento. O coeficiente α de Cronbach foi utilizado para avaliar a consistência interna do instrumento, que na validação resultou em uma elevada consistência (α de Cronbach = 91,5%), finalizando com a análise fatorial confirmatória, concluindo o instrumento como potencial para medir o grau de satisfação de pessoas com hipertensão na avaliação da qualidade dos serviços prestados pela APS (PAES et al., 2014).

4.5 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados em entrevista e nos prontuários eletrônico dos pacientes durante o período de fevereiro a junho de 2016.

Antes de iniciar a coleta de dados, houve treinamento com a equipe de pesquisadores. Participaram da coleta três acadêmicos do curso de graduação em Enfermagem, uma Mestranda e uma Doutoranda do curso de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Estadual de Maringá. O treinamento objetivou-se aprimorar a técnica de coleta por meio dos instrumentos, sobre os objetivos do estudo, a metodologia adotada e o método de abordagem e de registro das informações coletadas.

Com a lista das pessoas com hipertensão arterial, após o sorteio da amostra estratificada, foi realizado o primeiro contato com os gestores das UBS, para que houvesse

autorização para estar presente nas unidades e para abordagem aos profissionais. Após consentimento, foram realizadas as visitas, primeiramente aos profissionais para conhecer a rotina de trabalho e de que forma seria feita a abordagem dos participantes de pesquisa.

A princípio, seriam realizadas visitas domiciliares, com agendamento prévio, porém, para garantir a segurança e integridade física dos pesquisadores participantes do estudo, foi necessário alterar a estratégia metodológica de coleta de dados, em que foi estabelecido que as entrevistas fossem realizadas nas próprias unidades, durante as reuniões de HIPERDIA.

Com a lista dos participantes sorteados de cada UBS, foram verificados junto aos enfermeiros e ACS quais seriam as datas das consultas agendadas e em que reuniões se encaixariam os sorteados. Todas as equipes trabalham com método de agendamento para a reunião de HIPERDIA. As pessoas com hipertensão e/ou diabetes são avisadas pelos ACS por convites, entregues pessoalmente a cada visita pelo profissional.

A UBS com número maior de pessoas atendidas possuem reuniões semanais, quinzenais e/ou mensais, dependendo da organização do processo de trabalho dos profissionais. Porém, algumas equipes trabalham com o protocolo de estratificação de risco a doenças crônicas, proposto pelo Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APSUS) (PARANÁ, 2016).

Sendo assim, as reuniões de HIPERDIA são divididas conforme a estratificação, de acordo com o grau de risco entre os cadastrados no programa e acontecem de forma mensal, quando classificados em risco alto, a cada três meses, classificados em risco moderado e a cada seis meses para aqueles com risco baixo. Outras equipes aderem o modelo tradicional, com reuniões a cada três meses, com renovação de receita médica.

Foi elaborado o cronograma de visitas, estabelecendo prioridade às reuniões que aconteciam a cada seis meses. Como a coleta de dados foi iniciada no mês de fevereiro de 2016, poucos grupos haviam se reunidos, o que oportunizou a realização de várias entrevistas. O dia e o horário da coleta foram estabelecidos e confirmados com a equipe. As reuniões aconteciam normalmente as 08h00min horas da manhã ou as 14h00min. Por orientação dos profissionais, os pesquisadores chegavam à unidade sempre com antecedência, para iniciar a coleta de dados.

Sendo assim, os entrevistadores se identificavam a equipe e posteriormente, era apresentada a população. Os pesquisadores se apresentavam (nome, de onde eram e o que faziam) e apontavam os objetivos do estudo e quais eram os resultados que esperavam com a participação deles. Também eram esclarecidos que havia sido realizado sorteio e que nem todos participariam do estudo.

As entrevistas eram realizadas em um local privativo, indicado pela equipe, para que se evitasse qualquer tipo de constrangimento durante as respostas. Primeiramente foi feita a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido e questionados se desejavam participar da pesquisa por livre e espontânea vontade. Eram realizadas, em média, quatro a seis entrevistas por período e as equipes foram visitadas de 2 a 19 vezes, dependendo do número de pessoas com hipertensão arterial adscritos na área de abrangência da ESF.

As equipes eram informadas com antecedência, que dados antropométricos e os valores pressóricos seriam necessário para a pesquisa. Como faz parte da rotina dos profissionais de saúde, realizar a coleta desses dados durante as reuniões de HIPERDIA, os pesquisadores decidiram utilizar esses dados coletados, para não causar exaustão dos entrevistados em realizar todo o procedimento novamente. Então, ao final das entrevistas, de cada período, o enfermeiro (a) ou o técnico (a) de enfermagem disponibilizava esses dados essenciais para o preenchimento do formulário.

Os equipamentos utilizados para aferição dos dados antropométricos e os valores pressóricos era, de exclusividade, pertencente às UBS, com regulagem e calibração de responsabilidade da Secretaria Municipal de saúde do município. Normalmente, as balanças utilizadas eram a antropométrica, digital ou analógica e utilizadas esfigmomanômetros do tipo aneroide para aferição da pressão arterial. Para a aferição da circunferência abdominal, foi utilizada fita inelástica de 150 centímetros. Salienta-se que em nenhuma circunstância, foi solicitada a equipe que realizasse a aferição dos dados, pois, faz parte do protocolo do HIPERDIA do município.

A coleta de dados dos prontuários era realizada ao final das entrevistas, no sistema interno das unidades e com a autorização do enfermeiro (a) responsável pela equipe. A coleta acontecia com a disponibilidade de computadores, pois os prontuários são todos

informatizados, estando apenas os ACS com prontuários impressos para coleta de informações durante as visitas domiciliares e que são repassadas ao programa.

Os dados com informações sobre as reuniões anteriores do HIPERDIA eram encontradas nas evoluções realizadas pelos enfermeiros e as anotações feitas por técnicos de enfermagem. As consultas eram cadastradas nos procedimentos como “ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO BÁSICA” e na evolução, era informado pelos profissionais que o atendimento se referia a reunião do grupo de HIPERDIA, para evitar confusão com as outras evoluções, como as de urgência, coletas de preventivos ou de vacina.

Dos prontuários também eram coletados dados sobre a pressão arterial, aferida nas reuniões anteriores e o número de medicações que eram prescritas nas consultas médicas. Foram coletadas as informações sobre os medicamentos exclusivos para o tratamento da hipertensão arterial e os que são utilizados para tratamento relacionado à diabetes, dislipidemia e de controle hormonal, uma vez que o instrumento considera o uso de contraceptivo ou reposição hormonal como fatores de risco.

4.5.1. Variáveis Utilizadas

Os valores pressóricos foram categorizados em “Controle Pressórico inadequado”, quando a pressão arterial sistólica (PAS) foi \geq a 140 mmHg e diastólica (PAD) foi \geq a 90mmHg, de acordo com VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Para a identificação de pessoas com hipertensão arterial, acompanhadas pela APS, foram adotados os critérios do MS em que é considerado acompanhamento adequado, o indivíduo que comparece no mínimo a três consultas anuais, com os valores pressóricos registrados nos prontuários. Para tanto, foi estabelecido às datas de 01/01/2014 a 31/12/2014, como período correspondente ao ano de 2014 e entre 01/01/2015 a 31/12/2015, para o ano de 2015 (BRASIL, 2001; SILVA et al., 2013).

Salienta-se que para as pessoas classificadas conforme as recomendações do APSUS e tiveram o tempo entre consultas prolongadas, foi estabelecido o mínimo de duas consultas por ano, para classificá-las como acompanhadas. O número de hipertensos sorteados, estratificados com risco grau I, foram apenas 11.

A circunferência abdominal, peso e estatura também foram aferidos pelos profissionais no início da reunião do HIPERDIA. Para a classificação da circunferência abdominal (CA) foi adotada o ponto de corte estabelecido pelas diretrizes da Sociedade Brasileira de Obesidade (2016) e OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000), em que considera CA aumentada quando ≥ 94 centímetros para homens e ≥ 80 centímetros para as mulheres.

O índice de massa corpórea (IMC) foi calculado de acordo com as diretrizes da OMS (WORD HEALT ORGANIZATION, 2000), recomendado pela Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (2009) e Sociedade Brasileira de Obesidade (2016), utilizando o cálculo entre o peso, representado em número por quilos (KG) dividido pela altura, em metros, ao quadrado (M^2), representados pela equação a seguir:

$$IMC = \frac{Kg}{m^2}$$

De acordo com os critérios de classificação a partir do resultado do cálculo do IMC, o diagnóstico da obesidade foi distinguida em níveis distintos, sendo: baixo peso (IMC < 18,5 kg/m²), eutrófico (IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m²), sobrepeso (IMC entre 25 e 29,9 kg/m²) e obesidade grau I (IMC entre 30 a 34,9 kg/m²), grau II (IMC entre 35 e 39,9 kg/m²) e grau III (IMC > 40 kg/m²) (WORD HEALT ORGANIZATION, 2000).

A variável econômica foi agrupada em três níveis de classificação econômica, descritos em AB, C e DE. A ocupação atual descrita pelo instrumento de satisfação foi ser empregado contribuinte ou não a Previdência Social, ser do lar contribuinte ou não, autônomo contribuinte ou não e aposentados. Em consequente, a variável ocupação foi categorizado em empregado, desempregado e aposentado.

A escolaridade foi utilizada em número de anos estudados, agrupadas em quatro categorias (sem alfabetização, 1 a 7 anos de estudo, 8 a 11 anos de estudo e 12 anos a mais de estudo). A raça/cor e fatores de risco foram autodeclarados, e os fatores de risco foram posteriormente confirmados nos prontuários eletrônico dos entrevistados.

Os antecedentes familiares de doença cardiovascular foram questionados quanto ao conhecimento de doenças cardiovasculares em parentes próximos.

- **Diabetes Mellitus tipo I e II:** para a classificação do diabetes tipo I ou II, os entrevistados foram questionados sobre ter a doença e que tipo de medicação era utilizado para tratamento e ainda, quando foi diagnosticado com a doença.
- **Tabagismo:** foram questionados quanto ao consumo ativos de cigarros atualmente, considerando os critérios recomendados pelo MS, considerado tabagista com consumo de no mínimo cinco cigarros diariamente (BRASIL, 2015).
- **Sedentarismo:** informação autorreferida, foi considerado ativo, o usuário que relatou realizar exercícios dinâmicos (caminhada, ciclismo, ginástica, natação, entre outras), todos os dias da semana, com duração mínima de 30 minutos. Moderadamente ativo, os usuários que relataram realizar atividades físicas com frequência de no mínimo três vezes por semana e de duração mínima de 30 minutos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).
- **Infarto Agudo do Miocárdio/outra coronariopatia:** informação autorreferida sobre episódio de IAM.
- **Acidente Vascular Encefálico:** informação autorreferida, quanto ao episódio de AVC.
- **Amputação por diabetes:** questionados se foram submetidos à amputação de algum membro do corpo em decorrência de complicações da diabetes.
- **Doença Renal:** questionados se realizavam algum tratamento para morbidade no sistema renal (diálise, hemodiálise, transplante renal).
- **Etilismo:** foi considerado consumo ativo aqueles que referiram beber, no mínimo duas vezes, todos os dias. Esta variável foi verificada de acordo com o diagnóstico médico e anotações de acompanhamento com o profissional psicólogo, disponível nos prontuários (BRASIL, 2015).

- **Menopausa:** questionadas se realizavam tratamento de reposição hormonal.
- **Uso de contraceptivo hormonal:** questionadas sobre a utilização de métodos contraceptivos hormonais (dispositivos intrauterinos, injetáveis e orais).

4.6 ORGANIZAÇÃO E PROCESSO DE ANÁLISE DE DADOS

O processo tabulação dos dados foi constituído a partir da transferência das respostas obtidas por meio do preenchimento dos questionários para a planilha eletrônica. Antes de iniciar a digitação dos dados, todos os questionários foram checados para identificar e corrigir possíveis falhas. Houve algumas inconsistências em relação aos dados coletados dos prontuários, necessitando de retorno até que houvesse adequação/correção e que todas as inconsistências fossem solucionadas. Após verificação, os dados foram duplamente transcritos para a planilha eletrônica Microsoft Excel 2010.

Para obter os escores de qualidade dos serviços da ESF, realizou-se a identificação de normalidade dos dados pelo teste de Kolmogorov-Smirnov, com correção de Lilliefors e após resultado, utilizada o teste de Kruskal-Wallis. Para análise de variância e a obtenção da média dos escores dos domínios. Tal teste determinou também o índice de confiança a 95% e o desvio padrão. Para classificar a avaliação realizada, foi utilizado pontos de corte de acordo com as possibilidades de notas dado pelo instrumento, dividindo em satisfatório (≥ 4), regular (< 4 e ≥ 3) e insatisfatório (< 3) (MELO et al., 2015).

Para a associação, foi realizada regressão logística bruta e ajustada entre as variáveis referentes à classificação dos atributos, determinado a partir da média da avaliação e os valores da pressão arterial, com o intuito de determinar se há associação entre a satisfação com os serviços prestados e o inadequado controle pressórico e acompanhamento inadequado entre os entrevistados.

No modelo de regressão, foi utilizado o método Forward, considerando e inserido, em ordem crescente, as variáveis que resultaram o valor de $p < 0,20$ na análise bruta. Para o ajuste, apenas a variável ocupação apresentou influência na variação da significância,

permanecendo no modelo. A magnitude das associações foi estimada pelo cálculo de *Odds Ratio* (OR), adotando o intervalo de confiança de 95% como medida de precisão, considerando o valor de $p < 0,05$ entre os testes realizados.

4.7 INICIATIVA STROBE

Por se tratar de um estudo de natureza observacional, foi adotada a iniciativa *Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology* (STROBE), que consiste em um checklist para aprimorar a descrição dos achados de estudos desta natureza. O STROBE é dividido em dezoito itens, dispersos entre introdução, método, resultados e discussões (MALTA et al., 2010). Para tanto, foi utilizado instrumento traduzido e adaptado para o idioma português (ANEXO F), com propósito de nortear a descrição dos resultados deste estudo.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi desenvolvido em consonância com as diretrizes da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012). O projeto foi encaminhado para a Assessoria de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores de Saúde (CECAPS) da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá para apreciação e recebeu parecer favorável para seu desenvolvimento (ANEXO B e C). Em consequente, foi encaminhado para o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (COPEP), sob protocolo CAAE de número 47380215.6.0000.0104, sendo aprovado conforme parecer de número 1.407.687/2016 (ANEXO D).

Aos entrevistados, foram repassadas as informações e os objetivos principais do estudo, sobre sua atuação no cenário da pesquisa e de que forma as suas informações seriam disponibilizadas. Foi informado quanto à inteira responsabilidade e sigilo com as

informações prestadas durante a entrevista, dados dos prontuários analisados, o direito a livre participação e de sua possibilidade em desistência da participação voluntária em qualquer ocasião da entrevista. Foi solicitada a assinatura em duas vias, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A).

Quanto ao instrumento utilizado para a coleta de dados, foi solicitado aos autores, responsáveis pela elaboração e validação do mesmo, publicado em revista científica, com o título: “Satisfação dos usuários hipertensos com os serviços da rede de atenção primária no Brasil: um estudo de validação” a autorização do uso do instrumento para fins acadêmicos e científicos, propiciando a realização deste estudo, recebendo parecer favorável quanto ao uso (APENDICE E).

5 RESULTADOS

Os resultados deste estudo são apresentados em duas etapas distintas: a primeira etapa contempla a caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes e a segunda contém três estudos científicos.

A organização dos resultados da segunda etapa, em formatos de estudos científicos, seguem em conformidades as exigências do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, com intuito de facultar posterior publicação dos dados.

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA

Foram entrevistados 417 pessoas com hipertensão arterial, sendo a maioria idosa (62,4%), da cor branca (62,4%) e do sexo feminino (67,9%). Quanto a escolaridade, a maioria possui ensino fundamental incompleto (28,5%), são casados (58,3%) e moram com companheiro e filhos (35,5%). Parte dos entrevistados pertence ao extrato C (43,9%) da classificação econômica, a maioria referiu que estava empregado (91,8%) no momento do diagnóstico da hipertensão arterial, não sendo necessária mudança na ocupação após o diagnóstico da morbidade (92,6%) e mais da metade deles são aposentados/pensionistas (55,2%) atualmente.

Tabela 1: Dados sociodemográficos e econômico de pessoas com hipertensão arterial acompanhada pela Estratégia Saúde da Família. Maringá, Paraná, 2016.

| | N | % |
|-------------------------------|-----|------|
| Idade | | |
| 20 - 29 | 15 | 3,6 |
| 30 - 39 | 25 | 6,0 |
| 40 - 49 | 37 | 8,9 |
| 50 - 59 | 80 | 19,2 |
| 60 - 69 | 127 | 30,5 |
| > 70 | 133 | 31,9 |
| Sexo | | |
| Masculino | 134 | 32,1 |
| Feminino | 283 | 67,9 |
| Raça/Cor | | |
| Branco | 260 | 62,4 |
| Preta | 65 | 15,6 |
| Parda | 92 | 22,1 |
| Escolaridade | | |
| Não sabe ler/escrever | 32 | 7,7 |
| Alfabetizado | 57 | 13,7 |
| Ensino Fundamental Incompleto | 119 | 28,5 |
| Ensino Fundamental Completo | 79 | 18,9 |
| Ensino Médio Incompleto | 50 | 12,0 |
| Ensino Médio Completo | 57 | 13,7 |
| Ensino Superior Incompleto | 6 | 1,4 |
| Ensino Superior Completo | 17 | 4,1 |
| Situação Conjugal | | |

| | | |
|-----------------|-----|------|
| Sem Companheiro | 174 | 41,7 |
| Com Companheiro | 243 | 58,3 |

Situação Familiar

| | | |
|--|-----|------|
| Convive com Companheiro (a) e filho (a) | 148 | 35,5 |
| Convive com familiares, sem companheiro | 87 | 20,9 |
| Convive com companheiro (a), filhos e outros. | 101 | 24,2 |
| Convive com outras pessoas sem laços consanguíneos e sem laços conjugais | 8 | 1,9 |
| Vive só | 73 | 17,5 |

Classificação Econômica - ABEP

| | | |
|----|-----|------|
| A | 19 | 4,6 |
| B1 | 33 | 7,9 |
| B2 | 96 | 23,0 |
| C1 | 83 | 19,9 |
| C2 | 100 | 24,0 |
| DE | 86 | 20,6 |

O Sr(a) Trabalhava antes de saber que tinha HA?

| | | |
|-----|-----|------|
| Não | 34 | 8,2 |
| Sim | 383 | 91,8 |

O Sr(a) teve que mudar ou parar de trabalhar por causa da HA?

| | | |
|-----|-----|------|
| Não | 386 | 92,6 |
| Sim | 31 | 7,4 |

Ocupação Atual

| | | |
|-----------------------------|------------|--------------|
| Empregado | 96 | 23,0 |
| Desempregado | 91 | 21,8 |
| Aposentado (a)/ Pensionista | 230 | 55,2 |
| Total | 417 | 100,0 |

HA: Hipertensão Arterial.

Conforme a tabela 2, os participantes do sexo masculino possuem peso médio de 80,66Kg e 1,67m de altura, IMC médio de 28,75 e circunferência abdominal de 103,06cm. O sexo feminino apresenta média de 72,22Kg, 1,56m de altura, IMC médio de 29,48 e 99,09cm de circunferência abdominal. Quanto aos valores pressóricos a média da pressão arterial sistólica e diastólica, respectivamente, foi de 133,20±19,87 e 81,23±12,18 para o

sexo masculino e $132,86 \pm 20,05$ e $80,32 \pm 10,50$ para o feminino. Na figura 1 e 2 é possível observar a variação dos valores pressóricos, de acordo com o sexo.

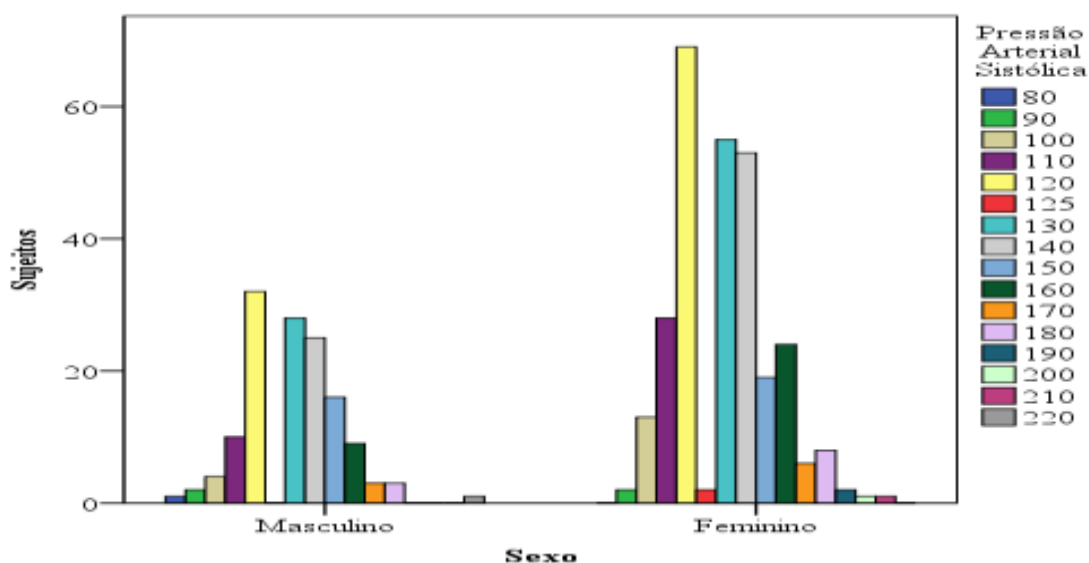
Tabela 2: Perfil clínico e nutricional de pessoas com hipertensão arterial acompanhada pela Estratégia Saúde da Família. Maringá, Paraná, 2016.

| | Masculino (n=134) | | | Feminino (n=283) | | |
|-------------|-------------------|-------|--------------------|------------------|-------|--------------------|
| | Média | DP | IC95% Min - Max | Média | DP | IC95% Min - Max |
| PAD (mmHg) | 81,23 | 12,18 | 79,15 - 83,31 | 81,55 | 10,50 | 80,32 - 82,78 |
| PAS (mmHg) | 133,20 | 19,87 | 129,81-136,60 | 132,86 | 20,05 | 130,51 - 135,20 |
| Peso (kg) | 80,66 | 18,03 | 77,58 - 83,74 | 72,22 | 14,63 | 70,50 - 73,92 |
| Altura (Mt) | 1,67 | 0,08 | 1,65 - 1,69 | 1,56 | 0,07 | 1,55 - 1,57 |
| IMC | 28,75 | 5,46 | 27,82 - 29,69 | 29,48 | 5,36 | 28,85 - 30,11 |
| CA (Cm) | 103,06 | 13,83 | 100,70-105,43 | 99,09 | 12,83 | 97,59 - 100,59 |

PAD: Pressão Arterial Diastólica; PAS: Pressão Arterial Sistólica; IMC: Índice de Massa Corporal; CA: Circunferência Abdominal; DP: Desvio Padrão; IC: Intervalo de Confiança; Min: Mínimo; Max: Máximo.

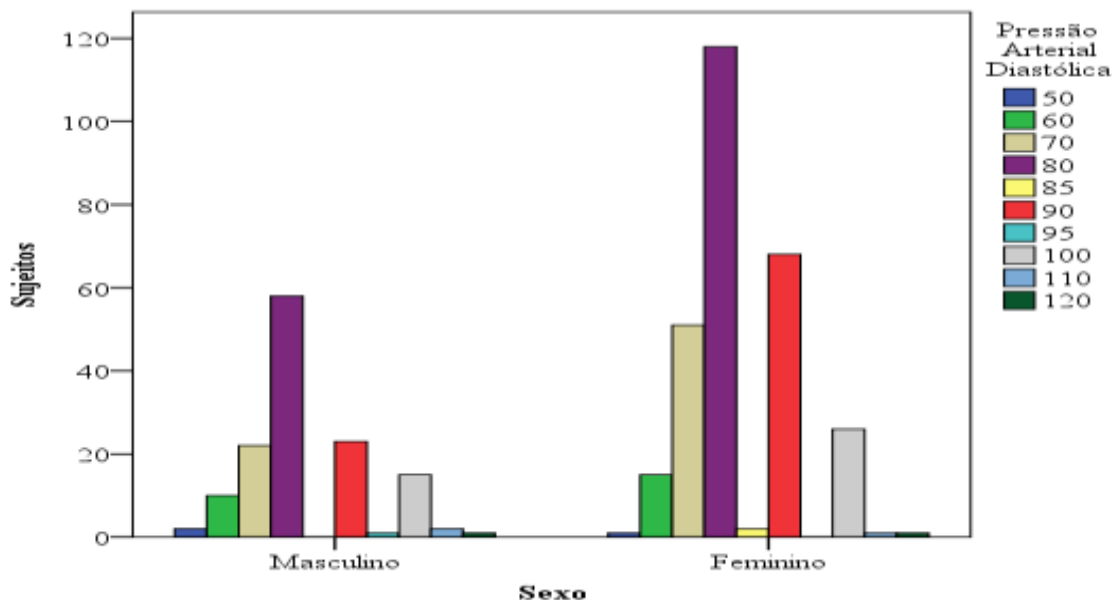
Na figura 1 podemos observar que a maioria dos participantes do sexo masculino possui o valor da pressão arterial sistólica mais frequente entre 120mmHg a 160mmHg, diferenciando-se dos sujeitos do sexo feminino, que possui uma frequência maior entre 110mmHg e 180mmHg.

Figura 1: Valor da pressão arterial sistólica, de acordo com o sexo, de pessoas com hipertensão arterial acompanhada pela Estratégia Saúde da Família. Maringá, Paraná, 2016.



Para a pressão arterial diastólica, os valores pressóricos assemelham-se em ambos os sexos, com predominância maior entre 60mmHg e 100mmHg, apresentados na figura 2.

Figura 2: Valor da pressão arterial diastólica, de acordo com o sexo, de pessoas com hipertensão arterial acompanhada pela Estratégia Saúde da Família. Maringá, Paraná, 2016.



Na tabela 3 podemos observar, de modo geral, que a maioria das pessoas com hipertensão apresentou valor pressórico considerado normal (53,7%), de acordo com o preconizado pela VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016) e salienta-se que os sujeitos do sexo masculino (55,2%) apresentaram inadequação no controle pressórico. Quanto ao IMC, o sobrepeso foi mais prevalente entre os entrevistados, independente do sexo (39,8%) e o mesmo se da para a CA, que os sujeitos de ambos os sexos apontaram alteração (68,8%) no parâmetro, de acordo com o ponto de corte recomendado pela Organização Mundial da Saúde (2000).

Tabela 3: Perfil clínico e nutricional de pessoas com hipertensão arterial acompanhada pela Estratégia Saúde da Família. Maringá, Paraná, 2016.

| | Masculino | | Feminino | | Total | % |
|----------------|-----------|------|----------|------|-------|------|
| | N | % | N | % | | |
| IMC | | | | | | |
| Abaixo do Peso | | | 4 | 1,4 | 4 | 1,0 |
| Normal | 33 | 24,6 | 48 | 17,0 | 81 | 19,4 |
| Sobrepeso | 52 | 38,8 | 114 | 40,3 | 166 | 39,8 |

| | | | | | | |
|-------------------------------|----|------|-----|------|-----|------|
| Obesidade | 44 | 32,8 | 105 | 31,1 | 149 | 35,7 |
| Obesidade Grave | 5 | 3,7 | 12 | 4,2 | 17 | 4,1 |
| CA | | | | | | |
| Alterada | 71 | 53,0 | 150 | 53,0 | 287 | 68,8 |
| Normal | 63 | 47,0 | 133 | 47,0 | 130 | 31,2 |
| PA Controlada | | | | | | |
| Sim | 60 | 44,8 | 216 | 76,3 | 224 | 53,7 |
| Não | 74 | 55,2 | 67 | 23,7 | 193 | 46,3 |
| Nº de Medicções em uso | | | | | | |
| Um | 39 | 29,1 | 98 | 34,6 | 137 | 32,9 |
| Dois | 51 | 38,1 | 93 | 32,9 | 144 | 34,5 |
| Três | 23 | 17,2 | 61 | 21,6 | 84 | 20,1 |
| Quatro | 16 | 11,9 | 23 | 8,1 | 39 | 9,4 |
| Cinco | 3 | 2,2 | 4 | 1,4 | 7 | 1,7 |
| Seis | 1 | 0,7 | | | 1 | 0,2 |
| Outros | 1 | 0,7 | 4 | 1,4 | 5 | 1,2 |

IMC: Índice de Massa Corporal; CA: Circunferência Abdominal; PA: Pressão Arterial; N°: Número; Outros: fazem uso de outra medicação com receitas de médicos de consultórios particulares.

O número de medicações em uso, para controle e tratamento da hipertensão variou entre um a seis, em que a maioria faz uso de apenas uma medicação (32,9%) para tratamento da morbidade. Quando relacionado ao sexo, a população masculina possui uma maior porcentagem de sujeitos que consomem dois tipos de medicamentos, independente da dose diária.

Na tabela 4 podemos observar os fatores de risco e doenças concomitantes dos sujeitos do presente estudo. A maioria das pessoas do sexo feminino relatou que alguém da família possuía (55,5%) diagnóstico de HA. Os homens (14,2%) foram mais propensos a possuir diabetes *Mellitus* do tipo 2 e de ter doença renal (1,5%) e as mulheres (31,1%) em possuir DM do tipo 1, possuir lesões decorrentes da morbidade, como o pé diabético (1,4%). Os homens (21,6%) fazem mais uso de tabaco que as mulheres, como também, uso abusivo de bebidas alcoólicas (2,6%).

Tabela 4: Fatores de risco e doenças concomitantes de pessoas com hipertensão arterial acompanhada pela Estratégia Saúde da Família. Maringá, Paraná, 2016.

| | Masculino | | Feminino | | Total | |
|-----------------------------------|-----------|---|----------|---|-------|---|
| | N | % | N | % | N | % |
| Antecedente Familiar da HA | | | | | | |

| | | | | | | |
|--------------------------------|-----|------|-----|------|-----|------|
| Não | 73 | 54,4 | 126 | 44,5 | 199 | 47,7 |
| Sim | 61 | 45,5 | 157 | 55,5 | 218 | 52,3 |
| DM tipo 1 | | | | | | |
| Não | 99 | 73,9 | 195 | 68,9 | 294 | 70,5 |
| Sim | 35 | 26,1 | 88 | 31,1 | 123 | 29,5 |
| DM tipo 2 | | | | | | |
| Não | 115 | 85,8 | 247 | 87,3 | 326 | 86,8 |
| Sim | 19 | 14,2 | 36 | 12,7 | 55 | 13,2 |
| Tabagista | | | | | | |
| Não | 105 | 78,4 | 249 | 88,0 | 354 | 84,9 |
| Sim | 29 | 21,6 | 34 | 12,0 | 63 | 15,1 |
| IAM | | | | | | |
| Não | 119 | 88,8 | 268 | 94,7 | 387 | 92,8 |
| Sim | 15 | 11,2 | 15 | 5,3 | 30 | 7,2 |
| AVC | | | | | | |
| Não | 131 | 97,8 | 278 | 98,2 | 409 | 98,1 |
| Sim | 3 | 2,2 | 5 | 1,8 | 8 | 1,9 |
| Outra Coronariopatia | | | | | | |
| Não | 130 | 97,0 | 271 | 95,8 | 401 | 96,2 |
| Sim | 4 | 3,0 | 12 | 4,2 | 16 | 3,8 |
| Doença Renal | | | | | | |
| Não | 132 | 98,5 | 280 | 98,9 | 412 | 98,8 |
| Sim | 2 | 1,5 | 3 | 1,1 | 5 | 1,2 |
| Pé Diabético | | | | | | |
| Não | | | 279 | 98,6 | 413 | 99,0 |
| Sim | | | 4 | 1,4 | 4 | 1,0 |
| Etilista | | | | | | |
| Não | 129 | 96,3 | 277 | 97,9 | 406 | 97,4 |
| Sim | 5 | 3,7 | 6 | 2,1 | 11 | 2,6 |
| Menopausa | | | | | | |
| Não | | | 253 | 89,4 | 387 | 92,8 |
| Sim | | | 30 | 10,6 | 30 | 7,2 |
| Uso de CH | | | | | | |
| Não | | | 265 | 93,6 | 399 | 95,7 |
| Sim | | | 18 | 6,4 | 18 | 4,3 |
| Segue dieta nutricional | | | | | | |
| Sim | 72 | 53,7 | 164 | 58 | 236 | 56,6 |
| Não | 17 | 12,7 | 32 | 11,3 | 49 | 11,8 |
| Às vezes | 45 | 33,6 | 87 | 30,7 | 132 | 3,7 |

Prática de atividade física

| | | | | | | |
|----------|----|------|-----|------|-----|------|
| Sim | 41 | 30,6 | 84 | 29,7 | 125 | 30,0 |
| Não | 57 | 42,5 | 143 | 50,5 | 200 | 47,9 |
| Às vezes | 36 | 26,9 | 56 | 19,3 | 92 | 22,1 |

Adesão à medicação

| | | | | | | |
|----------|-----|------|-----|------|-----|------|
| Sim | 108 | 80,6 | 216 | 76,3 | 324 | 77,7 |
| Não | 6 | 4,5 | 20 | 7,1 | 26 | 6,2 |
| Às vezes | 20 | 14,9 | 47 | 16,6 | 67 | 16,1 |

Efeito colateral da medicação

| | | | | | | |
|----------|-----|------|-----|------|-----|------|
| Não | 103 | 76,9 | 200 | 70,6 | 303 | 72,7 |
| Sim | 14 | 10,4 | 48 | 17,0 | 62 | 14,9 |
| Às vezes | 17 | 12,7 | 35 | 12,4 | 52 | 12,5 |

CH: Contraceptivo Hormonal; HA: Hipertensão Arterial; IAM: Infarto Agudo do Miocárdio; AVC: Acidente Vascular Encefálico.

Quanto às doenças cardiovasculares, o sexo masculino possui uma porcentagem maior de sujeitos que sofreram acidente vascular encefálico (2,2%) e infarto agudo do miocárdio (11,2%). Mas a mulheres deste estudo possuem propensão maior a ter outras coronariopatias (4,2%). Reitera-se que uma pequena porcentagem das mulheres referiu estar no ciclo da menopausa (10,6%) e que utiliza contraceptivo hormonal (6,4%).

A maioria (56,6%) dos sujeitos, de modo geral, relataram que seguem dieta nutricional recomendada por profissionais de saúde e grande parte se consideram sedentários (47,9%). Uma minoria referiu que não aderem (6,2%) ao tratamento medicamentoso diariamente e que sentem efeitos colaterais (14,6%) da medicação (Tab. 4).

5.2 ESTUDO 1

SATISFAÇÃO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL ACERCA DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ESTUDO TRANSVERSAL**SATISFACTION OF PEOPLE WITH HYPERTENSION ON THE ATTRIBUTES OF PRIMARY HEALTH CARE: CROSS-SECTIONAL STUDY****SATISFACCIÓN DE LAS PERSONAS CON PRESIÓN ARTERIAL ALTA ACERCA DE LOS ATRIBUTOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: ESTUDIO TRANSVERSAL****RESUMO**

Objetivo: avaliar a satisfação dos usuários com hipertensão arterial acerca dos atributos da Atenção Primária à Saúde e associa-los ao controle pressórico. **Método:** estudo analítico, de corte transversal, realizado junto a 417 pessoas com hipertensão arterial. Os dados foram coletados por meio de um instrumento validado no Brasil, adaptado para a avaliação da Atenção Primária. Para tratamento das variáveis, foi realizado teste de variância e regressão logística. **Resultado:** a maioria dos participantes do estudo era do sexo feminino (67,9%), com idade superior a 59 anos (62,3%) e com ensino fundamental (61,1%). Mais da metade apresentou controle pressórico adequado (53,7%). A dimensão acesso ($3,92 \pm 0,89$) foi a melhor avaliada, classificada como satisfatória por mais da metade dos entrevistados. A orientação à comunidade ($3,37 \pm 1,34$) foi o domínio com pior avaliação. Pessoas com pressão arterial não controlada possuem mais chances de avaliar a coordenação (OD: 1,68) e elenco de serviços (OD: 1,84) como regular e insatisfatório, respectivamente. **Conclusão:** na perspectiva dos usuários com hipertensão arterial, os atributos elenco de serviços e coordenação necessitam ser melhorados.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Avaliação dos Serviços de Saúde; Enfermagem Estratégia de Saúde da Família; Hipertensão Arterial.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the satisfaction of users with arterial hypertension about the attributes of Primary Health Care and associate them with blood pressure control. **Method:** cross-sectional, analytical study performed with 417 people with arterial hypertension. The data were collected through a validated instrument in Brazil, adapted for the evaluation of Primary Care. For the treatment of variables, a variance and logistic regression test was performed. **Results:** the majority of the study participants were female (67.9%), over 59 years old (62.3%) and with elementary school (61.1%). More than half had adequate blood

pressure control (53.7%). The access dimension (3.92 ± 0.89) was the best evaluated, classified as satisfactory by more than half of the respondents. Community orientation (3.37 ± 1.34) was the domain with the worst evaluation. People with uncontrolled blood pressure are more likely to assess coordination (OD: 1.68) and service (OD: 1.84) as both regular and unsatisfactory, respectively. **Conclusion:** From the perspective of users with arterial hypertension, the attributes of services and coordination need to be improved.

Descriptors: Primary Health Care; Health Services Evaluation; Arterial hypertension; Health Strategy for the Family; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la satisfacción del usuario con la hipertensión sobre los atributos de la atención primaria de salud y los asocia con el control de la presión arterial. **Método:** estudio transversal realizado con 417 individuos con hipertensión. Los datos se recogieron a través de un instrumento validado en Brasil, adaptado para la evaluación de Primaria. Para el tratamiento de las variables se realizó la prueba de varianza y regresión logística. **Resultados:** La mayoría de los participantes en el estudio eran mujeres (67,9%), mayores de 59 años (62,3%) y la educación primaria (61,1%). Más de la mitad tenía control de la presión de sangre adecuado (53,7%). El acceso tamaño ($3,92 \pm 0,89$) se evaluó adicionalmente clasificado como satisfactorio para más de la mitad de los encuestados. La orientación comunitaria ($3,37 \pm 1,34$) fue el peor de dominio evaluación. Las personas con presión arterial no controlada tienen más posibilidades de evaluar la coordinación (OD: 1,68) y servicios emitidos (OD: 1,84) como razonables e insatisfactorios, respectivamente. **Conclusión:** la perspectiva de los usuarios con la presión arterial alta, la lista de atributos de los servicios y la coordinación necesita ser mejorado.

Descriptoros: Atención primaria de salud; Evaluación de Servicios de Salud; Hipertensión arterial; Estrategia de Salud para la Familia; Enfermería.

INTRODUÇÃO

Atualmente, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são consideradas a primeira causa de mortalidade, responsáveis por 38 milhões de mortes em todo o mundo. No Brasil, a prevalência é de 72,4% de óbitos atribuídos às DCNT, sendo as Doenças Cardiovasculares (DCV) responsáveis por aproximadamente 30% dos óbitos da população adulta (MALTA et al., 2016). É considerado um preocupante problema de saúde pública, que acarreta as maiores despesas com o Sistema Único de Saúde (SUS) para tratamento de morbidades (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2015).

Dentre as doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial (HA), que quando associadas aos hábitos de vida e a características peculiares como a idade, sexo e ao

histórico familiar, propiciam o maior risco para complicações das DCV (RADOVANOVIC et al., 2014). A Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para as Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico no ano de 2014 aponta que 24,8% da população brasileira autorreferem-se portadores de HA, um aumento de 0,7% em relação ao ano de 2013 em que a prevalência era de 24,1% (BRASIL, 2015).

Há de salientar, que o desenvolvimento da HA é de natureza multifatorial e o tratamento inadequado pode levar ao agravamento e complicações da doença. Em busca de garantir o diagnóstico e tratamento, foi lançado em 2001, pelo Ministério da Saúde (MS), o Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial, com principal objetivo de promover o acompanhamento de pessoas com hipertensão, bem como, garantir o vínculo entre os profissionais de saúde com as pessoas diagnosticadas com a doença, ofertando atendimento de qualidade, com maior controle dos casos, suprimindo as necessidades de saúde destes indivíduos (BRASIL, 2001; MALTA et al., 2016).

Porém, observa-se ainda uma prática assistencial fragmentada, focada na distribuição medicamentosa, apresentando graves falhas no acompanhamento e controle da doença. Neste sentido, a avaliação da qualidade da assistência à saúde prestada, principalmente por meio da satisfação da assistência proferida pelos usuários é um indicador importante para o manejo das ações em saúde (SILVA et al., 2013).

Uma vez que os serviços realizados pela Atenção Primária a Saúde (APS), compreendem-se a um conjunto de elementos estruturais que necessitam ser avaliados, possibilitando a identificação de fatores problemáticos nas práticas e manejo das ações diárias em saúde. Essa observação crítica e reflexiva sobre os serviços de saúde pode potencializar a implementação de novas ações de reorientação das práticas utilizadas, que promovam a melhora da qualidade dos serviços, controle da doença e qualidade de vida de acordo com seus resultados (MELO et al., 2015).

Com objetivo de compreender o impacto das ações assistenciais desenvolvidas, a avaliação em saúde tem se tornado crescente no Brasil, com incentivos do MS em promover estudos nessa perspectiva analítica. Sendo assim, torna-se necessário o conhecimento sobre a fragmentação do SUS, a qual gera uma transmissão ineficaz de informações, uma assistência não resolutiva, gerando alto custo e resultados desfavoráveis

na qualidade de vida da população (LIMA et al., 2015). O objetivo desse estudo foi avaliar a satisfação dos usuários com hipertensão arterial acerca dos atributos da Atenção Primária a Saúde e associá-los ao controle pressórico.

METODO

Trata-se de um estudo transversal-descritivo, realizado junto a pessoas com hipertensão arterial, cadastrados e acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) e residentes no noroeste do estado do Paraná. O município em estudo conta com uma população estimada em 403.063 pessoas (IPARDES, 2016), sendo 29.035 cadastradas no programa HIPERDIA, até o ano de 2014, com acompanhamento ativo. O município possuía, no ano da pesquisa, 34 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 74 equipes de ESF em funcionamento.

Foi definido como critério de inclusão, ter idade igual ou superior a 18 anos e residir na área urbana do município e ter sido atendido nas UBS nos últimos seis meses. Atendendo aos critérios de inclusão, foram considerados elegíveis 27.741 indivíduos. Para o cálculo amostral, utilizou-se o processo de amostragem aleatória simples, estimou-se o erro de 5% e 95% de intervalo de confiança e prevalência de 50% de pessoas com acompanhamento ativo e acrescido de mais 15% para possíveis perdas. A amostra do estudo resultou em 437 pessoas. Considerando as perdas e as recusas, a amostra final do estudo foram 417 indivíduos.

Após o cálculo amostral, foi realizada a amostra estratificada com distribuição proporcional ao número de usuários com HA cadastrados em cada UBS incluídos na pesquisa. A partir da lista disponibilizada pela Secretaria Municipal de Saúde, com nome e código do cadastro no sistema interno da rede, foi realizado sorteio eletrônico conforme o número de atendidos em cada unidade.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de fevereiro a junho de 2016, durante o horário de funcionamento das unidades, de acordo com o cronograma das reuniões de HIPERDIA. Todas as entrevistas foram individuais e realizadas em ambientes livre de interferência. As pessoas que foram selecionadas e não atendiam aos critérios de inclusão ou se recusavam a participar do estudo, automaticamente a próxima pessoa da lista era convidada a participar do estudo.

Para avaliar a satisfação do usuário com hipertensão acerca dos serviços prestados pela Atenção Primária, foi utilizado um instrumento adaptado por Paes (2014). Esse instrumento contempla questões referentes à identificação, perfil sociodemográfico, dados antropométricos, valores pressóricos, presença de doenças concomitantes e associadas a complicações referentes à hipertensão arterial e os atributos referentes à APS, com sete domínios. Os domínios foram divididos em acesso ao diagnóstico (sete questões), acessibilidade ao tratamento (17 questões), adesão/vínculo (12 questões), elenco de serviços (13 questões), coordenação (sete questões), enfoque na família (três questões) e orientação a comunidade (três questões) (PAES et al., 2014).

Cada dimensão foi composta de perguntas com respostas correspondentes a uma escala de possibilidades pré-estabelecidas (Escala de Likert), atribuindo-se valores entre um e cinco, respectivamente, para as respostas “nunca”, “quase nunca”, “às vezes”, “quase sempre” e “sempre”, além das opções “não se aplica” e “não sabe/ não respondeu” para viabilizar todas as possibilidades de resposta (PAES et al., 2014).

A classe econômica, utilizada para estimar o poder de compra das pessoas e famílias, foi agrupada em três classes: AB, C e DE (ABEP, 2015). A pressão arterial foi aferida pelos profissionais de saúde durante a reunião do HIPERDIA e categorizados em “Controle Pressórico inadequado”, quando a pressão arterial sistólica (PAS) foi \geq a 140 mmHg e diastólica (PAD) foi \geq a 90mmHg, de acordo com VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Os dados foram registrados em uma planilha eletrônica Microsoft Excel 2010; a digitação foi feita duplamente para posterior correção das inconsistências e o processamento das análises estatísticas foi realizado por meio do software IBM SPSS Statistic, versão 19.0 para Windows.

Utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis para análise de variância e para a obtenção da média dos escores dos domínios. Tal teste determinou também o índice de confiança a 95% e o desvio padrão. Para classificar a avaliação realizada, foi utilizado pontes de corte de acordo com as possibilidades de nota, considerando a média resultante da análise de variância, dividindo em satisfatório (≥ 4), regular (< 4 e ≥ 3) e insatisfatório (< 3) (MELO et al., 2015).

Para a associação, foi realizada regressão logística bruta e ajustada, sendo utilizadas as variáveis referentes à classificação dos atributos, determinada a partir da média da avaliação e dos valores da pressão arterial e utilizado o método Forward, em que se mantiveram no modelo apenas as variáveis que resultaram o valor de $p < 0,20$ na análise bruta. A magnitude das associações foi estimada pelo cálculo de *Odds Ratio* (OR), adotando o intervalo de confiança de 95% como medida de precisão, considerando o valor de $p < 0,05$ entre os testes realizados.

O estudo foi desenvolvido em consonância com as diretrizes da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (COPEP), sendo aprovado conforme parecer de número 1.407.687/2016. Todos os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias.

RESULTADOS

A maioria dos entrevistados era do sexo feminino (67,9%), idosos (62,3%), com baixa escolaridade (61,1%), da cor branca (62,3%), aposentados/pensionistas (55,2%) e classificados na classe econômica C (43,9%). Quanto ao controle pressórico, 53,7% mantinham a pressão arterial controlada (Tab. 1).

Tabela 1: Perfil sociodemográfico de pessoas com hipertensão arterial, usuários da Atenção Primária à Saúde. Maringá, Paraná, Brasil, 2016.

| | N | % |
|---------------------|-----|------|
| Idade | | |
| 20 – 29 | 15 | 3,6 |
| 30 - 39 | 25 | 6,0 |
| 40 – 49 | 37 | 8,9 |
| 50 – 59 | 80 | 19,2 |
| 60 – 69 | 127 | 30,4 |
| ≥ 70 | 133 | 31,9 |
| Sexo | | |
| Masculino | 134 | 32,1 |
| Feminino | 283 | 67,9 |
| Escolaridade | | |
| Sem Escolaridade | 32 | 7,7 |
| Ensino Fundamental | 255 | 61,1 |
| Ensino Médio | 107 | 25,7 |
| Ensino Superior | 23 | 5,5 |
| Raça/Cor | | |

| | | |
|-------------------------------------|-----|------|
| Branco | 260 | 62,3 |
| Preto | 65 | 15,6 |
| Pardo | 92 | 22,1 |
| Classificação Socioeconômica | | |
| AB | 148 | 35,5 |
| C | 183 | 43,9 |
| DE | 86 | 20,6 |
| Ocupação Atual | | |
| Empregado | 96 | 23,0 |
| Desempregado | 91 | 21,8 |
| Aposentado/Pensionista | 230 | 55,2 |
| Controle Pressórico | | |
| Adequado | 224 | 53,7 |
| Inadequado | 193 | 46,3 |

A partir da Tabela 2 observa-se que a dimensão orientação à comunidade foi a que obteve a menor média ($3,37 \pm 1,34$) e a dimensão acesso ($3,92 \pm 0,89$) apresentou a melhor avaliação, seguida pela acessibilidade ($3,91 \pm 0,64$).

Tabela 2: Distribuição da média do escore, desvio padrão e intervalo de confiança atribuído às dimensões da Atenção Primária à Saúde, pelos usuários com hipertensão arterial. Maringá, Paraná, Brasil, 2016.

| Dimensões | Média | Desvio Padrão | Intervalo de Confiança 95% | |
|-------------------------|-------|---------------|----------------------------|--------|
| | | | Mínimo | Máximo |
| Acesso | 3,92 | 0,89 | 3,83 | 4,00 |
| Acessibilidade | 3,91 | 0,64 | 3,85 | 3,98 |
| Adesão/Vínculo | 3,78 | 0,84 | 3,70 | 3,86 |
| Elenco de Serviços | 3,70 | 0,81 | 3,62 | 3,78 |
| Coordenação | 3,81 | 1,04 | 3,71 | 3,91 |
| Enfoque na Família | 3,57 | 1,40 | 3,44 | 3,71 |
| Orientação a Comunidade | 3,37 | 1,34 | 3,24 | 3,40 |

Quanto à avaliação da satisfação dos serviços que foram prestados pela APS, o domínio acesso (58%) obteve o maior percentual, com avaliação satisfatória, enquanto o domínio elenco de serviços apresentou uma porcentagem maior de pessoas que avaliaram os serviços como regular (42%), e o domínio orientação à comunidade apresentou avaliação insatisfatória (33,1%) (Tab. 3).

Tabela 3: Associação entre a pressão arterial controlada e resultado da avaliação dos atribuído das dimensões da Atenção Primária à Saúde, pelos usuários com hipertensão arterial. Maringá, Paraná, Brasil, 2016.

| Atributos | Total | | PA Controlada | | Análise Bruta | | | Análise Ajustada | | |
|---------------------------|-------|------|---------------|-----|---------------|-------------|----------|------------------|-------------|--------------------|
| | N | % | Sim | Não | OR | IC95% | <i>p</i> | OR | IC95% | <i>p</i> |
| Acesso | | | | | | | | | | |
| Satisfeito | 242 | 58,0 | 138 | 104 | 1 | | | | | |
| Regular | 118 | 28,3 | 62 | 56 | 1,19 | 0,77 - 1,86 | 0,422 | | | |
| Insatisfeito | 57 | 13,7 | 24 | 33 | 1,82 | 1,01 - 3,27 | 0,044* | | | |
| Acessibilidade | | | | | | | | | | |
| Satisfeito | 215 | 51,6 | 123 | 92 | 1 | | | | | |
| Regular | 173 | 41,5 | 89 | 84 | 1,26 | 0,84 - 1,88 | 0,257 | | | |
| Insatisfeito | 29 | 6,9 | 12 | 17 | 1,89 | 0,86 - 4,16 | 0,112* | | | |
| Adesão/Vínculo | | | | | | | | | | |
| Satisfeito | 204 | 48,9 | 111 | 93 | 1 | | | | | |
| Regular | 163 | 39,1 | 87 | 76 | 1,10 | 0,59 - 2,04 | 0,759 | | | |
| Insatisfeito | 50 | 12,0 | 26 | 24 | 1,04 | 0,69–1,84 | 0,843 | | | |
| Elenco de Serviços | | | | | | | | | | |
| Satisfeito | 169 | 40,5 | 106 | 63 | 1 | | | 1 | | |
| Regular | 181 | 42,0 | 83 | 98 | 1,86 | 1,21 - 2,86 | 0,005 | 1,78 | 1,14 - 2,79 | 0,011 [†] |
| Insatisfeito | 73 | 17,5 | 35 | 38 | 1,82 | 1,04 - 3,18 | 0,033* | 1,84 | 1,02 - 3,32 | 0,041 |
| Coordenação | | | | | | | | | | |
| Satisfeito | 241 | 57,8 | 143 | 98 | 1 | | | 1 | | |
| Regular | 91 | 21,8 | 38 | 53 | 2,03 | 1,24 - 3,32 | 0,004* | 1,68 | 1,01 - 2,79 | 0,044 |
| Insatisfeito | 85 | 20,4 | 43 | 42 | 1,42 | 0,86 - 2,34 | 0,162 | 1,24 | 0,73 - 2,09 | 0,415 |
| Enfoque na Família | | | | | | | | | | |
| Satisfeito | 234 | 56,1 | 124 | 110 | 1 | | | | | |
| Regular | 56 | 13,4 | 28 | 28 | 1,12 | 0,62 - 2,02 | 0,687 | | | |
| Insatisfeito | 127 | 30,5 | 72 | 55 | 0,86 | 0,55 - 1,33 | 0,500 | | | |
| Orientação a | | | | | | | | | | |

Comunidade

| | | | | | | | |
|--------------|-----|------|-----|----|------|-------------|-------|
| Satisfeito | 195 | 46,8 | 108 | 87 | 1 | | |
| Regular | 92 | 22,1 | 48 | 44 | 1,13 | 0,69 - 1,87 | 0,610 |
| Insatisfeito | 130 | 31,1 | 68 | 62 | 1,13 | 0,72 - 1,76 | 0,586 |

OD: *Odds Ratio*; IC95%: Índice de Confiança; *: Inclusas no modelo de regressão logística ajustado; †Ajustado com a variável ocupação.

Quanto à associação entre o controle da pressão arterial e o resultado da avaliação dos atributos da APS, domínio elenco de serviços resultou que as pessoas com controle pressórico inadequado possuem 1,78 vezes mais chances de avaliar o serviço como regular e 1,84 vezes mais chances de avaliar como insatisfatório. Para o domínio coordenação, pessoas com controle pressórico inadequado possuem 1,68 vezes mais chances de avaliar o serviço como regular (Tab. 3).

DISCUSSÃO

Avaliar a satisfação de pessoas com os serviços prestados pela APS é um fator determinante para a eficácia das ações, principalmente no que tange ao seu principal objetivo que é a promoção e prevenção de agravos. Observa-se que o modelo atual vigente ainda possui muitas características do modelo biomédico hegemônico, caracterizado pelas ações fragmentadas, focadas nos sinais e sintomas da manifestação da doença, sem considerar as dimensões envolvidas no processo saúde-doenças (LIMA et al., 2015).

Cerca de 58% dos entrevistados avaliaram os serviços relacionados ao acesso como satisfatório, reforçando a ESF como porta prioritária na busca de diagnóstico da morbidade. Este resultado assemelha-se a estudo realizado em Montes Claros (SILVA et al., 2014). Em contrapartida, os resultados da análise de regressão logística indicam que as pessoas com controle pressórico inadequado possuem mais chances de avaliar os serviços característicos ao acesso como insatisfatório. Na literatura, há poucos estudos realizados com a mesma população específica que possibilite a correlação dos resultados.

Em estudo realizado em Curitiba (SILVA et al., 2015), os participantes descreveram que a busca pelo diagnóstico da doença é um processo difícil e que a necessidade de mudança no estilo de vida permeia dificuldades adaptativas. Na ESF é possível encontrar auxílio para a adaptação à condição de sobrevivência e enfrentamento, por meio de orientações, acompanhamento e tratamento da morbidade. Neste sentido, é possível inferir que das pessoas com controle pressórico inadequado e que avaliam os serviços relacionados ao acesso como insatisfatório, o suporte profissional e atendimento prestado, demonstrando que o serviço não garantiu a resolução dos problemas de saúde existentes.

Apesar de análogos, acesso e acessibilidades possuem conceitos diferentes no que diz respeito à APS. A acessibilidade foi avaliada como satisfatória, corroborando com estudo realizado junto a pessoas com HA, no nordeste do país (MELO et al., 2015) e em

estudo realizado com mulheres no estado do Espírito Santo (LIMA et al., 2015). A dimensão citada aborda vários aspectos relacionados à oferta de serviços pela ESF, constituindo o acolhimento, a espera pela consulta, a necessidade de utilização de transporte automotivo e o gasto financeiro com o mesmo para a locomoção até a unidade, caracterizado como acessibilidade geográfica, econômica e organizacional.

Não houve associação entre a resposta das pessoas com controle pressórico inadequado e a avaliação da acessibilidade. No que tange ao acolhimento, importante elemento que pode garantir a resolutividade dos problemas de saúde, fortalece a evolução do tratamento.

Além disso, a avaliação positiva da acessibilidade ao tratamento confirma as estratégias do Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil, em garantir o acompanhamento, com ações preventivas em saúde, distribuição de medicamentos para o tratamento e controle pressórico, garantindo a redução da morbimortalidade das doenças cardiovasculares e também reduzindo os gastos com atendimento de urgência e emergência. Grandes custos do SUS são provenientes do agravamento da cronicidade da hipertensão arterial, condições consideradas sensíveis à APS, pois estão relacionados principalmente a não adesão ao tratamento medicamentoso por falta de um acompanhamento/controlado efetivo (BRASIL, 2001; MELO et al.; SILVA et al., 2015).

Não houve associação significativa entre o domínio adesão/vínculo e o controle pressórico inadequado, apresentados nos resultados encontrados na regressão logística, diferente do resultado encontrado em outro estudo (SILVA et al., 2013), realizado com indivíduos com características clínicas semelhantes. A avaliação positiva desse atributo denota a longitudinalidade da assistência prestada pelos profissionais.

A consulta atenta realizada pelo mesmo profissional pode possibilitar a formação de vínculo o que promove uma melhor compreensão das orientações, favorecendo também a continuidade do tratamento. O fato dos usuários do sistema de saúde se sentirem mais a vontade para expor suas dúvidas, facilita para o profissional avaliar os problemas relacionados ao tratamento inadequado da morbidade, como também orientá-los (BRASIL, 2012; 2014).

Além disso, a criação do vínculo fortalece a avaliação da capacidade de autocuidado e da severidade da condição crônica, o que poderá contribuir nas ações em saúde de forma diferenciada, com implementações de planos de cuidado de acordo com a

necessidade individual, principalmente quando considerado os sintomas tensionais da HAS. Tais planos podem ser seguidos ou orientados pelas Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica, realizando monitoramento e avaliação dos resultados, sendo o enfermeiro, o profissional capacitado para realizar intervenções clínicas efetivas que reforçam a qualidade do tratamento, garantindo o cumprimento das práticas estipuladas pelo Plano Nacional da Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012; 2014).

O domínio elenco de serviços apresentou maior avaliação regular e insatisfatória, e que na regressão logística, os resultados indicam que as pessoas com controle pressórico inadequado possuem mais chances de avaliar o serviço como insuficiente para suprir suas necessidades em saúde.

Em estudo realizado no interior do estado do Paraná (BARRETO et al., 2016), os pesquisadores afirmam que a não adesão à terapia medicamentosa está associado a não assiduidade dessas pessoas as consultas/reuniões do HIPERDIA, justificando que o comparecimento destes é essencial para reduzir os sintomas tensionais, atribuídos à inadequação do tratamento e da evolução crônica da morbidade.

Neste sentido, é preocupante identificar que a educação em saúde, com orientações sobre HA, apresentou avaliação negativa e que a resolubilidade das ações não tem logrado êxito, exigindo dos profissionais o aprimoramento das ofertas de ações e manejo clínico da morbidade uma vez que, apenas a medicação para controle pressórico não é suficiente para garantir a eficiência do tratamento (HUSSAIN et al., 2016).

A educação em saúde, método essencial para a realização de práticas de autocuidado, raramente eram realizadas pelos profissionais ou por integrantes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). A falta de orientação e de informações sobre a hipertensão arterial, medicamentos e seus efeitos adversos, geram dúvidas e possivelmente não adesão à terapêutica prescrita (BARRETO et al., 2016).

A avaliação regular da coordenação apresentou associação significativa quando relacionado à pacientes com controle pressórico inadequado. Este resultado assemelha-se a estudo realizado no Espírito Santo (LIMA et al., 2015) e com dados encontrados em estudo realizado em Minas Gerais (SILVA et al., 2014). Entre as questões avaliativas do domínio, estava a comunicação entre os profissionais das UBS e as especialidades, que não dialogam entre si, para *feedback* preciso sob a conduta terapêutica desses pacientes (BRASIL, 2012).

Em estudo (MACEDO et al., 2014) qualitativo realizado com profissionais de saúde da APS, os entrevistados relataram que a falta de integralidade das ações realizadas nas unidades acabam interferindo na eficácia das intervenções clínicas que são realizadas. Nesse aspecto, a dificuldade de comunicação entre os profissionais afeta o acompanhamento de pacientes dentro da rede de serviços em saúde do município, gerando insatisfação em relação às intervenções ofertadas.

Conforme a PNAB, a atenção básica necessita ser a base estruturante do cuidado nas demais redes de atenção à saúde, com profissionais de formação diversificada, promovendo uma gestão compartilhada do manejo das ações que são realizadas. Nesse mesmo aspecto, a política propõe o NASF como medida para ampliar as ações, como também, garantir a resolubilidade das intervenções, não trabalhando de forma isolada, mas sim compartilhada, com acompanhamento longitudinal de casos específicos, que potencialize e fortaleça a coordenação do cuidado da atenção básica (BRASIL, 2012).

Não obstante, a variedade de profissionais participando do cuidado ao usuário com hipertensão pode atribuir redução nos sintomas tensionais da morbidade, melhorando a qualidade de vida da população e prevenção de agravos, com incentivo a adesão a práticas de exercícios físicos, orientações, educação em saúde, avaliação clínica e psicossocial, prevenção ao uso de álcool e tabaco e uma dieta nutricional restrita a condição de saúde de cada indivíduo, conforme também preconiza o Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus* no Brasil (BRASIL, 2001; 2012; LIMA et al., 2015). Considerando ainda, a prática de educação permanente desses profissionais, para que programas de prevenção e controle de agravos sejam adequados, evitando custos desnecessários ao sistema de saúde (ARAÚJO et al., 2014).

O enfoque familiar apresentou média satisfatória em mais da metade dos entrevistados, corroborando com estudo realizado com idosos, no Rio Grande do Norte (ARAÚJO et al., 2014). A integração dos profissionais de saúde com as famílias possibilita o reconhecimento das necessidades em saúde desses indivíduos, promovendo boas práticas de auto cuidado e garantia de adesão ao tratamento, uma vez que, o apoio familiar é o principal facilitador para a continuidade terapêutica, cabendo ainda aos profissionais desempenhar ações de educação em saúde, não apenas para as pessoas acometidas pela hipertensão arterial, como também a seus familiares (BARRETO et al., 2014).

O estudo também possibilitou identificar que a orientação comunitária foi avaliada de forma insatisfatória e que por mais que não houvesse associação com o inadequado

controle pressórico, é um resultado desanimador quando consideramos as características da APS em oferecer subsídios assistências a sua comunidade, minimizando os fatores de risco existentes na área de abrangência da equipe.

Neste aspecto, o conhecimento da comunidade e dos potenciais agravos, também é uma medida que pode nortear as ações de saúde de forma mais precisa. A orientação à comunidade obteve média regular e insatisfatória em mais da metade da população, porém, não foi encontrado associação com controle pressórico inadequado dos indivíduos. Estudo (LIMA et al., 2015)⁽⁹⁾ realizado em Serra, no Espírito Santo, obteve resultado semelhante e fortalecem a necessidade de que a capacitação profissional seja realizada para que a relação entre as equipes e a comunidade seja integrada, considerando que esta relação é uma característica peculiar da equipe, que precisa ser praticada (BRASIL, 2012).

Por fim, salienta-se que a limitação do estudo, está na aplicação do instrumento à população, que necessitou ser explicado continuamente aos indivíduos, devido a sua abordagem quanto às questões e que precisam ser revistos para que não influenciem nas respostas dos depoentes. Rever norma da revista. Alguns periódicos as limitações ficam no final da discussão

CONCLUSÃO

A avaliação dos serviços de saúde na perspectiva de pessoas com hipertensão arterial permitiu identificar que a ESF apresentam pontos satisfatórios na maioria dos domínios referentes à estrutura da APS, havendo insatisfação quanto ao elenco de serviços e coordenação, que é relacionado à organização do processo de trabalho dos profissionais que atuam na assistência a essas pessoas.

Salienta-se, que apesar de muitos usuários avaliarem satisfatoriamente os serviços, há necessidade de atenção aqueles com dificuldade de manter o controle dos valores pressórico adequado, uma vez que a assistência pode ser oferecida de forma coletiva, mas também individual, garantindo a equidade do serviço. Por conseguinte, faz-se necessário que a capacidade de coordenação do cuidado seja repensada, reorganizada e que minimizem as barreiras de acesso as demais redes de atenção, com diagnóstico oportuno e tratamento eficaz para aqueles que necessitam de especialidades.

Com base no exposto, os pesquisadores sugerem que novos estudos sejam realizados, principalmente com os profissionais das UBS, para identificar a carga de

trabalho depositada neles, auxiliando na organização e no encontro de soluções para minimizar queixas quanto aos serviços que estes prestam a comunidade, possibilitando ainda o encontro de informações e a construção de novas ideias que favoreça a qualidade da assistência.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, L. U. A.; et al. Evaluation of the quality of primary health care from the perspective of the elderly. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, no. 8, p. 3521-32, 2014.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISAS (ABEP). **Critério de Classificação Econômica Brasil**. São Paulo, 2015.
- BARRETO, M. S.; et al. Participação familiar no tratamento da hipertensão arterial na perspectiva do doente. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 38-46, 2014.
- BARRETO, M. S.; et al. Factors associated with inadequate blood pressure control in patients of primary care. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, no. 1, p. 114-120, 2016.
- BARRETO, M. S; et al. Conhecimento sobre hipertensão arterial e fatores associados a não adesão à farmacoterapia. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 3, p. 484-90, 2014.
- BRASIL. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil**. Brasília, DF: 2001.
- HUSSAIN, M. A.; et al. Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension in Indonesian Adults Aged ≥ 40 Years: Findings from the Indonesia Family Life Survey (IFLS). **PLoS ONE**, California, v. 11, n. 8, p. 1-16, 2016.
- INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (IPARDES). **Caderno Estatístico do Município de Maringá**. Curitiba, 2016b. 43p.
- LIMA, E. F. A.; et al. Avaliação dos atributos da atenção primária na perspectiva das usuárias que vivenciam o cuidado. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 3, p. 553-9, 2015.

MACEDO, L. M.; et al. Interdependence between the levels of care in Brazilian Health System (SUS): meanings of integrality reported by primary care workers. **Interface**, Botucatu, v. 18, no. 51, p. 647-59, 2014.

MALTA, D. C.; et al. Tendência temporal dos indicadores de excesso de peso em adultos nas capitais brasileiras, 2006-2013. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1061-1069, 2016.

MELO, E. C. A.; et al. Acessibilidade dos usuários com hipertensão arterial sistêmica na estratégia saúde da família. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 124-131, 2015.

PAES, N. A.; et al. Satisfação dos usuários hipertensos com os serviços da rede de atenção primária no Brasil: um estudo de validação. **Rev Panam de Salud Publica**, Washington, DC, v. 36, n. 2, p. 87-93, 2014.

RADOVANOVIC, C. A. T.; et al. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 547-53, 2014.

REIS, A. F. N.; et al. Fatores de risco e complicações em usuários cadastrados no HIPERDIA de São José do Rio Preto. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 15, n. 1, p.118-124, 2014.

SILVA, C. S. O.; et al. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n. 11, p. 4407-4415, 2014.

SILVA, C. S.; et al. Controle pressórico e adesão/vínculo em hipertensos usuários da Atenção Primária à Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 584-90, 2013.

SILVA, J. V. M.; et al. Hypertension and Diabetes Mellitus Program evaluation on user's view. **Rev Bras Enferm**, Brasília, DF, v. 68, no. 4, p. 626-32, 2015.

SILVA, S. A.; et al. The Family Health Strategy assessment: perspective of users in Minas Gerais, Brazil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, no. 103, p. 692-705, Out-Dez 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. v. 107, n. 3, 2016. Supl. 3.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Diretriz de telecardiologia no cuidado de pacientes com síndrome coronariana aguda e outras doenças cardíacas**. v. 104, n. 5, 2015. Supl. 1.

5.3 ESTUDO 2

**ACESSIBILIDADE AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ESTUDO TRANSVERSAL****ACCESSIBILITY TO THE TREATMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION IN
THE FAMILY HEALTH STRATEGY: CROSS-SECTIONAL STUDY****ACCESIBILIDAD AL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN EN LA
ESTRATEGIA SANITARIA FAMILIA: ESTUDIO TRANSVERSAL****RESUMO**

Objetivo: analisar a satisfação de pessoas com hipertensão arterial acerca da acessibilidade ao tratamento na Estratégia Saúde da Família. **Método:** pesquisa analítica, de corte transversal, realizado junto a 417 pessoas com hipertensão arterial, residentes em um município localizado no noroeste do estado do Paraná, Brasil. A coleta de dados foi realizada entre os meses de fevereiro a junho de 2016, utilizando-se um instrumento adaptado para avaliação da satisfação de pessoas com hipertensão arterial com a Atenção Primária à Saúde. Empregou-se análise de variância e modelo de regressão logística para tratamento das variáveis. **Resultados:** evidenciou-se que a acessibilidade econômica foi o melhor indicador avaliado. A avaliação regular dos serviços característicos da acessibilidade geográfica e organizacional está significativamente associada ao acompanhamento inadequado desses usuários na Estratégia de Saúde da Família. **Conclusão:** os serviços ofertados a pessoas com hipertensão arterial apresentam barreiras de aspectos geográficos e organizacionais, necessitando revisão da organização do processo de trabalho das equipes.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Avaliação dos Serviços de Saúde; Enfermagem; Estratégia de Saúde da Família; Hipertensão Arterial.

ABSTRACT

Objective: to analyze the satisfaction of people with hypertension about the accessibility to treatment in the Family Health Strategy. **Method:** cross-sectional study, performed with 417 people with arterial hypertension, living in a municipality located in the northwestern part of the state of Paraná, Brazil. Data collection was performed between February and June 2016, using an instrument adapted to assess the satisfaction of people with arterial hypertension with Primary Health Care. A variance analysis and logistic regression model Treatment of variables. **Results:** it was evidenced that the economic accessibility was the best indicator evaluated. The regular evaluation of the services characteristic of the geographical and organizational accessibility is significantly associated to the inadequate

monitoring of these users in the Family Health Strategy. **Conclusion:** the services offered to people with hypertension present barriers of geographic and organizational aspects, necessitating a review of the organization of the work process of the teams.

Descriptors: Primary Health Care; Health Services Evaluation; Nursing; Health Strategy for the Family; Arterial hypertension.

RESUMEN

Objetivo: analizar la satisfacción de las personas con presión arterial alta sobre la accesibilidad al tratamiento en la Estrategia Salud de la Familia. **Método:** estudio analítico, enfoque transversal, realizado entre 417 personas con hipertensión, que viven en un municipio situado en el noroeste del Estado de Paraná, Brasil. La recolección de datos se llevó a cabo entre febrero y junio de 2016, utilizando una herramienta apropiada para evaluar la satisfacción de las personas con hipertensión con atención primaria de salud. Se utilizó el análisis de varianza y modelo de regresión logística para tratamiento de variables.

Resultados: Se puso de manifiesto que la asequibilidad se evaluó mejor indicador. La evaluación periódica de las características de la accesibilidad geográfica y organizativa se asoció significativamente con un control inadecuado de estos usuarios en la Estrategia Salud de la Familia. **Conclusión:** los servicios que se ofrecen a las personas con presión arterial alta tienen aspectos geográficos y organizativos barreras, lo que requiere revisión de la organización del proceso de trabajo de los equipos.

Descritores: Atención Primaria a la Salud; Evaluación de los servicios de Salud; Enfermería; Estrategia de Salud de la Familia; Hipertensión arterial.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem em desafios para a saúde pública no mundo, devido sua alta prevalência de óbitos e de incapacidade física, com grandes custos aos serviços de saúde por hospitalizações, decorrentes das complicações destas doenças (MELO et al., 2015; SILVA et al., 2016). Entre as DCNT, destacam-se as doenças cardiovasculares (DCV), sendo a hipertensão arterial (HA) a mais prevalentes, acometendo cerca de 31% da população mundial, responsável por 63% de um total de 38 milhões de óbitos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). No Brasil, a prevalência da morbidade na população adulta é em média 20% (MELO et al., 2015).

A HA tem origem multifatorial, possui tratamento específico, que necessita de avaliação constante, em que as ações para controle pressórico e sintomático da doença sejam resolutivas, evitando complicações, melhorando a qualidade de vida das pessoas que vivem com a doença. Nesse aspecto, estratégias de cuidado a morbidade são criadas e

recomendadas pelo Ministério da Saúde (MS) e por outros órgãos públicos de diversos países, responsáveis pela promoção à saúde e prevenção de agravos, uma vez que, na maioria dos casos, a HA pode ser diagnosticada e tratada pela rede de Atenção Primária a Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013; SILVA et al., 2015; SILVA et al., 2016;).

No Brasil, os serviços de saúde encontram-se em grande crescimento desde a implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em 1994, orientada e sustentada por atributos pautados na Atenção Primária a Saúde (APS), com objetivos de assegurar atendimento a toda à população, reduzindo as desigualdades de acesso (SILVA et al., 2015; MISHIMA et al., 2016; REGO et al., 2016). Sendo assim, a APS, caracterizada pelos serviços oferecidos pela ESF, é a porta de entrada para o diagnóstico e responsável por integralizar as ações de saúde para que o usuário possa dar continuidade à trajetória terapêutica, com atendimento humanizado e resolutivos (LIMA et al., 2015).

Para o cuidado a pessoa com hipertensão, o MS preconiza a adoção de estratégias, principalmente de caráter educativo, com esquemas terapêuticos baseados em consultas e ações equitativas realizadas pelos profissionais de saúde, sendo o Plano de Reorganização da Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus* o que possui maior destaque (SILVA et al., 2015; BRASIL, 2001). Entre as principais recomendações para o tratamento da doença está em facilitar o acesso destes usuários aos serviços da APS (BRASIL, 2012).

O acesso, com conceito abrangente e complexo, é um atributo essencial para garantia da qualidade da APS, relevante quando se trata de diagnóstico e de tratamento de doenças, estimulando a participação do usuário no controle dos agravos à saúde, de acordo com a dinâmica organizacional, econômica e geográfica estabelecida pela gestão de saúde de municípios, preconizados pelo MS (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2012).

Neste sentido, os serviços da atenção primária possuem a acessibilidade como elemento primordial para a resolutividade das ações, em que as barreiras que possam existir entre a oferta de serviços e a busca pelos mesmos necessitam ser evidenciados (MELO et al., 2015). Porém, alguns fatores interferem no sucesso das ações, que são relacionados às desigualdades de acesso, a baixa descentralização dos serviços, a escassez de recursos humanos capacitados, oferta de serviços insuficientes para suprir a demanda,

bem como a falta de recursos financeiros e materiais, essenciais para a assistência do cuidado com qualidade (SILVA et al., 2016).

A avaliação dos serviços de saúde é crescente no país e podem proporcionar indicadores para a elaboração de novas políticas públicas e a qualificação das existentes, colocando em prática as diretrizes da APS, com uma atenção mais resolutiva (SILVA et al., 2015). A participação do usuário na avaliação dos serviços pode favorecer a compreensão das diferentes óticas dos atores envolvidos, que permeiam o serviço (LIMA et al., 2015), incorporando-os nas decisões e planejamento de plano de cuidados, considerando sua avaliação. Essa estratégia pode potencializar a adesão ao tratamento e modificar o manejo e planejamento das ações, baseado nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), de atendimento universal, integral e equitativo e nos atributos essenciais da APS (BRASIL, 2012; MELO et al., 2015).

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo analisar a satisfação de pessoas com hipertensão arterial acerca da acessibilidade ao tratamento na Estratégia de Saúde da Família e associá-las ao acompanhamento destes usuários.

METODO

Estudo transversal, realizado junto a indivíduos com hipertensão arterial, cadastrados em 34 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e acompanhados por 74 equipes da ESF, com cobertura populacional de 68,01% (BRASIL, 2016), em um município localizado na região noroeste do estado do Paraná, Brasil. O município possui uma população estimada em 403.063 habitantes, sendo 29.035 com hipertensão (IPARDES, 2016).

Utilizou-se como critério de inclusão, pessoas com idade igual ou superior a 18 anos de idade, residir na área urbana do município e ter sido atendido pelos profissionais de saúde nos últimos seis meses. O critério de exclusão adotado foi para gestantes no momento das entrevistas.

Para a definição do tamanho amostral, considerou-se o número total de 27.741 indivíduos, cadastrados até o ano de 2014, com erro de estimativa de 5% e 95% de intervalo de confiança e a prevalência de 50% com acompanhamento ativo e acrescido de mais 15% para possíveis perdas, resultando em 437 indivíduos. Para a seleção dos

participantes, utilizou-se o processo de amostragem aleatória simples e posteriormente foram estratificadas de acordo com o número de atendidos em cada UBS do município. Considerando as perdas e as recusas, a amostra final do estudo foi de 417 pessoas.

A etapa da coleta de dados foi realizada entre os meses de fevereiro a junho de 2016, durante o horário de funcionamento das unidades e no horário das reuniões de HIPERDIA, por meio de entrevista individual.

Foram utilizados dois instrumentos para coleta de dados. O primeiro instrumento refere-se à avaliação da classe econômica, que avalia o poder de compra do indivíduo e sua família (ABEP, 2015), e neste estudo foram agrupados em AB, C e DE. Para avaliar a satisfação com os serviços prestados pela Atenção Primária, foi utilizado um instrumento adaptado por Paes (2014), que contempla questões referente a identificação, perfil sociodemográfico, dados antropométricos, presença de doenças concomitantes e associadas a complicações referentes à hipertensão arterial e atributos referentes à APS, com sete domínios.

Para este estudo foi avaliado o domínio acessibilidade ao tratamento da hipertensão arterial (acessibilidade geográfica, econômica e organizacional) e 13 variáveis que o compõe. A acessibilidade geográfica foi caracterizada por questões relacionada à distância média entre a população e as unidades que ofertam os serviços de saúde. A acessibilidade econômica, por sua vez, estabelece relacionamento entre a utilização de recursos financeiros para obter a assistência ao tratamento como também, prejuízo por perda do dia de trabalho. Por conseguinte, a acessibilidade organizacional representa as barreiras de origem interna dos serviços, de como os profissionais se organizam e estabelecem atendimento (PAES et al., 2014).

Cada variável foi composta por perguntas com respostas correspondentes a uma escala de possibilidades pré-estabelecidas (Escala de Likert), atribuindo-se valores entre um e cinco para as respostas “nunca”, “quase nunca”, “às vezes”, “quase sempre” e “sempre”, além das opções “não se aplica” e “não sabe/ não respondeu” para viabilizar todas as possibilidades de resposta (PAES et al., 2014).

Utilizou-se os valores pressóricos aferidos pelos profissionais de saúde nas reuniões de HIPERDIA e codificados em “Controle Pressórico Inadequado” quando os valores de

pressão arterial sistólica (PAS) \geq a 140 mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) \geq a 90mmHg, considerando os critérios da VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Os prontuários eletrônicos foram analisados após a realização das entrevistas ou em dias previamente agendados, conforme a disponibilidade do enfermeiro responsável pela equipe e utilizou-se informações sobre o acompanhamento regular dos usuários, seguido os critérios propostos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), que considera acompanhamento regular aquele que comparece a UBS por no mínimo três vezes ao ano, com valores pressóricos aferidos e registrados no prontuário.

Os dados foram tabulados duplamente na planilha eletrônica Microsoft Office Excel 2010 e os procedimentos de análise estatísticos foram realizados no software IBM SPSS versão 19.0. Para obter os escores de qualidade dos serviços característicos do atributo acessibilidade, realizou-se a identificação de normalidade dos dados pelo teste de Kolmogorov-Smirnov e posteriormente foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis, para análise de variância e a obtenção da média, índice de confiança a 95% e desvio padrão dos escores dos indicadores. Tais indicadores foram classificados a partir do ponto de corte das médias dado pelo teste, dividindo em satisfatório (≥ 4), regular (< 4 e ≥ 3) e insatisfatório (< 3) (MELO et al., 2015).

Para a associação, foi utilizado o modelo de regressão logística bruta e ajustada, com o método Forward, considerando e inserido no modelo ajustado, em ordem crescente, as variáveis que resultaram o valor de $p < 0,20$ na análise bruta. A magnitude das associações foi estimada pelo cálculo de *Odds Ratio* (OR), adotando o intervalo de confiança de 95% como medida de precisão, considerando o valor de $p < 0,05$ entre os testes realizados. As variáveis utilizadas foram à classificação da média da avaliação dos indicadores de acessibilidade e o resultado categorizado dos valores da pressão arterial aferidos nas entrevistas com o acompanhamento resultante da análise dos prontuários dos entrevistados.

O projeto recebeu parecer favorável do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (COPEP), com parecer de número 1.407.687/2016. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado em duas vias.

RESULTADOS

Participaram do estudo 417 pessoas com hipertensão arterial, vinculadas a 34 UBS e acompanhados pela ESF. A maioria dos participantes foi de pessoas idosas (62,4%), do sexo feminino (67,9%), cor branca (62,3%), tinha até o ensino fundamental (61,1%) e pertencia a classificação econômica extrato C (43,9%) (Tab. 1).

Tabela 1: Perfil sociodemográfico de pessoas com hipertensão arterial, usuários da Estratégia Saúde da Família. Maringá, Paraná, Brasil, 2016.

| | N | % |
|------------------------------|-----|------|
| Faixa Etária | | |
| 20 – 29 | 15 | 3,6 |
| 30 - 39 | 25 | 6,0 |
| 40 – 49 | 37 | 8,9 |
| 50 – 59 | 80 | 19,2 |
| 60 – 69 | 127 | 30,5 |
| ≥ 70 | 133 | 31,9 |
| Sexo | | |
| Masculino | 134 | 32,1 |
| Feminino | 283 | 67,9 |
| Escolaridade | | |
| Sem Escolaridade | 32 | 7,7 |
| Ensino Fundamental | 255 | 61,1 |
| Ensino Médio | 107 | 25,7 |
| Ensino Superior | 23 | 5,5 |
| Raça/Cor | | |
| Branco | 260 | 62,3 |
| Preto | 65 | 15,6 |
| Pardo | 92 | 22,1 |
| Acompanhamento na ESF | | |
| Adequado | 262 | 62,8 |
| Inadequado | 155 | 37,2 |
| Controle Pressórico | | |
| Adequado | 224 | 53,7 |
| Inadequado | 193 | 46,3 |
| Classe Econômica | | |
| AB | 148 | 35,5 |
| C | 183 | 43,9 |
| DE | 86 | 20,6 |

Dos entrevistados, 62,8% foram acompanhados durante o ano de 2015, de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde e 53,7% deles tinham o valor pressórico adequado (Tab. 1). Quanto aos indicadores da acessibilidade organizacional, a questão referente às visitas domiciliares recebeu a menor média entre as demais que constitui o indicador, seguido da avaliação regular referente à espera por mais de 60 minutos pela

consulta. A questão melhor avaliada foi à disponibilidade de medicamentos desde que foi diagnosticado com a morbidade (Tab. 2).

Tabela 2: Indicadores de acessibilidade pelos usuários com hipertensão arterial da Estratégia Saúde da Família. Maringá, Paraná, Brasil, 2016.

| Acessibilidade | Média | DP | IC 95% |
|--|--------------|-----------|---------------|
| Organizacional | | | |
| Se o(a) Sr. (a) passar mal por causa da medicação ou da HAS, consegue uma consulta no prazo de 24hs na unidade de saúde que faz tratamento? | 4,05 | 1,27 | 3,92 - 4,17 |
| Os profissionais da unidade de saúde que acompanham seu tratamento de HAS costumam visitá-lo em sua moradia? | 3,72 | 1,39 | 3,59 - 3,83 |
| Desde quando iniciou o seu tratamento para HAS faltou medicamento? | 4,56 | 0,95 | 4,47 - 4,66 |
| Quando o(a) Sr.(a) vai a unidade de saúde para consultar, demora mais de 60 minutos para ser atendido? | 3,76 | 1,51 | 3,61 - 3,90 |
| O(A) Sr.(a) consegue realizar exames solicitados pelo profissional de saúde que acompanha seu tratamento? | 4,29 | 1,18 | 4,17 - 4,40 |
| O(a) Sr.(a) consegue no período de 10 dias receber os resultados dos exames solicitados pelo profissional de saúde que acompanha seu tratamento? | 4,12 | 1,23 | 4,00 - 4,24 |
| O(a) Sr.(a) encontra um profissional na unidade de saúde para atendê-lo em todos os dias úteis da semana? | 4,14 | 1,21 | 4,02 - 4,26 |
| É agendada a sua consulta de retorno? | 3,78 | 1,40 | 3,65 - 3,92 |
| Econômica | | | |
| Quando o(a) Sr.(a) vai a unidade de saúde para consultar seu problema de HAS, perde seu turno de trabalho ou compromisso? | 4,32 | 1,31 | 4,19 - 4,44 |
| Quando o(a) Sr.(a) vai a unidade de saúde para consultar, paga pelo transporte? | 4,04 | 1,39 | 3,91 - 4,18 |
| Geográfica | | | |
| Quando o(a) Sr.(a) vai a unidade de saúde para consultar seu problema de HAS precisa utilizar algum tipo de transporte motorizado? | 3,86 | 1,48 | 3,72 - 4,01 |
| O(a) Sr.(a) faz o tratamento da HAS no serviço de saúde mais próxima da sua casa? | 4,29 | 1,14 | 4,18 - 4,40 |
| O(a) Sr.(a) tem dificuldade para se deslocar até a unidade de saúde para ser consultado? | 4,00 | 1,40 | 3,86 - 4,13 |

O indicador de acessibilidade econômica com menor média foi referente ao pagamento pelo transporte para locomoção até a unidade, porém, não representa avaliação insatisfatória ou regular do atributo.

Tabela 3: Avaliação dos indicadores da acessibilidade ao tratamento pelos usuários com hipertensão arterial da Estratégia Saúde da Família. Maringá, Paraná, Brasil, 2016.

| | Total | | Acompanhamento | | Análise Bruta | | | Análise Ajustada | | |
|--------------------------------------|-------|------|----------------|------------|---------------|-----------|--------|------------------|-----------|-------|
| | N | % | Adequado | Inadequado | OD | IC 95% | P | OD | IC 95% | P |
| Acessibilidade Organizacional | | | | | | | | | | |
| Satisfeito | 269 | 64,5 | 179 | 90 | 1 | | | 1 | | |
| Insatisfeito | 29 | 7,0 | 19 | 10 | 1,04 | 0,46-2,34 | 0,912 | 1,08 | 0,46-2,48 | 0,856 |
| Regular | 119 | 28,5 | 65 | 55 | 1,70 | 1,10-2,65 | 0,017* | 1,96 | 1,23-3,10 | 0,004 |
| Acessibilidade Econômica | | | | | | | | | | |
| Satisfeito | 313 | 75,1 | 154 | 105 | 1 | | | | | |
| Insatisfeito | 43 | 10,3 | 37 | 24 | 0,97 | 0,50-1,89 | 0,95 | | | |
| Regular | 61 | 14,3 | 71 | 26 | 0,86 | 0,48-1,54 | 0,629 | | | |
| Acessibilidade Geográfica | | | | | | | | | | |
| Satisfeito | 256 | 62,1 | 195 | 118 | 1 | | | 1 | | |
| Insatisfeito | 51 | 12,3 | 27 | 46 | 0,95 | 0,53-1,98 | 0,864 | 0,97 | 0,48-1,58 | 0,656 |
| Regular | 107 | 25,6 | 40 | 21 | 1,53 | 1,32-2,89 | 0,019* | 1,46 | 1,27-1,78 | 0,014 |
| Acessibilidade Composto | | | | | | | | | | |
| Satisfeito | 268 | 64,3 | 164 | 104 | 1 | | | | | |
| Insatisfeito | 44 | 10,6 | 28 | 16 | 0,9 | 0,46-1,74 | 0,758 | | | |
| Regular | 105 | 25,2 | 70 | 35 | 0,78 | 0,49-1,26 | 0,326 | | | |
| Controle Pressórico Adequado | | | | | | | | | | |
| Sim | 224 | 53,7 | 139 | 85 | 1 | | | | | |
| Não | 193 | 46,3 | 123 | 70 | 0,93 | 0,62-1,38 | 0,931 | | | |

OD: Odds Ratio; IC95%: Índice de Confiança; Classificação: satisfatório (≥ 4), regular (< 4 e ≥ 3) e insatisfatório (< 3). *p < 0,20

Quanto à acessibilidade geográfica, a necessidade de utilização de transporte automotivo gera maior descontentamento quanto à acessibilidade aos serviços da UBS, que apesar de ser distante, ainda é o serviço de saúde mais acessível, sendo a questão melhor avaliada no indicador. A classificação geral dos indicadores e a respectiva média podem ser observadas na tabela 3. O indicador de acessibilidade econômica foi a melhor avaliada, seguido da acessibilidade organizacional. A média geral do atributo também resultou em maioria pela avaliação satisfatória.

Na análise de regressão logística múltipla, os usuários classificados com acompanhamento inadequado possuem chance de 1,96 vezes (IC95%: 1,23-3,10) de avaliar a acessibilidade organizacional como regular e chance de 1,46 vezes (IC95%: 1,27-1,78) de avaliar os serviços característicos da acessibilidade geográfica como regular.

DISCUSSÃO

Neste estudo, a avaliação da acessibilidade ao tratamento da hipertensão arterial apresentou, de forma geral, resultados satisfatórios e regulares sob a ótica dos usuários que são assistidos pela APS. A acessibilidade geográfica apresentou resultados satisfatório em mais da metade dos entrevistados, diferenciando do estudo realizado no interior da Paraíba (MELO et al., 2013), que resultou na avaliação regular do serviço. Neste estudo, a análise de regressão logística múltipla demonstrou que as pessoas com acompanhamento inadequado possuem mais chances de avaliar a acessibilidade geográfica como regular.

A necessidade de utilização de transporte para locomoção até a unidade foi o atributo pior avaliado, seguido da dificuldade dos usuários na locomoção até a UBS. Estes resultados podem ser explicados pela maioria dos participantes serem idosos, uma vez que a prevalência de doenças crônicas tende a se elevar com o envelhecimento, havendo necessidade de adoção de políticas públicas pelo sistema de saúde, pelo impacto de morbidades, quando relacionadas à dificuldade de locomoção e na resolutividade ao tratamento (BRASIL, 2013; REIS et al., 2014).

Reitera-se que a avaliação satisfatória sobre a acessibilidade geográfica, relacionada ao tratamento mais próximo a sua residência, fortalece a APS como porta de entrada prioritária, certificando as diretrizes da ESF em demarcar os limites da área geográfica para a oferta e atuação das equipes de saúde, de reconhecer a comunidade e população adscrito

na área de cobertura (MELO et al., 2015),o que também pode explicar a avaliação satisfatória da acessibilidade econômica, em que não foi encontrado resultado significativo quando associado ao acompanhamento inadequado dos entrevistados nos serviços de saúde.

Salienta-se que o perfil etário prevalente da população deste estudo também pode explicar a avaliação satisfatória do indicador de acessibilidade econômica, em que os entrevistados eram questionados sobre o uso de recursos financeiros para pagamento do transporte automotivo até as unidades. O município possui programa de “passe livre” para a população com idade igual ou superior a 65 anos e o fato da pesquisa ter sido realizada nas UBS propiciou este resultado e que pode servir de justificativa para continuidade do programa social oferecido pela prefeitura da cidade.

Além disso, os resultados positivos do indicador de acessibilidade econômica revela o cenário evolutivo dos serviços de saúde, descentralizando as ofertas de serviços para as regiões periféricas, distante das áreas centrais da cidade e que aponta a organização destes como facilitadores ao tratamento, com equipe de saúde mais flexível às peculiaridades dos usuários, de acordo com sua condição social e econômica, tornando a compreensão do processo de saúde-doença diverso, com atendimento equitativo e resolutivo.

Não obstante, a satisfação dos usuários com a acessibilidade econômica não garante que os resultados dos serviços sejam eficazes na continuidade do tratamento e no controle pressórico da população. Apesar da classificação adequada de grande parte dos entrevistados, é importante considerar e analisar a falta de assiduidade entre os demais para que a organização do processo de trabalho seja mais bem executada.

Na avaliação da acessibilidade organizacional, o indicador referente à utilização de medicamentos para tratamento e controle da doença foi a melhor avaliada e assemelha-se a resultados de estudo (SILVA et al., 2015) qualitativo realizado em Curitiba-PR, em que a finalidade do programa HIPERDIA, na perspectiva dos usuários atendidos, era caracterizada pela entrega de medicamentos, indicativo preconizado no Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus* no Brasil (BRASIL, 2001).

Em 2013, foi lançado pelo MS as Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica - Hipertensão Arterial Sistêmica, que sugere o acompanhamento, não só pelo profissional médico e enfermeiro, mas sim por uma equipe multiprofissional, com ações preventivas através de recomendações nutricionais, orientações para práticas de atividade física e também de orientações para a consulta odontológica (BRASIL, 2013). Neste prisma, o PNAB estabelece a inclusão do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e as equipes de Saúde Bucal (SB), que trabalham, em parceria com as equipes de ESF, apoiando a coordenação do cuidado, realizando ações promocionais e preventivas à saúde (BRASIL, 2012).

Considerando a promoção da saúde, como enfoque do modelo de atenção a saúde no Brasil, as abordagens para mudança de comportamento e incentivo a adoção as práticas de autocuidado, necessita romper o modelo hegemônico, centrado na doença, para o reconhecimento mais amplo das necessidades das pessoas. As visitas domiciliares são estratégias importantes para reconhecimento destas necessidades e que neste estudo foi um dos indicadores de acessibilidade organizacional com pior avaliação, sendo classificado como regular, assemelhando com estudo (MELO et al., 2013) realizado em Campina Grande – PB, com pessoas com hipertensão arterial.

Nesse aspecto, os profissionais de saúde podem utilizar as visitas domiciliares para compreender melhor a forma que as pessoas cuidam de si e de sua família e como esse conhecimento sobre cuidado interfere no processo de adesão ao tratamento medicamentoso (BRASIL, 2013). Em estudo (SILVA et al., 2016) realizado com os profissionais da saúde, no interior do estado do Paraná, evidenciou-se a baixa adesão as visitas domiciliares, como também, a ausência de plano de cuidado para a família do indivíduo com hipertensão, sendo a escassez de materiais e de transporte para estes profissionais até as residências os principais fatores que impedem a realização das visitas, o que poderá elevar a probabilidade de exposição desses indivíduos a vulnerabilidade social e o agravamento das complicações, resultantes da cronicidade da doença (MISHIMA et al., 2016).

Cabe ressaltar, que a avaliação das necessidades de saúde, sob a ótica abrangente, que envolve o indivíduo e sua rede social, pode potencializar os resultados positivos das ações que são realizadas pelos profissionais. Ainda, seguir as orientações da Política

Nacional de Humanização (PNH), em promover autonomia das pessoas, de acordo com um adequado acolhimento, reconhecimento e discussão de um melhor plano de cuidado, tanto para o usuário quanto para a família, resulta em garantia do controle pressórico e de melhor qualidade de vida (BRASIL, 2004; SILVA et al., 2016).

O PNH também propõe a redução das filas para consulta, de acordo com planejamento dos profissionais de saúde para atendimento da demanda, com ofertas de serviço mais eficazes (BRASIL, 2004). A espera por mais de 60 minutos para atendimento foi um dos indicadores de acessibilidade com avaliação regular neste estudo, sendo resultado diferente de estudo (MISHIMA et al., 2016) qualitativo realizada no interior do Estado de São Paulo, junto a população geral, cadastradas na UBS em que foi realizada e de pesquisa (LIMA et al., 2015) realizado no município de Serra, no Espírito Santo, que resultou em uma avaliação insatisfatória com os serviços, considerando o indicador citado.

A continuidade do acesso favorece a redução de custos e de atendimento desnecessário em unidades de urgência, uma vez que a possibilidade da criação do vínculo dos usuários com os profissionais fortalece a adesão ao tratamento e que a fragmentação dos serviços realizados nas unidades pode provocar a desorganização na atenção à demanda, principalmente quando há demora no atendimento, indisponibilidade de consultas e horários de atendimento que não são favoráveis à dinâmica habitual do usuário (LIMA et al., 2015; STARFIELD, 2002).

Em estudo realizado nos Estados Unidos, os pesquisadores verificaram a efetividade de intervenções junto aos profissionais para melhoria do acesso de usuários aos serviços prestados, com redução de filas e de resultados resolutivos as necessidades das pessoas. Os pesquisadores concluíram que a alocação de pacientes com consultas pré-agendadas nos primeiros horários do turno de trabalho possibilita o atendimento aos demais usuários que compõe a demanda de serviços (BALASUBRAMANIAN et al., 2014).

Quanto às consultas de enfermagem, estudo observacional, realizado junto a 27 UBS, de 12 municípios, de 10 estados brasileiros, revelou que o tempo gasto pelos profissionais de saúde em consultas assistenciais a pacientes está de acordo com o preconizado pelo MS, porém, a necessidade de resolução de problemas burocráticos e de

tempo dedicado a preenchimentos de relatórios e documentos, resulta em uma menor disponibilidade para a assistência. O estudo conclui que há necessidade de redimensionamento dos serviços de saúde prestados e de políticas públicas para a área de recursos humanos, uma vez que a carga de trabalho dos enfermeiros e técnicos necessita ser estudado para que protocolos de atendimentos possam ser cumpridos, melhorando a qualidade de vida da população e a qualidade da saúde do trabalhador (BONFIM et al., 2016).

Fato revelado pelo presente estudo foi à identificação de um grande número de indivíduos com controle dos valores pressóricos e com acompanhamento regular inadequado. Tal fato é preocupante, pois se reitera novamente que a manutenção pressórica e o bom estado de saúde do indivíduo com hipertensão arterial, que pode apresentar muitas complicações de acordo com sua cronicidade, não se resume apenas com a distribuição de medicamentos, que foi um dos indicadores melhor avaliado no presente estudo. Os resultados de metanálise (SUNDSTROM et al., 2015), em que a maioria dos indivíduos eram asiáticos, revelou que a hipertensão primária estava significativamente associada a mortalidade do que a pressão arterial acima dos níveis normais e que os profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento primário a esses pacientes devem estar atentos ao diagnóstico correto, melhor escolha terapêutica e ao acompanhamento destes usuários.

Estudo (SILVA et al., 2016) realizado com profissionais de saúde, residentes no noroeste do estado do Paraná, revelou que a consulta de enfermagem, conforme o protocolo preconizado pela secretaria municipal de saúde, não era realizado por mais de 68% dos entrevistados e a decisão do esquema terapêutico não tinha participação de quase 94% dos indivíduos que participaram do estudo. De acordo com o MS, as consultas aos usuários com hipertensão arterial podem ser realizadas pelo enfermeiro e posteriormente pelo médico (BRASIL, 2013) e que também é recomendado pela 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2016), como método oportuno para melhor controle e prevenção de agravos causados pela cronicidade da hipertensão. Estes dados podem justificar a avaliação regular pelos usuários classificados com acompanhamento inadequado, resultantes da análise de regressão logística, com a acessibilidade organizacional ao tratamento da morbidade.

Além disso, a adequação da oferta de serviços estabelece ainda o agendamento de retorno destes usuários até a unidade para favorecer o acesso contínuo ao tratamento e que neste estudo também foi um dos indicadores de acessibilidade organizacional avaliado como regular. Em estudo, os profissionais de saúde relataram que não realizam controle e busca ativa de usuários faltosos nas reuniões de grupo de HIPERDIA e não é realizado agendamento periódico de consultas de retorno destes pacientes (SILVA et al., 2016). Sendo assim, é possível compreender que a dificuldade na adequação dos serviços é relacionada principalmente a organização dos profissionais, uma vez que não é um problema comum de todas as unidades em que a pesquisa foi realizada.

Desta forma, atenta-se para que a capacitação profissional seja um instrumento de melhoria dos serviços prestados a população, a partir de uma equipe de saúde preparada para atender as necessidades em saúde de forma equitativa, resolutiva, com processo de trabalho de acordo com a realidade da unidade em que é responsável. Salienta-se ainda que a capacitação profissional é uma recomendação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012; 2013).

O atendimento inadequado ou ineficaz contribui para a baixa adesão ao tratamento não só da hipertensão arterial, mas de diversos fatores de risco a população. Concernente a profissionais capacitados, motivados, a utilização dos serviços prestados pela APS podem ser medidas decisórias para melhoria da qualidade da assistência e de saúde da comunidade (BONFIM et al., 2016; HUSSAIN et al., 2016).

O estudo retrata um tema importante para o SUS, evidenciando problemas que podem ser solucionados quando é dado real valor a satisfação de quem é atendida pelos serviços. O estudo limita-se na carência de pesquisas com o mesmo objetivo e com população de características semelhantes, o que impossibilita a comparação ampla entre os resultados de ambos. Outra limitação é sobre pesquisa mais abrangente com os usuários, sobre as consultas de enfermagem, em que os autores sugerem novos estudos que abordem o tema por sua alta relevância no cenário científico.

CONCLUSÃO

De acordo com os resultados deste estudo, pôde-se observar que a maioria das pessoas com HA, cadastradas no programa HIPERDIA e acompanhadas pela ESF

avaliaram satisfatoriamente os serviços referentes ao atributo acessibilidade. No que tange a avaliação da acessibilidade geográfica e a necessidade de transporte para deslocamento até as unidades, foi pontuado no estudo o fato da maioria do entrevistado ser idoso o que não sugere ser fato consumado, atentando-se sobre a necessidade de que pesquisas mais abrangente sobre a acessibilidade possam esclarecer esse resultado.

No que tange a acessibilidade organizacional, a falta de visitas domiciliares foi um destes indicadores e que pode ser uma importante ferramenta para diminuir o índice de faltosos nas consultas ou ainda, de evitar a avaliação negativa da acessibilidade geográfica, já que não haveria necessidade de deslocamento destes usuários até a UBS. As visitas ainda favorecem a criação de vínculo e potencializa a integralidade e continuidade com o tratamento prescrito pela equipe de saúde.

Outro aspecto apontado neste estudo diz respeito à organização quanto ao atendimento, avaliados de forma regular ou insatisfatória pelos entrevistados. Estes resultados podem favorecer a discussão mais aprofundada entre as equipes de ESF e gestores para a criação de novas estratégias de oferta de serviços para atender a demanda, visando à redução de filas de espera, que contradiz a Política Nacional de Humanização e pode acarretar a não adesão ao tratamento da hipertensão. A capacitação profissional e intervenções para as equipes podem auxiliar nessa questão.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISAS - ABEP. **Critério de Classificação Econômica Brasil**. São Paulo, 2015.

BALASUBRAMANIAN, H.; et al. Dynamic allocation of same-day requests in multiphysician primary care practices in the presence of prescheduled appointments. **Health Care Manag Sci**, London, v. 17, p. 31-48, 2014.

BONFIM, D.; et al. Time standards of nursing in the Family Health Strategy: an observational study. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 50, no. 1, p. 118-26, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB). **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acesso em: 19 set 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: hipertensão arterial sistêmica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**. Brasília, DF: 2001.

HUSSAIN, M. A.; et al. Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension in Indonesian Adults Aged ≥ 40 Years: Findings from the Indonesia Family Life Survey (IFLS). **PLoS ONE**, California, v. 11, n. 8, p. 1-16, 2016.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (IPARDES). **Caderno Estatístico do Município de Maringá**. Curitiba, 2016b. 43p.

LIMA, E. F. A.; et al. Avaliação dos atributos da atenção primária na perspectiva das usuárias que vivenciam o cuidado. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 3, p. 553-9, 2015.

MELO, E. C. A.; et al. Acessibilidade dos usuários com hipertensão arterial sistêmica na estratégia saúde da família. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 124-131, 2015.

MELO, E. C. A.; et al. Acessibilidade geográfica e econômica na Estratégia Saúde da Família: avaliação da satisfação por usuários com hipertensão arterial sistêmica. **Rev Bras de Pes Saúde**, Espírito Santo, v. 15, n. 1, p. 37-47, 2013.

MISHIMA, S. M.; et al. Satisfação do usuário sob a perspectiva da responsividade: estratégia para análise de sistemas universais? **Rev Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 24, p. e2674, 2016.

PAES, N. A.; et al. Satisfação dos usuários hipertensos com os serviços da rede de atenção primária no Brasil: um estudo de validação. **Rev Panam de Salud Publica**, Washington, DC, v. 36, n. 2, p. 87-93, 2014.

REGO, A. S.; et al. Stratification of family risk in the context of family health strategy. **Rev enferm UFPE**, Recife, v. 10, n. 3, p. 977-84, mar 2016.

REIS, A. F. N.; et al. Fatores de risco e complicações em usuários cadastrados no HIPERDIA de São José do Rio Preto. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 15, n. 1, p.118-124, 2014.

SILVA, J. V. M.; et al. Hypertension and Diabetes Mellitus Program evaluation on user's view. **Rev Bras Enferm**, Brasília, DF, v. 68, n. 4, p. 626-32, 2015.

SILVA, R. L. D. T.; et al. Avaliação da implantação do programa de assistência às pessoas com hipertensão arterial. **Rev Bras Enferm**, Brasília, DF, v. 69, n. 1, p. 71-78, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. v. 107, n. 3, 2016. Supl. 3.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Diretriz de telecardiologia no cuidado de pacientes com síndrome coronariana aguda e outras doenças cardíacas**. v. 104, n. 5, 2015. Supl. 1.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: **Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura**. UNESCO; Ministério da Saúde; 2002.

SUNDSTROM, J.; et al. Effects of blood pressure reduction in mild hypertension: a systematic review and meta-analysis. **Ann Intern Med**. v. 162, n. 3, p. 184-91, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A global brief on hypertension**. Geneva, 2013.

Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf.

Acesso em: 21 Aug 2016.

5.4 ESTUDO 3

AVALIAÇÃO DA ADESÃO/VÍNCULO NO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ESTUDO TRANSVERSAL

EVALUATION OF ADHESION/LINKAGE IN THE TREATMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: CROSS-SECTIONAL STUDY

EVALUACIÓN DE MIEMBRO / RELACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN EN LA ESTRATEGIA SANITARIA FAMILIA: ESTUDIO TRANSVERSAL

RESUMO

Objetivo: avaliar a adesão/vínculo e associar ao controle pressórico e acompanhamento na Estratégia de Saúde da Família. **Método:** pesquisa transversal, realizado junto a 417 pessoas, residentes em um município localizado no noroeste do estado do Paraná, Brasil. A coleta de dados foi realizada no primeiro semestre de 2016, utilizando-se um instrumento adaptado para avaliação da Atenção Primária à Saúde. Empregou-se análise de variância e modelo de regressão logística para tratamento das variáveis. **Resultados:** evidenciou-se que as pessoas com acompanhamento inadequado avaliam a relação entre profissional/doente como regular e pessoas com controle pressórico inadequado avaliam como insatisfatório a orientação quanto às medicações em uso. **Conclusão:** a falta de orientações e diálogo entre os profissionais e usuários acarretam inadequação quanto ao controle pressórico e acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Avaliação dos Serviços de Saúde; Enfermagem; Estratégia Saúde da Família; Hipertensão Arterial.

ABSTRACT

Objective: to evaluate adherence/attachment and to associate pressure control and follow-up in the Family Health Strategy. **Method:** analytical, cross-sectional study, performed with 417 people living in a municipality located in the northwestern part of the state of Paraná, Brazil. Data collection was performed between February and June 2016, using an instrument adapted for the evaluation of Primary Health Care. A variance analysis and logistic regression model were used to treat the variables. **Results:** it was evidenced that people with inadequate follow-up evaluate the low relation between professional/patient as regular and people with inadequate blood pressure control assess the orientation regarding medications in use as unsatisfactory. **Conclusion:** the lack of guidelines and dialogue

between professionals and users leads to inadequacy regarding blood pressure control and monitoring of people with arterial hypertension.

Descriptors: Primary Health Care; Health Services Evaluation; Nursing; Health Strategy for the Family; Arterial hypertension.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la adhesión / unión y enlace con el control de la presión arterial y el seguimiento de la Estrategia de Salud de la Familia. **Método:** estudio analítico, transversal, realizado entre 417 personas que viven en un municipio situado en el noroeste del Estado de Paraná, Brasil. La recolección de datos se llevó a cabo entre febrero y junio de 2016, utilizando un instrumento adecuado para la evaluación de la atención primaria de salud. Se utilizó el análisis de varianza y modelo de regresión logística para el tratamiento de las variables. **Resultados:** mostraron que las personas con un control inadecuado evaluar la baja relación entre el profesional/paciente como regular y las personas con valor de control de la presión arterial inadecuada la orientación sobre los medicamentos en uso como insatisfactorio. **Conclusión:** La falta de orientación y el diálogo entre los profesionales y los usuarios llevar a la insuficiencia en cuanto a control de la presión arterial y el seguimiento de las personas con hipertensión.

Descritores: Atención Primaria a la Salud; Evaluación de los servicios de Salud; Enfermería; Estrategia de Salud de la Familia; Hipertensión arterial.

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF), vigente no Brasil desde o ano de 1994, tem resultado em um modelo assistencial preventivo e resolutivo no país, com atenção a saúde mais próxima das comunidades, de forma descentralizada, oportunizando o acesso aos serviços como direito de todo cidadão brasileiro e que tem como acolhimento e vínculo, ferramentas de serviços que contribuem para a eficácia das ações, promovendo segurança dos usuários com os profissionais (REGO et al., 2016; SILVA et al., 2013).

No entanto, o atual panorama da assistência à saúde, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), tem sofrido transformações no processo de trabalho, requerendo diversidade no manejo das ações, desenvolvidas para reforçar a atenção prestada (SILVA et al., 2013). No acompanhamento das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), devido a alta prevalência de óbitos, estimado em mais de 38 milhões em 2012 (WORD HEALTH ORGANIZATION, 2014), a APS tem papel fundamental para o sucesso do tratamento dessas doenças (GIRIÃO et al., 2016).

A hipertensão arterial (HA), uma das doenças crônicas mais prevalentes, acometendo cerca de 31% da população mundial, devido a sua grande carga incapacitante, o seu tratamento é comumente baseado na terapia medicamentosa, com mudanças nos hábitos de vida, promovendo a prática de atividades físicas e mudanças no padrão nutricional e alimentar e a APS tem papel fundamental para o sucesso do tratamento (GIRIÃO et al., 2016).

Neste aspecto, as intervenções realizadas para garantir o controle e a prevenção da HA, são caracterizadas por abordagens que visam às necessidades individuais de cada pessoa com a doença, considerando seu perfil cultural e socioeconômico, identificando os indicadores de risco e probabilidade de complicações da morbidade. Estas ações assistenciais possibilitam a convivência harmônica com a doença e garantia de melhor qualidade de vida, tendo ainda, os profissionais de saúde como ator principal na adesão do tratamento de escolha, em que a confiança profissional se faz necessário (SILVA et al., 2013; RADOVANOVIC et al., 2014).

Em 2001, com o objetivo de garantir essa assistência no âmbito da ESF, identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, foi estabelecido o Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial, pautado em diretrizes e metas para o SUS. Entre os objetivos destaca-se a garantia do diagnóstico da morbidade, o vínculo dos profissionais de saúde, que atuam nas UBS, com as pessoas recém-diagnosticadas com a doença, iniciando tratamento para a HA, promovendo o seu acompanhamento durante o tratamento, à capacitação dos profissionais, controle resolutivo dos casos e suprimindo a necessidade em saúde da população com hipertensão com um atendimento de qualidade (BRASIL, 2001).

Deste modo, os serviços realizados pela APS, compreendem-se a um conjunto de elementos estruturais que são necessários e que contribuem para a resolutividades das necessidades em saúde e que necessitam ser analisadas. Para esta análise, surge então a avaliação em saúde, caracterizada pelo teor reflexivo, crítico sobre as ações realizadas no âmbito da saúde. A avaliação em saúde tem por objetivo principal, ser o suporte na tomada de decisões, possibilitando a identificação de fatores problemáticos nas práticas e manejo das ações diárias em saúde, que, com resposta da avaliação, potencializa a implementação de novas ações e reorientação das práticas utilizadas (MELO et al., 2013).

Não obstante, o papel dos profissionais de saúde em relação à assistência prestada à pessoa com hipertensão arterial torna-se importante, pois possibilita o conhecimento de fatores agravantes e evitáveis, muitas vezes não identificada pelos próprios profissionais,

devido sua rotina diária atribulada. Sendo assim, as mudanças produzidas pelo diagnóstico de uma morbidade crônica, a adesão ao tratamento, às características sociais e culturais, como também os fatores emocionais necessitam ser investigadas (MELO et al., 2015).

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo avaliar a adesão/vínculo e associar ao controle pressórico e acompanhamento de pessoas pela Estratégia Saúde da Família.

MÉTODOS

Aspectos Éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (COPEP), sendo aprovado conforme parecer de número 1.407.687/2016. Todos os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias.

Desenho, local de estudo e período

Trata-se de pesquisa corte transversal, realizado em um município localizado na região noroeste do estado do Paraná, Brasil. O município possui 34 Unidades Básicas de Saúde em funcionamento e cerca de 74 equipes da Estratégia de Saúde da Família, perfazendo uma cobertura de 68,01%, de uma população estimada em 403.063 habitantes (BRASIL; IPARDES, 2016).

A etapa da coleta de dados foi realizada no primeiro semestre do ano de 2016, durante o horário em que normalmente ocorrem as reuniões de HIPERDIA. O contato inicial foi realizado com os profissionais e responsáveis pela unidade e posteriormente com os participantes da pesquisa, em que foram apresentados os objetivos do estudo e abordagem com o convite para participação. Todas as entrevistas foram realizadas individualmente.

População e amostra

Participaram do estudo pessoas em tratamento da hipertensão arterial, cadastradas no programa HIPERDIA e acompanhadas pela ESF até o ano de 2014. Foi definido como critério de inclusão, pessoas com idade igual ou superior a 18 anos de idade, residentes na área urbana do município e ter sido atendido nos últimos seis meses, antes da coleta de dados. Os critérios de exclusão adotados foram para gestantes no momento das entrevistas.

Os participantes elegíveis e que aceitaram participar da pesquisa foram entrevistados individualmente, em sala reservada, durante a espera para a reunião do HIPERDIA.

O número total de pessoas considerada para o cálculo amostral foi de 27.741 indivíduos. Por conseguinte, foi realizada uma amostra representativa calculada por meio de um processo de amostragem aleatória simples, com erro de estimativa de 5% e 95% de intervalo de confiança, com prevalência de 50% com acompanhamento ativo e acrescido de mais 15% para possíveis perdas. Desta forma, a amostra do estudo foi de 437 pessoas, estratificadas de acordo com o número de atendidos em cada UBS do município. Considerando as perdas e as recusas, a amostra final foi de 417 pessoas.

Protocolo de estudo

Foram utilizados dois instrumentos para coleta de dados. O primeiro instrumento avaliou o nível socioeconômico (ABEP, 2015) e o segundo a satisfação do usuário com hipertensão arterial com os serviços prestados pela Atenção Primária, adaptado e validado por Paes (2014), que contempla questões referentes ao perfil sociodemográfico, clínico e atributos referentes à APS (acesso ao diagnóstico, acessibilidade ao tratamento, adesão/vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque na família e orientação a comunidade).

Para este estudo foi avaliado a dimensão adesão/vínculo foram considerados dez indicadores, apresentados na Tabela 1, que correspondem à relação entre profissional e usuário, de acordo com o acompanhamento e o atendimento que é prestado. Os entrevistados responderam perguntas referentes ao domínio, com resposta única e somatória (escala de Likert), atribuindo-se valores entre um e cinco para as respostas “nunca”, “quase nunca”, “às vezes”, “quase sempre” e “sempre”, além das opções “não se aplica” e “não sabe/ não respondeu” para viabilizar todas as possibilidades de resposta (PAES et al., 2014).

Os valores de pressão arterial foram codificados em “controle pressórico inadequado” (pressão arterial sistólica (PAS) \geq a 140mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) \geq a 90mmHg), seguindo os critérios da VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2015). Para análise do acompanhamento regular dos usuários, foi seguido os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), que considera acompanhamento adequado aquele que comparece a UBS por no mínimo três vezes ao ano, com valores pressóricos aferidos e registrados no prontuário.

Análise dos resultados e estatística

Os dados foram tabulados duplamente na planilha eletrônica Microsoft Office Excel 2010, as inconsistências foram corrigidas e os procedimentos de análise estatística foram realizados no software IBM SPSS versão 20.0.

Utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis, para análise de variância e a obtenção da média, índice de confiança a 95% e desvio padrão dos escores dos indicadores. Tais indicadores foram classificados a partir do ponto de corte das médias obtidas através do teste de variância, dividindo em satisfatório (≥ 4), regular (< 4 e ≥ 3) e insatisfatório (< 3) (MELO et al., 2015).

Utilizou-se o modelo de regressão logística bruta e ajustada, com o método Forward, considerando e inserido no modelo ajustado, em ordem crescente, as variáveis que resultaram o valor de $p < 0,20$ na análise bruta. A magnitude das associações foi estimada pelo cálculo de *Odds Ratio* (OR), adotando o intervalo de confiança de 95% como medida de precisão, estabelecendo o valor de $p < 0,05$ entre os testes realizados. As variáveis utilizadas foram à classificação da média da avaliação dos indicadores de adesão/vínculo e o resultado categorizado do controle pressórico e do acompanhamento regular em adequado ou inadequado, obtido nas entrevistas e na análise dos prontuários dos entrevistados, respectivamente.

RESULTADOS

Dentre os entrevistados, predominou-se a população idosa com idade superior/igual a 70 anos (31,9%), do sexo feminino (67,9%) e mais da metade tinham menos de oito anos de estudo (61,1%). Grande parte destes era da cor branca (62,3%) e pertencia a classificação econômica C (43,9%). Quanto ao acompanhamento na ESF, 62,8% foram classificados como adequado, durante o ano de 2015 e 53,7% mantinham o controle pressórico adequado.

A análise exploratória da adesão/vínculo, avaliado por pessoas com hipertensão arterial e acompanhadas pela ESF, são apresentados na Tabela 1. Os indicadores que apresentaram menor média foram A1 ($3,35 \pm 1,27$), A2 ($3,41 \pm 1,23$) e, por conseguinte A3 ($3,61 \pm 1,23$), apresentando avaliação regular. O indicador A10 ($4,79 \pm 0,23$) foi o único indicador que obteve avaliação satisfatória.

Tabela 1: Indicadores da adesão/vínculo avaliados pelos usuários com hipertensão arterial da Estratégia Saúde da Família. Maringá, Paraná, Brasil, 2016.

| Rótulo | Adesão/Vínculo | Média | DP | IC 95% |
|--------|----------------|-------|----|--------|
|--------|----------------|-------|----|--------|

| | | | | |
|-----|--|------|------|-------------|
| A1 | Quando o(a) Sr.(a) vai à unidade de saúde para a consulta de HAS, é atendido pelo mesmo profissional? | 3,35 | 1,27 | 3,22 - 3,47 |
| A2 | Se o(a) Sr.(a) tem alguma dúvida sobre o seu tratamento, consegue falar com o mesmo profissional da unidade de saúde que o atende? | 3,41 | 1,23 | 3,29 - 3,53 |
| A3 | Quando o(a) Sr.(a) faz alguma pergunta ao profissional da unidade de saúde sente que é compreendido? | 3,61 | 1,23 | 3,49 - 3,73 |
| A4 | O profissional da unidade de saúde que o(a) Sr.(a) está fazendo o tratamento responde às suas perguntas de maneira clara? | 3,78 | 1,21 | 3,67 - 3,90 |
| A5 | O profissional da unidade de saúde dá tempo suficiente para que o(a) Sr.(a) fale suas dúvidas ou preocupações? | 3,62 | 1,25 | 3,50 - 3,74 |
| A6 | Quando o(a) Sr.(a) consulta na unidade de saúde, a profissional conversa sobre outros problemas de saúde? | 3,65 | 1,23 | 3,53 - 3,77 |
| A7 | O profissional da unidade de saúde pergunta sobre todos os medicamentos que o(a) Sr.(a) está utilizando? | 3,97 | 1,22 | 3,85 - 4,09 |
| A8 | O profissional da unidade de saúde explica sobre a importância de seguir o tratamento indicado para o controle da HAS? | 3,79 | 1,21 | 3,67 - 3,91 |
| A9 | Os profissionais da unidade de saúde relacionam-se bem com as pessoas da comunidade? | 3,88 | 1,18 | 3,85 - 4,09 |
| A10 | O(A) Sr.(a) já pensou em mudar da unidade de saúde por causa dos profissionais? | 4,79 | 0,23 | 4,72 - 4,86 |

DP: Desvio Padrão; IC95%: Índice de Confiança.

Na análise bruta entre os indicadores de adesão/vínculo e a classificação do acompanhamento dos entrevistados na EFS, o indicador A6 resultou que entre os usuários classificados como acompanhamento inadequado, possui 1,63 vezes mais chances de avaliar o diálogo entre os profissionais sobre outros problemas de saúde como regular.

O mesmo se dá para o item A8, sobre o diálogo em relação à orientação sobre a importância da medicação no controle pressórico, remete a probabilidade de 5 vezes mais chances de avaliar o item como regular. Quanto ao controle pressórico, o item A8 demonstrou que as pessoas com controle pressórico inadequado possuem 1,83 vezes mais chances de avaliar o item como insatisfatório (Tab. 2).

Tabela 2: Associação entre os indicadores de adesão/vínculo e acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial e controle pressórico da Estratégia Saúde da Família. Maringá, Paraná, Brasil, 2016.

| Indicador | Classificação | Acompanhado | | Análise Bruta | | | PA Controlada | | Análise Bruta | | |
|-----------|---------------|-------------|-----|---------------|-----------|--------------------|---------------|-----|---------------|-----------|--------------------|
| | | Sim | Não | OD | IC 95% | <i>p</i> | Sim | Não | OD | IC 95% | <i>p</i> |
| A1 | Satisfeito | 92 | 62 | 1 | | | 92 | 68 | 1 | | |
| | Insatisfeito | 69 | 38 | 0,62 | 0,37-10,5 | 0,081 [†] | 46 | 55 | 1,61 | 0,98-2,67 | 0,060 [†] |
| | Regular | 101 | 55 | 0,73 | 0,46-1,16 | 0,187 [†] | 85 | 70 | 1,10 | 0,70-1,71 | 0,671 |
| A2 | Satisfeito | 97 | 71 | 1 | | | 123 | 110 | 1 | | |
| | Insatisfeito | 59 | 30 | 0,69 | 0,40-1,18 | 0,182 [†] | 24 | 30 | 1,39 | 0,77-2,53 | 0,270 |
| | Regular | 106 | 54 | 0,69 | 0,44-1,09 | 0,113 [†] | 77 | 53 | 0,77 | 0,49-1,18 | 0,237 |
| A3 | Satisfeito | 128 | 80 | 1 | | | 113 | 95 | 1 | | |
| | Insatisfeito | 49 | 33 | 1,07 | 0,63-1,01 | 0,779 | 38 | 44 | 1,37 | 0,82-2,30 | 0,221 |
| | Regular | 85 | 42 | 0,79 | 0,49-1,25 | 0,320 | 73 | 54 | 0,88 | 0,56-1,37 | 0,573 |
| A4 | Satisfeito | 152 | 88 | 1 | | | 127 | 113 | 1 | | |
| | Insatisfeito | 32 | 29 | 1,56 | 0,88-2,76 | 0,121 [†] | 25 | 36 | 1,61 | 0,91-2,86 | 0,098 [†] |
| | Regular | 78 | 38 | 0,84 | 0,52-1,34 | 0,470 | 72 | 44 | 0,68 | 0,43-1,08 | 0,104 [†] |
| A5 | Satisfeito | 126 | 80 | 1 | | | 112 | 94 | 1 | | |
| | Insatisfeito | 48 | 27 | 0,88 | 0,51-1,53 | 0,665 | 38 | 37 | 1,16 | 0,68-1,96 | 0,582 |
| | Regular | 88 | 48 | 0,85 | 0,54-1,34 | 0,508 | 74 | 62 | 0,99 | 0,64-1,54 | 0,994 |
| A6 | Satisfeito | 125 | 89 | 1 | | | 115 | 99 | 1 | | |
| | Insatisfeito | 46 | 25 | 0,76 | 0,43-1,33 | 0,343 | 38 | 33 | 1,00 | 0,58-1,72 | 0,975 |
| | Regular | 91 | 41 | 1,63 | 1,40-2,00 | 0,050 [†] | 71 | 61 | 0,99 | 0,64-1,54 | 0,993 |
| A7 | Satisfeito | 144 | 89 | 1 | | | 128 | 119 | 1 | | |
| | Insatisfeito | 33 | 21 | 1,03 | 0,56-1,89 | 0,925 | 25 | 22 | 0,94 | 0,50-1,76 | 0,863 |

| | | | | | | | | | | | |
|------------|--------------|-----|-----|------|-----------|--------------------|-----|-----|------|-----------|--------------------|
| | Regular | 85 | 45 | 0,85 | 0,54-1,34 | 0,498 | 71 | 52 | 0,78 | 0,50-1,21 | 0,284 |
| A8 | Satisfeito | 146 | 101 | 1 | | | 99 | 69 | 1 | | |
| | Insatisfeito | 27 | 20 | 1,07 | 0,56-2,01 | 0,832 | 39 | 50 | 1,83 | 1,09-3,09 | 0,021 [†] |
| | Regular | 89 | 34 | 1,55 | 1,34-1,88 | 0,013 [†] | 86 | 74 | 1,23 | 0,79-1,91 | 0,345 |
| A9 | Satisfeito | 163 | 95 | 1 | | | 123 | 122 | 1 | | |
| | Insatisfeito | 30 | 18 | 1,02 | 0,54-1,94 | 0,929 | 24 | 24 | 1,11 | 0,60-2,06 | 0,730 |
| | Regular | 69 | 42 | 1,04 | 0,66-1,65 | 0,853 | 64 | 47 | 0,81 | 0,52-1,28 | 0,382 |
| A10 | Satisfeito | 249 | 144 | 1 | | | 214 | 179 | 1 | | |
| | Insatisfeito | 6 | 5 | 1,44 | 0,43-4,08 | 0,552 | 5 | 6 | 1,43 | 0,43-4,77 | 0,557 |
| | Regular | 7 | 6 | 1,48 | 0,48-4,49 | 0,487 | 5 | 8 | 1,91 | 0,61-5,95 | 0,263 |

[†]Inclusos na análise ajustada; OD: *Odds Ratio*; IC95%: Índice de Confiança.

Os indicadores que apresentaram valor de $p < 0,20$ foram inclusos no modelo ajustado de regressão logística. O indicador A4 apresentou significância estatística quando associado ao acompanhamento na ESF, em que as pessoas com acompanhamento inadequado possuem 2,43 vezes mais chances de avaliá-lo como insatisfatório, quando ajustados por A2 e A8. O indicador A8 apontou que pessoas com controle pressórico inadequado possuem 87 vezes mais chances de avaliar o indicador como insatisfatório, ajustados com A1 e A4.

DISCUSSÃO

De acordo com os resultados, verifica-se que a hipertensão arterial foi mais prevalente entre as mulheres, com idade igual e/ou maior a 70 anos e entre aqueles com baixa escolaridade, corroborando com estudo (PAES et al., 2014)⁽¹¹⁾ realizado no Nordeste brasileiro. Em pesquisa mais abrangente, a capital do estado do Paraná e Santa Catarina apresentaram prevalência maior entre as mulheres, com idade acima dos 65 e de baixa escolaridade (BRASIL, 2015).

O presente estudo também demonstrou que a maioria dos entrevistados pertencia à classe econômica C. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a incidência maior de morbidade é entre aqueles com rendimentos inferiores e associados ao baixo nível social, esta população encontra-se negligência, devido à fragilidade do sistema público de saúde, como também, a baixa aderência ao tratamento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Quanto ao controle pressórico, 53,7% dos entrevistados foram classificados como adequado, apresentando redução quando comparado a estudo (BARRETO et al., 2016) realizado no mesmo município e que constatou que 62,8% estavam adequados, de acordo com a MS, havendo uma redução na prevalência de pessoas com controle pressórico adequado (BRASIL, 2013).

Apesar de mais da metade dos entrevistados estarem com acompanhamento e com o controle pressórico adequado, faz-se importante apresentar o nível de satisfação destes indivíduos com a adesão e o vínculo estabelecido junto aos profissionais, uma vez que para isso, a participação destes atores é de suma importância para que haja sucesso nos resultados oriundos do tratamento (SILVA et al., 2013; SILVA et al., 2015).

Nesse aspecto, o vínculo entre os usuários e os profissionais de saúde, simboliza uma relação respeitosa e caracteriza a longitudinalidade e continuidade da atenção prestada de acordo com a participação do usuário no processo de tratamento da morbidade, não como objeto coadjuvante e sim como membro do processo e que tem direito de ouvir, questionar e opinar (SILVA et al., 2013).

Entre os atributos com a menor média na avaliação foi o atendimento prestado pelo mesmo profissional. O mesmo atributo não apresentou associação significativa entre o acompanhamento adequado e o controle pressórico destes pacientes. Estudo (SILVA et al., 2015) qualitativo realizado com pessoas hipertensas na capital paranaense apontou mudança constante na equipe de saúde o que gera uma dificuldade de adesão e criação de vínculo entre profissional e usuário.

Ressalta-se que o acompanhamento periódico do doente pelo mesmo profissional possibilita a aproximação entre ambos e proporciona melhor adesão e participação ao tratamento, principalmente pela hipertensão arterial ser uma doença crônica, de tratamento prolongado e que pode acarretar outros problemas de saúde derivados de sua cronicidade (SILVA et al., 2015).

Nesse aspecto, é muito comum o doente ter dúvidas a respeito da doença, principalmente quando ocorrem fatos novos ou quando não há sucesso nas medidas terapêuticas de controle pressórico adequado. O item A2 obteve média baixa, relacionado aos demais indicadores na avaliação, em que o profissional de saúde não tem um diálogo contínuo com o paciente, principalmente para identificar situações de vulnerabilidade social, física, psicológica e até mesmo espiritual, que interfere em um melhor conhecimento e compreensão da doença, como também, uma melhor adesão ao tratamento.

Estudo (SOUZA et al., 2015) realizado no Ceará demonstrou que, além de não aderir a farmacoterapia, o conhecimento insuficiente sobre a doença acarreta fragilidades nas práticas de autocuidado. Desta forma, a cronicidade da hipertensão arterial e o impacto gerado no perfil de morbimortalidade na população brasileira, dificulta a garantia de acompanhamento e de ações em saúde, de promoção e prevenção dos agravos.

Em estudo (BARRETO et al., 2013) realizado com pessoas com hipertensão, os pesquisadores relatam prevalência das hospitalizações decorrentes de complicações da HA,

em que 12,08% das pessoas incluídas no estudo foram hospitalizadas, sendo a crise hipertensiva (47,05%), complicações cardiovasculares (45,10%) e cerebrovasculares (7,85%) as mais frequentes, associadas a não adesão à terapia farmacológica, a pressão arterial não controlada e a presença de outras morbidades, ressaltando a importância das orientações que podem ser prestadas pelos profissionais durante os diálogos que surgem nas consultas.

Sendo assim, além da escuta e do tempo dedicado à assistência, é necessário que o profissional de saúde compreenda a necessidade do paciente, uma vez que a assiduidade do mesmo nas consultas de HIPERDIA pode garantir o sucesso do tratamento. Em estudo (BARRETO et al., 2016) realizado no noroeste do estado do Paraná, com pessoas com hipertensão arterial, demonstrou-se que a assiduidade inadequada às consultas foi um fator de risco para a pressão arterial não controlada.

A assiduidade pode favorecer a redução dos sintomas tensionais, principalmente pela avaliação holística realizada pelos profissionais de saúde e a possibilidade de alteração no esquema terapêutico do paciente, mas reitera-se a importância de desenvolver a escuta, com disponibilidade de tempo para que o paciente exponha suas necessidades, dúvidas e que possa ser desenvolvido e/ou fortalecido a confiança profissional e o tratamento tenha o efeito esperado (BARRETO et al., 2016).

Quanto à importância da medicação para o controle pressórico, orientação prestada pelos profissionais (A6), a análise de regressão mostrou que as pessoas classificadas com acompanhamento inadequado possuem mais chances de avaliar o item como regular. Durante a coleta de dados, foi possível observar que o atendimento prestado pelo enfermeiro e pelo técnico de enfermagem era direcionado apenas a medida antropométrica e aferição da pressão arterial e em algumas unidades, o paciente era questionado sobre a medicação que estava em uso, mas não havendo nenhuma orientação sobre os horários regulares de consumo, como também, sua adesão diária ao tratamento.

No que tange o controle pressórico, a análise de regressão logística apontou que as pessoas com controle inadequado possuem mais chances de avaliar o item A8 como insatisfatório, semelhante a estudo (LIMA et al., 2015) realizado no município de Serra - ES, com mulheres usuárias da Atenção Primária. Em estudo (BARRETO et al., 2014)

realizado no mesmo município da presente pesquisa, os resultados mostram que 42,6% dos entrevistados não aderiam ao tratamento farmacológico da HA e destes, 17,7% tinham conhecimento inadequado sobre a doença. A pesquisa ainda mostrou que, além do conhecimento insatisfatório, outros fatores associados a não adesão ao tratamento foram à complexidade das medicações prescritas e a insatisfação com os serviços prestados.

Ressalta-se que a maioria dos entrevistados não desejaria atendimento em outra UBS por motivos relacionados à assistência recebida dos profissionais de saúde. Por mais que a rotatividade de médicos seja um atributo avaliado como insatisfatório, a escolha de atendimento mais próxima de sua residência ainda é a melhor opção. Para amenizar a escassez de médicos na atenção primária, o Ministério da Saúde implantou os programas Mais Médicos (MM), em outubro de 2013, pela Lei Nº 12.871, que visa a suprir à necessidade e garantir o direito a saúde a toda a população. Apesar dos esforços, o programa ainda gera dúvidas e insegurança quanto à assistência, principalmente por questões políticas, no entanto, evidências atuais apontam o impacto positivo do MM no Brasil e sua potencialidade em diagnosticar doenças, aprimorar e tratar casos específicos e sensíveis a Atenção Primária a Saúde (GIRARDI et al., 2016).

Em estudo de caso realizado no Reino Unido (TOSO et al., 2016), relatou-se a importância do enfermeiro como líder no processo assistencial, que, apesar de não regulamentada, é o profissional que está mais próximo da comunidade e a consulta realizada pelo mesmo favorece o conhecimento das necessidades do usuário. O estudo ainda aponta a necessidade da gestão de caso para assegurar o direito a saúde de forma equânime, uma vez que, os profissionais que atuam no sistema de saúde inglês, organizam o processo de trabalho e manejo das ações na prevenção e controle das doenças crônicas através de evidências científicas baseados em protocolos clínicos.

No Brasil, o MS sugere a gestão de casos para identificar a necessidade em saúde, com trabalho multiprofissional, para a construção de um plano de cuidados que seja acessível e resolutivo (BRASIL, 2014). A consulta de enfermagem pode ser uma abordagem eficiente e que poderá reduzir a insatisfação com a rotatividade de profissionais médicos, uma vez que, sua presença poderá fortalecer laços e gerar confiança nos pacientes atendidos.

Em estudo de revisão (KENNEDY et al., 2011), a análise de produções científicas demonstrou que os pacientes apresentaram melhora no quadro clínico a partir do cuidado prestado pelos enfermeiros, com melhora das queixas sintomáticas e emocionais, com redução no tempo de espera, o que no Brasil seria um ponto favorável a humanização da assistência recomendado pelo MS (BRASIL, 2004), como também, a melhora no auto cuidado, a partir das orientações realizadas pelos profissionais citados. Com melhora dos sintomas tensionais da hipertensão arterial e com avaliação constante do quadro clínico, estas ações podem reduzir o risco de complicações, de internações por causas evitáveis e os custos do governo com o Sistema único de Saúde (ORFÃO et al., 2016; TOSO et al., 2016).

Limitações do estudo

A limitação encontrada no estudo refere-se à utilização do instrumento, que apesar de ser validado, apresentou dificuldade de compreensão pelos usuários e algumas questões induzem as respostas que não coincidem com a realidade do usuário, havendo necessidade de adequação dos autores deste estudo quanto a abordagem aos entrevistados. Sugere-se uma atualização por partes dos autores do instrumento quanto a linguagem adotada, de acordo com a limitação encontrada neste estudo.

CONCLUSÃO

Observa-se que a adesão/vínculo entre pessoas com hipertensão arterial e os profissionais das UBS possuem fragilidades relacionadas diretamente ao modo organizacional e a disponibilidade de recursos humanos nos locais estudados.

Por ser uma doença crônica com alta prevalência no mundo, a hipertensão arterial necessita ser tratado com olhar ampla a necessidade da população, conhecer seus fatores de risco, a vulnerabilidade que essa população está exposta e que compromete o controle pressórico oriundos do tratamento de escolha dos profissionais atuante no processo de cuidado.

Estas ações realizadas pelo MS poderá ainda reverter à avaliação do indicador referente às orientações prestadas pelos profissionais de saúde, sobre as medicações e seus possíveis efeitos adversos, que resultou em associação significativa entre aqueles com controle pressórico inadequado e que avaliaram o item como insatisfatório.

Entre os demais indicadores fica claro que a relação entre a avaliação negativa do atributo é relacionado aos profissionais, indicando a necessidade de realizar novos estudos e ações com os mesmos a fim de contornar o rumo das ações que estão sendo realizados.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISAS - ABEP. **Critério de Classificação Econômica Brasil**. São Paulo, 2015.

BARRETO, M. S.; et al. Hospitalização por agravos da hipertensão arterial em pacientes da atenção primária. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 313-7, 2013.

BARRETO, M. S.; et al. Factors associated with inadequate blood pressure control in patients of primary care. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 114-120, 2016.

BARRETO, M. S; et al. Conhecimento sobre hipertensão arterial e fatores associados a não adesão à farmacoterapia. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 3, p. 484-90, 2014.

BRASIL. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, **Departamento de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB). **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**. Brasília, DF, 2016. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acesso em: 21 aug 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**. Brasília, DF, 2001.

GIRÃO, A. L. A.; et al. Usuários hipertensos na atenção primária à saúde: acesso, vínculo e acolhimento à demanda espontânea. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. e60015, 2016.

GIRARDI, S. B.; et al. Impact of the Mais Médicos (More Doctors) Program in reducing physician shortage in Brazilian Primary Healthcare. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2675-2684, 2016.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (IPARDES). **Caderno Estatístico do Município de Maringá**. Curitiba, 2016b. 43p.

KENNEDY, F.; et al. Evaluation of the impact of nurse consultant roles in the United Kingdom: a mixed method systematic literature review. **J Adv Nurs**, Austrália, v. 68, no.4, p. 721-42, 2011.

LIMA, E. F. A.; et al. Avaliação dos atributos da atenção primária na perspectiva das usuárias que vivenciam o cuidado. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 3, p. 553-9, 2015.

MELO, E. C. A.; et al. Acessibilidade geográfica e econômica na Estratégia Saúde da Família: avaliação da satisfação por usuários com hipertensão arterial sistêmica. **Rev Bras de Pes Saúde**, Espírito Santo, v. 15, n. 1, p. 37-47, 2013.

MELO, E. C. A.; et al. Acessibilidade dos usuários com hipertensão arterial sistêmica na estratégia saúde da família. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 124-131, 2015.

ORFÃO, N. H.; et al. Adesão terapêutica ao tratamento da tuberculose em um município do estado de São Paulo. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 14, n. 4, p. 1453-1461, 2015.

PAES, N. A.; et al. Satisfação dos usuários hipertensos com os serviços da rede de atenção primária no Brasil: um estudo de validação. **Rev Panam de Salud Publica**, Washington, DC, v. 36, n. 2, p. 87-93, 2014.

RADOVANOVIC, C. A. T.; et al. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 547-53, 2014.

REGO, A. S.; et al. Stratification of family risk in the context of family health strategy. **Rev enferm UFPE**, Recife, v. 10, n. 3, p. 977-84, mar., 2016.

SILVA, C. S.; et al. Controle pressórico e adesão/vínculo em hipertensos usuários da Atenção Primária à Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 584-90, 2013.

SILVA, J. V. M.; et al. Hypertension and Diabetes Mellitus Program evaluation on user's view. **Rev Bras Enferm**, Brasília, DF, v. 68, n. 4, p. 626-32, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Diretriz de telecardiologia no cuidado de pacientes com síndrome coronariana aguda e outras doenças cardíacas**. v. 104, n. 5, 2015, Supl. 1.

SOUZA, N. P. G.; et al. Adoecimento por hipertensão arterial e diabetes Mellitus: concepções de um grupo de pacientes hospitalizados. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 52-57, 2015.

TOSO, B. R. G. O.; et al. Nurses' performance on primary care in the National Health Service in England. **Rev Bras Enferm**, Brasília, DF, v. 69, n. 1, p. 169-77, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health statistics and information systems [online]. Geneva: World Health Organization; 2014. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html. Acesso em: 21 set 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. A global brief on hypertension. Geneva: **World Health Organization**; 2013. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf. Acesso em: 21 aug 2016.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados deste estudo, pôde-se observar que os usuários com hipertensão arterial, cadastrados no programa HIPERDIA e acompanhados pela ESF, avaliaram os atributos da APS de forma mais satisfatória, no entanto apontaram falhas que podem comprometer a assistência integral aos participantes do estudo.

Os achados apontam que a assistência a pessoas com HA prestados no âmbito da APS é centrada no modelo biomédico, com entrega de medicações na maioria das UBS estudadas e as ações em saúde ainda está no controle da doença já instalada. É possível afirmar que os profissionais de saúde necessitam reorganizar seu processo de trabalho, com ações preventivas e de caráter promocional, principalmente no controle de agravos, para que as ações preconizadas pelo MS sejam adotadas e que haja melhora na qualidade de vida das pessoas com HA, com incentivo a mudança de hábitos de vida, com adoção de práticas de atividades físicas, alimentação saudável e redução do consumo de sódio e orientações quanto à morbidade, formas de tratamento e uso correto das medicações.

Quanto aos atributos no âmbito da APS, a dimensão acesso foi a melhor avaliada, seguida da acessibilidade ao tratamento e coordenação. A dimensão orientação à comunidade e enfoque na família foram as que receberam a pior avaliação da satisfação com os serviços prestados pela APS. Quando associadas, os resultados apontaram que as pessoas como controle dos valores pressóricos inadequado são as mais propensas a avaliar o elenco de serviços como insatisfatório e a coordenação como regular.

Sendo assim, é possível inferir que apesar de ter um acesso satisfatório ao diagnóstico e tratamento, os entrevistados apontaram falhas quanto os serviços que são prestados e quanto à coordenação do cuidado, que deve ser promovido principalmente pela ESF, no diagnóstico preciso e na escolha terapêutica adequada, considerando que as pessoas com pressão arterial alterada apontam falhas na assistência. Neste sentido, estudos que apontem a dificuldade dos profissionais em aperfeiçoar a assistência de forma mais resolutiva necessitam ser realizadas e intervenções planejadas e implementadas, com intuito de reduzir a insatisfação dos indivíduos com HA e melhor controle pressórico destes.

A dimensão acessibilidade ao tratamento foi avaliada de forma individual, para compreender se havia associações quanto ao acompanhamento destes usuários na ESF, no âmbito da APS. Evidenciou-se que a acessibilidade econômica ao tratamento foi o indicador melhor avaliado. Quanto à acessibilidade organizacional e geográfica, encontrou-se associação significativa quanto à avaliação regular e o inadequado acompanhamento destas pessoas nas ESF. Estes achados confirmam os resultados anteriores, principalmente na prevalência de pessoas com idade acima de 59 anos, que possuem mais dificuldade de locomoção, o que pode explicar a avaliação regular quanto ao indicador de acessibilidade geográfica dos usuários classificados como acompanhamento inadequado e a necessidade de reorganização do processo de trabalho, que visem uma assistência mais resolutiva e com ações equitativas, de acordo com a necessidade da população.

Quanto à dimensão adesão/vínculo, a maioria dos entrevistados avaliou como regular a questão relacionada ao atendimento pelo mesmo profissional, de resolução de dúvidas sobre o medicamentos outros assuntos relacionados a saúde e sobre o tratamento. Na associação, encontrou-se significância entre os usuários classificados como acompanhamento inadequado, possui mais chances de avaliar o diálogo entre os profissionais sobre outros problemas de saúde como regular. O mesmo resultado foi encontrado sobre o diálogo em relação à orientação sobre a importância da medicação no controle dos valores pressórico. As pessoas com pressão arterial inadequada possuem mais chances de avaliar a orientação do profissional da unidade de saúde sobre a importância de seguir o tratamento indicado para o controle da HAS como insatisfatório.

Nesse aspecto, o quarto objetivo do estudo confirma os demais resultados em que há necessidade de capacitação profissional, análise dos recursos humanos e intervenções na assistência que é prestada, para que novas ações sejam incorporadas ao serviço, evitando novas avaliações insatisfatórias dos trabalhos que são desenvolvidos pela ESF as pessoas com HA. Salienta-se que a adesão é importante para melhor resolutividade do tratamento e o vínculo entre profissionais de saúde e usuários do serviço fortalece a adesão.

Como limitações do estudo encontram-se na indisponibilidade de algumas informações contidas nos prontuários eletrônicos ou a inadequação quanto ao

preenchimento das ações que são realizadas constantemente pelos profissionais, uma vez que ainda há dificuldades relacionadas ao sistema eletrônico, adotada pela Secretaria Municipal de Saúde de Maringá, estando algumas equipes a persistir em utilizar prontuários de papel.

Outro ponto importante e limitante para o estudo foi à necessidade de alterar a metodologia de coleta de dados, uma vez que a integridade física de um dos pesquisadores esteve em risco de segurança, principalmente em bairros afastado do centro da cidade, de perfil mais periférico e onde se concentra um número maior de pessoa que não recebem serviços de segurança pública de forma adequada como se deveria.

Também se encontra como dificuldade limitante do estudo, a acessibilidade dos pesquisadores com os profissionais das equipes de ESF, em disponibilizar informações sobre os participantes da pesquisa (dia e horários marcados para consulta), como também, disponibilizar local adequado para a realização da pesquisa e adequação quanto à consulta, em quanto o usuário era entrevistado.

Como ponto positivo do estudo, se deu pela observação realizada pelo pesquisador principal do estudo, em que pode vivenciar os serviços que são realizados e interpretar as respostas que eram dadas pelos entrevistados, de acordo com a realidade que é vivenciada pelo mesmo na busca pelo tratamento da HA. Assim, é possível compreender melhor as dificuldades do indivíduo portador de uma doença crônica, como também dos profissionais, tendo em vista a diversidade de fatores que interferem numa melhor assistência no âmbito da APS.

Acredita-se que a continuação do estudo, com intuito de identificar os hiatos potenciais que interferem em uma assistência mais resolutiva, potencializará a organização, manejo e implementação das ações que já são realizadas e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida tanto dos participantes do estudo quanto do profissional de saúde, uma vez que, um ambiente com sobrecarga de trabalho é fator passível de estresse profissional e acarreta sérios problemas de saúde.

7 IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

De acordo com os resultados deste estudo, frente à importância da assistência que é prestada as pessoas com HA na ESF, no âmbito da APS, as implicações do estudo para a enfermagem são potencialmente relacionadas ao ensino, à pesquisa e a prática.

No que tange implicações ao Ensino, o estudo aponta necessidades de preparar melhor os futuros profissionais para assistência integral e resolutiva, de forma equânime, com conhecimento da realidade de cada indivíduo e da comunidade em que está inserido. Durante a coleta de dados, foi possível observar algumas fragilidades assistenciais, desenvolvidas por enfermeiros, quais são: tempo disponível para escuta ao paciente; planejamento dos serviços e ações a ser realizado; sobrecarga de trabalho; procedimentos administrativos que são de responsabilidade dos gestores das UBS.

A possibilidade de poder observar as reuniões de HIPERDIA e a forma como era conduzida todo o processo de cuidar e das práticas assistenciais, de acordo com cada equipe, possibilitando a reflexão de como poderia intervir de alguma forma e como ensinar aos futuros profissionais uma forma diferente de trabalhar na APS, com desenvolvimento de planejamento, organização do processo de trabalho e avaliação dos indicadores de saúde.

Quanto a Pesquisa, destaca-se a importância em trabalhar com os profissionais de saúde e identificar as necessidades destes e como é realizado o trabalho entre as equipes, como são realizadas as discussões e estudo de caso, principalmente dos usuários com HA e identificar maneiras de reduzir as iniquidades da assistência, promovendo melhores condições de trabalho aos profissionais e melhor qualidade assistencial a população, aderente aos serviços da APS.

Em relação à Prática, pode-se observar a ausência de muitos enfermeiros durante as reuniões de HIPERDIA, estando o técnico de enfermagem responsável pelos procedimentos clínicos a serem realizados. O conhecimento sobre o estado atual de saúde da população vai muito além dos valores pressóricos e dos parâmetros antropométricos dos indivíduos, em que a escuta pode contribuir ainda mais para um tratamento resolutivo e garantia da adesão à terapêutica.

Durante a etapa de coleta de dados, muitos entrevistados não atribuíam avaliação negativa aos profissionais justamente por não conhecer a sua função na UBS e nem a diferença entre um enfermeiro e um técnico de enfermagem, que muitas vezes são confundidos, de acordo com a atribuição de cada profissional na equipe, estando o enfermeiro trabalhando com intuito de supervisionar do que de forma mais atuante na comunidade.

Considerando a alta demanda de pessoas que buscam serviços e de outras funções dentro das UBS, acarretam a carência de tempo para a assistência direta ao usuário, o que pode ser explicado pelos resultados do estudo, em que evidenciou uma avaliação regular quanto à acessibilidade organizacional, entre aqueles com acompanhamento inadequado. Os usuários com controle dos valores pressóricos inadequado avaliaram a coordenação do cuidado como regular o que não é necessariamente falha do enfermeiro, mas de toda a equipe que participa da escolha e acompanhamento terapêutico.

Quanto ao elenco de serviços, os usuários com pressão arterial alterada avaliaram o atributo como insatisfatório, o que também aponta necessidade de readequação das práticas assistenciais que são prestadas a essas pessoas. O ponto mais importante do estudo foi à questão da adesão/vínculo, em que o diálogo com os profissionais foi avaliado como regular pelos usuários com acompanhamento inadequado, o que reforça inferir que a assistência interfere na adesão a terapia, ao acompanhamento e pode contribuir a exposição a fatores de risco, como obesidade, má alimentação, hábitos inadequados de práticas de exercícios físicos, tabagismo e consumo excessivo de álcool.

Por fim, reitera-se a importância de que os profissionais de saúde estejam mais dispostos a trabalhar pelo bem da comunidade, com uma assistência mais integral sobre as atividades que são realizadas nas unidades e realizar, junto com a equipe, planejamento e ações de cuidado a cunho multidimensional, que possibilite a práticas educativas inovadoras, voltadas para a promoção e de educação em saúde, possibilitando a interação do usuário no cuidado com sua saúde, promovendo práticas de autocuidado, visão crítica do seu papel como portador de uma morbidade crônica, capaz de ser o cuidador principal da sua própria condição de saúde.

REFERÊNCIAS

- AGGNUR, M.; et al. Oral health status, treatment needs and knowledge, attitude and practice of health care workers of Ambala, India - A cross-sectional study. **Ann Med Health Sci Res**, Nigéria. v. 4, p. 676-81, 2014.
- AHARONY, L.; et al. Patient satisfaction: what we know about and what we still need to explore. **Med Care Rev**, New York. v. 50, p. 49-79, 1993.
- AKERMAN, M.; et al. Evaluation of Health Services: What to Evaluate? **Cad Saúde Públ**, Rio de Janeiro, v. 8, no. 4, p. 361-365, Oct/Dec, 1992.
- ALENCAR, M. N.; et al. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na estratégia de saúde da família. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 19, n. 2, p. 353-364, 2014.
- ALMEIDA, C.; et al. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do sistema Único de Saúde (SUS) em nível local**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.
- ANDRADE, S. S. A.; et al. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiol Serv Saúde**, Rio de Janeiro. v. 24, n. 2, p. 297-304, 2015.
- ARANTES, C.I.S.; et al. Cuidado coletivo na atenção primária em saúde: concepções de graduandos de enfermagem. **Rev enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. esp.2, p. 772-8, Rio de Janeiro, 2013.
- ARAÚJO, L. U. A.; et al. Evaluation of the quality of primary health care from the perspective of the elderly. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3521-32, 2014.
- ARAÚJO, L.U.A.; et al. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3521-3532, 2014.
- ARAÚJO, R. L.; et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.387-399, 2015.
- ASSIS, L. C.; et al. Políticas públicas para monitoramento de hipertensos e diabéticos na atenção básica, Brasil. **Revista Bras Pesq Saúde**, João Pessoa v. 14, n. 2, p. 65-70, 2012.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISAS – ABEP. **Critério de Classificação Econômica Brasil**. São Paulo, 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA (ABESO). **Diretrizes brasileiras de obesidade 2016**. 4. ed. São Paulo, 2016.

BALASUBRAMANIAN, H.; et al. Dynamic allocation of same-day requests in multiphysician primary care practices in the presence of prescheduled appointments. **Health Care Manag Sci**, London, v. 17, p. 31-48, 2014.

BARON-EPEL, O.; et al. Evaluation of the consumer model: relationship between patient's expectations, perception and satisfaction with care. **Int J Qual Health Care**, Oxford, v. 13, p. 317-23, 2001

BARRETO, M. S.; et al. Participação familiar no tratamento da hipertensão arterial na perspectiva do doente. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 38-46, 2014.

BARRETO, M. S.; et al. Factors associated with inadequate blood pressure control in patients of primary care. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 114-120, 2016.

BARRETO, M. S.; et al. Hospitalização por agravos da hipertensão arterial em pacientes da atenção primária. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 313-7, 2013.

BARRETO, M. S.; et al. Conhecimento sobre hipertensão arterial e fatores associados a não adesão à farmacoterapia. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 3, p. 484-90, 2014.

BIELEMANN, R. M.; et al. Impacto da inatividade física e custos de hospitalização por doenças crônicas. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 75, p. 1-8, 2015.

BONFIM, D.; et al. Time standards of nursing in the Family Health Strategy: an observational study. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 50, no. 1, p. :118-26, 2016.

BONOTTO, G. M.; et al. Conhecimento dos fatores de risco modificáveis para doença cardiovascular entre mulheres e seus fatores associados: um estudo de base populacional. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 21, n. 1, p. 293-302, 2016.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. PNAB: **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488 de 21 de Outubro de 2011. **Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Disponível em: www.saude.mt.gov.br/.../2488-%5B5046-041111-SES-MT%5D.pdf.

_____. **Anuário Estatístico do Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. v. 75.

_____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. 18.ed. Brasília, DF: Senado, 1988. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 4 ago. 2016.

_____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. 18.ed. Brasília, DF: Senado, 1988. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 4 ago. 2016.

_____. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Fundação Oswaldo Cruz. **Comissão Nacional da Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro, 1987. (Documentos III). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_08.pdf>. Acesso em: 3 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB). **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acesso em: 19 set 2016.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB). **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. [online] Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acesso 2016 set 19.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: hipertensão arterial sistêmica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica**: Obesidade. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: o cuidado da pessoa tabagista. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: hipertensão arterial sistêmica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2013**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF, 2011a.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GAB/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003**. Rio de Janeiro: INCA, 2004. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/completa.pdf>. Acesso em 19 set 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2014**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **SIAB: Manual de Informações da Atenção Básica**. Brasília, DF, 2003.

_____. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**. Brasília, DF, 2001.

_____. Organização Pan-Americana da Saúde. **Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Pesquisa Nacional de Saúde: 2013. **Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas** [Online]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2014.

_____. Portaria 1.654. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html. Acesso em: 15 maio 2015.

CAVAGIONI, L. C.; et al. Hipertensão arterial em profissionais que atuam em serviços de atendimento pré-hospitalar. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 435-44, 2011.

COLÓSIMO, F. C.; et al. Hipertensão arterial e fatores associados em pessoas submetidas à cirurgia de revascularização do miocárdio. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 201-208, 2015.

DONABEDIAN, A. Exploration in quality assessment and monitoring. **Ann Arbor: Health Administration Press**, 1980. v. 1

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación**. México, DF: La Prensa Mexicana; 1984.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med**, California, v. 114, p. 1115-8, 1990.

EID, L. P.; et al. Farmacoterapia e análise de mediadores gasosos em pacientes hipertensos. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 69-75, 2015.

ELY, H. C; et al. Impacto das equipes de saúde bucal da Estratégia da Saúde da Família na saúde bucal de adolescentes do sul do Brasil. **Ciênc saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n.5, p.1607-1616, 2016.

FELDMAN, L. B.; et al. Validação dos critérios de processo para avaliação do serviço de enfermagem hospitalar. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 4, 10 telas, 2013.

FIGUEIREDO, N. M. A.; et al. **SUS e PSF para a enfermagem: praticas para o cuidado em saúde coletiva**. São Caetano do Sul: Yendis editora, 2007.

- FORMIGLI, V. L. A.; et al. Hipertensão arterial em adultos de um bairro de Salvador, Bahia. **Rev Bai Saúde Pública**, Salvador, v. 23, n. 1, p. 7-20, 1998/1999.
- FUNDATO, C. T.; et al. Itinerário Terapêutico de Adolescentes e Adultos Jovens com Osteossarcoma. **Rev Bras Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 2, p. 197-208, 2012.
- FURTADO, J. P.; et al. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2643-2655, 2014.
- FURTADO, M. C. C.; et al. Avaliação da atenção à saúde de crianças com menos de um ano de idade na Atenção Primária. **Rev Latino-am enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 2, p. 554-561, 2013.
- GIOVANELLA, L.; et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- GIOVANELLA, L et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p. 783-794, 2009.
- GIRÃO, A. L. A.; et al. Usuários hipertensos na atenção primária à saúde: acesso, vínculo e acolhimento à demanda espontânea. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. e60015, 2016.
- GIRARDI, S. B.; et al. Impact of the Mais Médicos (More Doctors) Program in reducing physician shortage in Brazilian Primary Healthcare. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2675-2684, 2016.
- GOUVEIA, G. C.; et al. User satisfaction in the Brazilian health system: associated factors and regional differences. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 281-96, 2009.
- GOUVEIA, G. C.; et al. Health care user satisfaction in Pernambuco State, Brazil, 2005. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n.3, p. 1849-1861, 2011.
- HARZHEIM, E.; et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 8, p. 1649-1659, 2006.
- HUSSAIN, M.A.; et al. Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension in Indonesian Adults Aged ≥ 40 Years: Findings from the Indonesia Family Life Survey (IFLS). **PLoS ONE**, California, v. 11, n. 8, p. 1-16, 2016.
- INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (IPARDES). **Caderno Estatístico do Estado do Paraná**. Curitiba, 2016a. 45p.
- INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (IPARDES). **Caderno Estatístico do Município de Maringá**. Curitiba, 2016b. 43p.

- KAWATA, L. S.; et al. Atributos mobilizados pela enfermeira na Saúde da Família: aproximação aos desempenhos na construção da competência gerencial. **Rev Esc Enfer USP**, São Paulo. v. 45, n. 2, p. 349-355, 2011.
- KENNEDY, F.; et al. Evaluation of the impact of nurse consultant roles in the United Kingdom: a mixed method systematic literature review. **J Adv Nurs**, Austrália, v. 68, n. 4, p. 721-42, 2011.
- KLEIN, C. H.; et al. Hipertensão arterial na Ilha do Governador, Rio de Janeiro, Brasil: I. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 187-201, 1995a.
- KLEIN, C. H.; et al. Hipertensão arterial na Ilha do Governador, Brasil: II. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 389-394, 1995b.
- KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; et al. O agente comunitário de saúde: uma revisão da literatura. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p. 957-963, 2006.
- LEAO, I. O. A. **Segurança do trabalhador da equipe de enfermagem na atenção à saúde primária**. 2015. 121 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2015.
- LEMKE, R. A.; et al. Itinerários de construção de uma lógica territorial do cuidado. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 25, n. 2, p. 9-20, 2013.
- LIMA, E. F. A.; et al. Avaliação dos atributos da atenção primária na perspectiva das usuárias que vivenciam o cuidado. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 3, p. 553-9, 2015.
- LIMA, J. G. **Atributos da Atenção Primária nas regiões de saúde: uma análise dos dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. 244 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.
- LINDER-PELZ, S. Toward a theory of patient satisfaction. **Soc Sci Med**, New York, v. 16, p. 577-82, 1982.
- MACEDO, L. M.; et al. Interdependence between the levels of care in Brazilian Health System (SUS): meanings of integrality reported by primary care workers. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 51, p. 647-59, 2014.
- MALTA, D. C.; et al. Tendência temporal dos indicadores de excesso de peso em adultos nas capitais brasileiras, 2006-2013. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 21, n. 4, p. 1061-1069, 2016.
- MALTA, M.; et al. STROBE initiative: guidelines on reporting observational studies. **Rev Saude Publica**, São Paulo, n. 44, p. 559-565, 2010.

MARIN, M. J. S.; et al. Atenção primária à saúde de uma cidade brasileira sob a ótica dos usuários e profissionais. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 14, n. 3, p. 1299-1306, 2015.

MARIN, N. S.; et al. Perception of hypertensive patients about their non-adherence to the use of medication. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 50, n. esp, p. 061-067, 2016.

MARINGÁ. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde de Maringá. **Plano municipal de saúde 2014-2017**. Maringá, 2013.

MARTINS, I. S.; et al. Doenças cardiovasculares ateroscleróticas, dislipidemias, hipertensão, obesidade e diabetes *Mellitus* em população de área metropolitana da Região Sudeste do Brasil. I Metodologia da pesquisa. **Rev de Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 250-61, 1993.

MEDEIROS, C. R. G.; et al. Processos de trabalho na Equipe Estratégia de Saúde da Família. **Rev Bras de Enferm**, Brasília, DF, v. 62, n. 2, p. 265-71, 2009.

MELO, E. C. A.; et al. Acessibilidade geográfica e econômica na Estratégia Saúde da Família: avaliação da satisfação por usuários com hipertensão arterial sistêmica. **Rev Bras de Pes em Saúde**, Espírito Santo, v. 15, n. 1, p. 37-47, 2013.

MELO, E. C. A.; et al. Acessibilidade dos usuários com hipertensão arterial sistêmica na estratégia saúde da família. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 124-131, 2015.

MENDES, R. O impacto dos efeitos da ocupação sobre a saúde de trabalhadores. I - Morbidade. **Rev Saúde pública**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 311-26, 1988.

MISHIMA, S. M.; et al. Satisfação do usuário sob a perspectiva da responsividade: estratégia para análise de sistemas universais? **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 24, p. e2674, 2016.

MORAIS, P. C. A.; et al. Blood pressure, heart diseases and lifestyles of elderly. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 16, n. 5, p. 722-30, 2015.

MOTTER, F. R.; et al. Avaliação do conhecimento sobre níveis tensionais e cronicidade da hipertensão: estudo com usuários de uma Farmácia Básica no Sul do Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 395-404, 2015.

OGAJI, D. S.; et al. Systematic review of patients' views on the quality of primary health care in sub-Saharan Africa. **SAGE Open Medicine**, New York, v. 3, p. 1-10, 2015.

OLIVEIRA, K. C. S.; et al. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes *Mellitus* em um Serviço de Atenção Básica à Saúde. **Rev Escola Enfermda USP**, São Paulo. v. 45, n. 4, p. 862-868, 2011.

OLIVEIRA, M. A. C.; et al. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, Brasília, DF, v. 66, n. esp, p.158-64, 2013.

- ORFÃO, N. H.; et al. Adesão terapêutica ao tratamento da tuberculose em um município do estado de São Paulo. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 14, n. 4, p. 1453-1461, 2015.
- PAES, N. A.; et al. Satisfação dos usuários hipertensos com os serviços da rede de atenção primária no Brasil: um estudo de validação. **Rev Panam de Salud Publica**, Washington, DC, v. 36, n. 2, p. 87-93, 2014.
- PARANÁ. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Caderno estatístico**: Município de Maringá. Curitiba, 2016
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano Estadual de Saúde Paraná 2012-2015**. Curitiba: SESA, 2013.
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano Estadual de Saúde Paraná 2016-2019**. Curitiba: SES, 2016.
- PAULA, E. A.; et al. Avaliação do risco cardiovascular em hipertensos. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, 8 telas, 2013.
- PICCINI, R. X.; et al. Hipertensão arterial sistêmica em área urbana no sul do Brasil: prevalência e fatores de risco. **Rev de Saúde Pública**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 261-267, 1994.
- PNUD. **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro**. Brasília, DF: PNUD, Ipea, FJP, 2013.
- PROTÁSIO, A. P. L et al. Produções científicas sobre as avaliações no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão sistemática. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Belo Horizonte, v. ;10, n. 34, p. 1-9, 2016.
- RADAELLI, S. M.; et al. Demanda de serviço de saúde comunitária na periferia de área metropolitana. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, p. 232-40,1990.
- RADOVANOVIC, C. A. T.; et al. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 547-53, 2014.
- REGO, A. S.; et al. Stratification of family risk in the context of family health strategy. **Rev enferm UFPE**, Recife, v. 10, n. 3, p. 977-84, 2016.
- REIS, A. F. N.; et al. Fatores de risco e complicações em usuários cadastrados no HIPERDIA de São José do Rio Preto. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 15, n. 1, p.118-124, 2014.
- REIS, R. S.; et al. Acesso e utilização dos serviços na estratégia de saúde da família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 321-331, 2013.

- RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. 3. ed. 11 reimpressão. São Paulo: Atlas, 2010.
- ROUQUAYROL, M. Z.; et al. **Epidemiologia & Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013.
- SALA, A.; et al. Avaliação do processo de atendimento a pacientes portadores de doença crônico-degenerativa em uma unidade básica de saúde. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 463-71, 1993.
- SILVA, C. S. O.; et al. Integralidade e Atenção Primária a Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4407-4415, 2014.
- SILVA, C. S.; et al. Controle pressórico e adesão/vínculo em hipertensos usuários da Atenção Primária à Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 584-90, 2013.
- SILVA, G. W. S.; et al. Terapia comunitária e suas repercussões no processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Rev enferm UFPE**, Recife. v.7, n. esp, p. 4928-4934, 2013.
- SILVA, J. S.; et al. Supervisão dos Agentes Comunitários de Saúde na Estratégia Saúde da Família: a ótica dos enfermeiros. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 899-6, 2014.
- SILVA, J. V. M.; et al. Hypertension and Diabetes Mellitus Program evaluation on user's view. **Rev Bras Enferm**, Brasília, DF, v. 68, n. 4, p. 626-32, 2015.
- SILVA, L. S.; et al. Health-related quality of life and working conditions on public transport workers in the Metropolitan Region of Belo Horizonte, Brazil, 2012. **J Occup Health**, New York, v. 57, p. 39-50, 2015.
- SILVA, P. L. N.; et al. Avaliação Epidemiológica dos Hipertensos Cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde. **Rev Enfer UFPE**, Recife. v. 8, n. 8, p. 2617-2625, 2014.
- SILVA, R. A. R.; et al. Análise Contextual do Trabalho do Enfermeiro na Atenção Básica - Revisão Integrativa. **Rev enferm UFPE**, Recife. v. 7, n. esp, p. 6262-6271, 2013.
- SILVA, R. L. D. T.; et al. Avaliação da implantação do programa de assistência às pessoas com hipertensão arterial. **Rev Bras Enferm**, Brasília, DF, v. 69, n. 1, p. 71-78, 2016.
- SILVA, S. A.; et al. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 5, p. 979-87, 2015.
- SILVA, S. A.; et al. The Family Health Strategy assessment: perspective of users in Minas Gerais, Brazil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 692-705, Oct-Dec 2014.

- SILVA, S. S.B .E.; et al. The control of hypertension in men and women: a comparative analysis. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 50-8, 2016.
- SILVEIRA, R. C. P.; et al. Articulation in teaching-service within the Sistema Único de Saúde and the implications for nursing. **Rev enferm UFPE**, Recife. v. 6, p. 947-955, 2012.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. v. 107, n. 3, 2016. Supl. 3.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Diretriz de telecardiologia no cuidado de pacientes com síndrome coronariana aguda e outras doenças cardíacas**. v. 104, n. 5, 2015. Supl. 1.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO /SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**. v. 95, n. 1, p. 1-51. Jun, 2010. Supl.1.
- SOUSA, M. C.; et al. Correlation of quality of life with the knowledge and attitude of diabetic elderly. **Invest Educ Enferm**, Medellín, v. 34, n. 1, p. 180-188, 2016.
- SOUZA E SILVA, N. A.; et al. Importância clínica dos custos diretos hospitalares em pacientes com hipertensão arterial em tratamento num hospital universitário, Rio de Janeiro, Brasil. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 20, n. 4, p. 293-302, 1986.
- SOUZA, M. C. M. R.; et al. **Enfermagem em saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- SOUZA, N. P. G.; et al. Adoecimento por hipertensão arterial e diabetes Mellitus: concepções de um grupo de pacientes hospitalizados. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 52-57, 2015.
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF. UNESCO; Ministério da Saúde; 2002.
- STARFIELD, B. **Primary care: concept, evaluation and policy**. New York: Oxford University Press; 1992.
- STEIN, A. T. A. Avaliação dos serviços de saúde deve ser realizada com instrumentos validados. **Epidemiol Serv Saúde**, Brasília, DF, v. 22, n. 1, p. 179-181, jan-mar 2013.
- STERPURKO, T.; et al. Overall satisfaction of health care users with the quality of and access to health care services: a cross-sectional study in six Central and Eastern European countries. **BMC Health Services Research**, New York, v. 16, n. 342, p. 1-13, 2016.
- SUDRÉ, M. R. S.; et al. Características socioeconômicas e de saúde de idosos assistidos pelas equipes de saúde da família. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 933-940, 2014.

SUNDSTROM, J.; et al. Effects of blood pressure reduction in mild hypertension: a systematic review and meta-analysis. **Ann Intern Med**, United States, v. 162, n. 3, p. 184-91, 2015.

SZWARCWALD, C. L.; et al. Percepção da população brasileira sobre a assistência prestada pelo médico. Brasil, 2013. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 339-349, 2016.

TAVARES, V. S.; et al. Avaliação da atenção ao diabetes *Mellitus* em Unidades de Saúde da Família de Petrolina, Pernambuco, 2011. **Epidemiol Serv Saúde**, Brasília, DF, v. 23, n. 3, p. 527-536, 2014.

TEIXEIRA, C. **Os Princípios do Sistema Único de Saúde**. Bahia: Secretaria de Saúde, 2014. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf> Acesso em: 2 set 2016.

TEIXEIRA, J. F.; et al. Conhecimento e Atitudes sobre Alimentos Ricos em Sódio por Pacientes Hipertensos. **Arq Bras Cardiol**, Rio de Janeiro, v. 106, n. 5, p. 404-410, 2015.

TOSO, B. R. G. O.; et al. Nurses' performance on primary care in the National Health Service in England. **Rev Bras Enferm**, Brasília, DF, v. 69, n.1, p. 169-77, 2016.

TURCI, M. A.; et al. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 9, p. 1941-1952, set, 2015.

TURI, B. C.; et al. Prática de atividade física, adiposidade corporal e hipertensão em usuários do Sistema Único de Saúde. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 925-937, 2014.

TURRIS, A. S. Unpacking the concept of patient satisfaction: a feminist analysis. **J Adv Nurs**, Austrália, v. 50, p. 293-8, 2005.

UCHÔA, S. A. C.; et al. Acesso potencial à atenção primária em saúde: o que mostram os dados do programa de melhoria do acesso e da qualidade do Brasil?. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, n. e2672, p. 1-30, 2016.

VENTURA, J.; et al. O impacto do cuidado lúdico no cenário social: implicações para a enfermagem. **J Nurs UFPE**, Recife, v. 8, p. 2249-55, 2014. Supl. 1.

VILLA, T. C. S.; et al. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. **J bras pneumol**, Brasília, DF, v. 35, n. 6, p. 610-612, 2009.

VITORINO, L. M.; et al. Qualidade de vida de idosos da comunidade e de instituições de longa permanência: estudo comparativo. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. spec, 09 telas, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **International guide for monitoring alcohol consumption and related harm**. 2000. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/who_msd_msb_00.4.pdf. Acesso em: 21 aug 2016.

_____. **A global brief on hypertension**. Geneva: World Health Organization; 2013. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf. Acesso em: 21 aug 2016

_____. **Health statistics and information systems** [online]. Geneva: World Health Organization; 2014. Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html. Acesso em: 21 aug 2016

_____. Obesity: **Preventing and Managing the Global Epidemic; Report of a WHO Consultation**. Geneve: World Health Organization; 2000 ([Technical Report Series No. 894).

_____. Whoqol-bref quality of life assessment: The WHOQOL Group. **Psychol. Med**, New York, v. 28, n. 3, p.551-8, 1998.

ANEXOS

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa intitulada “**AValiação DA QUALIDADE DE VIDA DE INDIVÍDUOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E SATISFAÇÃO COM OS SERVIÇOS EM SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE MARINGÁ – PR**”, que faz parte do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá e é orientada pelo profa. Dr^a Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic, da Universidade Estadual de Maringá. O objetivo da pesquisa é pautado em conhecer e determinar a qualidade de vida e avaliar a satisfação das pessoas com hipertensão arterial com os serviços da rede de atenção primária no município de Maringá – PR.

Para isto a sua participação é muito importante, e ela se daria pela seguinte forma: por meio de uma entrevista, a ser realizada em sua residência, em horário e dia previamente agendado. Solicito a sua autorização para coleta de dados (dados antropométricos – peso, altura, e medidas de circunferência abdominal, informações sobre doenças concomitantes, uso de medicamentos, e os valores da pressão arterial sistêmica) do seu prontuário, disponível na Unidade Básica de Saúde.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, você pode recusar ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Informamos que poderão ocorrer constrangimentos por parte das perguntas que serão realizadas e dos resultados disponíveis no prontuário. Comprometemo-nos a tratar os dados coletados observando todos os compromissos quanto ao sigilo e confidencialidade das informações pessoais, de modo que seja identificado, durante a execução do estudo ou por ocasião da divulgação científica do mesmo. Informamos ainda, que os dados serão utilizados exclusivamente para os fins estabelecidos na presente pesquisa, e após a análise, os registros efetuados para o estudo serão devidamente descartados.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

Quanto aos benefícios resultantes deste estudo, espera-se que a divulgação de seus resultados possibilite um olhar mais atento à população hipertensa, a partir do conhecimento sobre a sua qualidade de vida e satisfação com os serviços prestados.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta neste documento. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida, assinada e entregue a você.

Eu, _____ declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa orientada pelo mestrando Anderson da Silva Rêgo.

_____ Data: ____/____/____

Assinatura ou impressão datiloscópica do participante

Eu, _____, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra nominado.

_____ Data: ____/____/____

Assinatura do pesquisador

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com o pesquisador, conforme o endereço: Profa. Dra. Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic, Av. Colombo, 5790, Bloco 1, Sala 9. Maringá-PR. Telefone: 3011-4490. Telefone: (44) 9865-6048. E-mail: anderson0788@hotmail.com.

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo Seres Humanos da UEM, no endereço abaixo: COPEP/UEM Universidade Estadual de Maringá. Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM. Bloco da Biblioteca Central (BCE) da UEM. CEP 87020-900. Maringá-PR. Telefones: (44) 3011-4444 / 3011-4597. E-mail: copep@uem.br

ANEXO B



ESTADO DO PARANÁ

Ofício nº1399/2015

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CECAPS

Assessoria de Formação e Capacitação dos
Trabalhadores da Saúde

Maringá, 10 de julho de 2015.

Prezado Senhor

Informamos que a Comissão Permanente de Avaliação de Projetos – Portaria nº 004/2013 desta Secretaria Municipal de Saúde, autoriza a realização da pesquisa “Avaliação da qualidade de vida de indivíduos com hipertensão arterial e satisfação com os serviços em saúde da atenção primária no município de Maringá-PR”, a ser realizada em todas UBS, desta Secretaria Municipal de Saúde.

Orientamos ainda que, após parecer do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, o pesquisador deverá retornar ao CECAPS para obter a autorização para sua entrada no setor.

Sem mais para o momento, subscrevemo-nos,

Atenciosamente


Lourdes Thome
Coordenadora CECAPS

Ilmo. Sr
Prof. Ms. Ricardo Cesar Gardiolo
DD. Presidente do COPEP
Universidade Estadual de Maringá
Maringá – Pr.

ANEXO C



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que a autorização no ofício nº1399/2015, para a realização da pesquisa "Avaliação da qualidade de vida de indivíduos com hipertensão arterial e satisfação com os serviços em saúde da atenção primária no município de Maringá-PR", será desenvolvida nas UBS com acesso aos prontuários eletrônicos.

Sem mais

Maringá, 11 de novembro de 2015


Lourdes Thome
Coordenadora do CECAps
Secretaria de Saúde
Maringá - PR

ANEXO D



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE INDIVÍDUOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E SATISFAÇÃO COM OS SERVIÇOS EM SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE MARINGÁ - PR

Pesquisador: Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 47380215.6.0000.0104

Instituição Proponente: CCS - Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.407.687

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa proposto por pesquisador vinculado à Universidade Estadual de Maringá.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer e determinar a qualidade de vida e avaliar a satisfação das pessoas com hipertensão arterial com os serviços da rede de atenção primária no município de Maringá – PR.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Avalia-se que os possíveis riscos a que estarão submetidos os sujeitos da pesquisa serão suportados pelos benefícios apontados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo transversal-descritivo, com abordagem quantitativa, a ser realizado junto a indivíduos com HAS, residentes no município de Maringá – PR. A abordagem quantitativa como vertente metodológica, estima através de dados mensuráveis, parâmetros de uma população de estudo sobre situações de interesse do pesquisador, desvelando indicadores e prevalência de

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG
Bairro: Jardim Universitário CEP: 87.020-900
UF: PR Município: MARINGÁ
Telefone: (44)3011-4597 Fax: (44)3011-4444 E-mail: copep@uem.br

agravos a saúde, principalmente através de questionários, tornando a realidade desta população conhecida. Nesse prisma, a mensuração dos dados é realizada em um único momento, caracterizando o estudo transversal (ROUQUAYROL & GURGEL, 2013). Contando com 32 Unidades Básicas de Saúde e 70 equipes de Saúde, a população do estudo serão os indivíduos com HAS, cadastrados no programa HIPERDIA. O programa HIPERDIA é um sistema de cadastro e acompanhamento de hipertensos e diabéticos, segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Este programa possibilita o conhecimento do perfil epidemiológico dos pacientes cadastrados, gerando informações para os gestores locais e das secretarias de saúde municipal e estadual, como também, para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001). O tamanho da amostra será calculado com base na população de Hipertensos cadastrados no programa HIPERDIA e acompanhados pelos profissionais de saúde das UBS do município de Maringá. Será calculada uma amostra representativa por meio de amostragem aleatória sistemática, que consiste em um processo em que os sujeitos incluídos na amostra se dará em intervalos entre os mesmos, de forma sistemática, a lista com os nomes dos sujeitos, disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Maringá (SAMPIERE et al., 2013), realizando o cálculo amostral, com erro de estimativa de 5% e 95% de intervalo de confiança, acrescido de mais 15% para possíveis perdas. Serão definidos como critérios de inclusão, indivíduos com HAS cadastrados no ano de 2010 a 2014 no HIPERDIA, ser usuário da atenção primária e ter idade superior a 18 anos. A coleta de dados será realizada por meio de duas fontes: entrevista e os dados secundários. A ABORDAGEM AS PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SERÁ REALIZADA POR INTERMÉDIO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ e após a permissão dos gestores das UBSs para o início da coleta de dados. A primeira visita será realizada com o agente comunitário de saúde (ACS), em suas visitas de rotina, e neste primeiro contato será feito o convite e a apresentação dos objetivos da pesquisa para a pessoa com hipertensão. Após o aceite em participar da pesquisa, será agendada a entrevista de acordo com sua disponibilidade e local de sua preferência. Na primeira visita, previamente agendada, será solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE e solicitado autorização para acesso ao prontuário eletrônico. O questionário que será aplicado apresenta questões que abordam a situação sociodemográfica, qualidade de vida e satisfação com a assistência prestada pela atenção primária. Os dados secundários serão levantados no prontuário eletrônico, após a permissão dos pacientes, sendo estes: dados antropométricos no momento do cadastro no programa HIPERDIA, dados do acompanhamento do paciente durante o tratamento, informações sobre doenças concomitantes, uso de drogas lícitas, e os valores da pressão arterial sistêmica de acordo com as consultas realizadas pelos profissionais de saúde. Está prevista a participação de 500 indivíduos. A coleta de dados está prevista para iniciar-se em 02/05/2016. O orçamento previsto é de R\$ 710,00 para itens de custeio discriminados. A pesquisa conta com financiamento próprio.

| | | |
|--------------------------------------|--------------------|----------------------|
| Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG | | |
| Bairro: Jardim Universitário | CEP: 87.020-900 | |
| UF: PR | Município: MARINGÁ | |
| Telefone: (44)3011-4597 | Fax: (44)3011-4444 | E-mail: copep@uem.br |

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Anexados ao protocolo da pesquisa, encontram-se os seguintes documentos: Folha de rosto, devidamente preenchida e assinada por pesquisador responsável e responsável institucional identificado; Projeto completo da pesquisa; Autorização para realização da pesquisa por parte do CECAPS; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, redigido na forma de convite, em linguagem clara e acessível, expondo os objetivos, hipótese e metodologia da pesquisa. O TCLE expõe adequadamente ao participante da pesquisa seus riscos e benefícios, assegura a privacidade e anonimato das informações e assegura a possibilidade do participante retirar-se da pesquisa a qualquer momento sem ônus. São informadas a destinação final dos dados da pesquisa e canais de contato com os pesquisadores responsáveis e o COPEP.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá é de parecer favorável à aprovação do protocolo de pesquisa apresentado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Face ao exposto e considerando a normativa ética vigente, este Comitê se manifesta pela aprovação do protocolo de pesquisa em tela.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|--|--|------------------------|---|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_553354.pdf | 18/12/2015 21:29:55 | | Aceito |
| Outros | Respostas_as_pendencias_solicitadas_pelo_COPEP.doc | 18/12/2015 20:45:30 | Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | Declaracao_cecaps.PDF | 23/11/2015 18:37:59 | Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura | Projeto_COPEP_REFORMULADO_3VE_RSAO.docx | 23/11/2015 18:35:50 | Cremilde Aparecida Trindade | Aceito |

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG
Bairro: Jardim Universitário CEP: 87.020-900
UF: PR Município: MARINGÁ
Telefone: (44)3011-4597 Fax: (44)3011-4444 E-mail: copep@uem.br

Continuação do Parecer: 1.407.687

| | | | | |
|---|---|------------------------|---|--------|
| Investigador | Projeto_COPEP_REFORMULADO_3VE RSAO.docx | 23/11/2015 18:35:50 | Radovanovic | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVR E_ESCLARECIDO_REFORMULADO .docx | 08/10/2015 18:20:28 | Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic | Aceito |
| Folha de Rosto | Folha de Rosto..pdf | 16/07/2015 17:42:41 | | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | Parecer CECAPS.docx | 11/07/2015 19:37:11 | | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

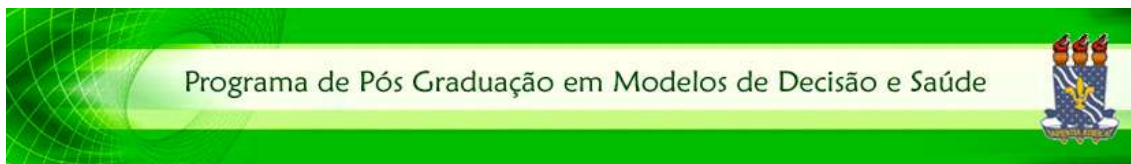
Não

MARINGA, 13 de Fevereiro de 2016

Assinado por:
Ricardo Cesar Gardiolo
(Coordenador)

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG
Bairro: Jardim Universitário CEP: 87.020-900
UF: PR Município: MARINGA
Telefone: (44)3011-4597 Fax: (44)3011-4444 E-mail: copep@uem.br

ANEXO E



Departamento de Estatística do CCEN – Universidade Federal da Paraíba

João Pessoa, 13/01/17

O Prof. Neir Antunes Paes, primeiro autor responsável pela construção do instrumento de avaliação da satisfação de pessoas com hipertensão arterial com os serviços prestados pela Atenção Primária à Saúde do Brasil, cujo artigo foi publicado na Revista Panamericana de Salud Publica (ISSN 1020-4989) em 2014, com o título “Satisfação dos usuários hipertensos com os serviços da rede de atenção primária no Brasil: um estudo de validação”, autoriza os pesquisadores Anderson da Silva Rêgo e Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic do departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá a utilizar o instrumento para fins acadêmicos e científicos.

Atenciosamente,



Neir Antunes Paes

ANEXO F

STROBE Statement—Checklist of items that should be included in reports of *cross-sectional studies*

| | Item No | Recommendation |
|------------------------------|----------------|--|
| Title and abstract | 1 | (a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract <hr/> (b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found |
| Introduction | | |
| Background/rationale | 2 | Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported |
| Objectives | 3 | State specific objectives, including any prespecified hypotheses |
| Methods | | |
| Study design | 4 | Present key elements of study design early in the paper |
| Setting | 5 | Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection |
| Participants | 6 | (a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants |
| Variables | 7 | Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable |
| Data sources/ measurement | 8* | For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is |

more than one group

| | | |
|------------------------|-----|---|
| Bias | 9 | Describe any efforts to address potential sources of bias |
| Study size | 10 | Explain how the study size was arrived at |
| Quantitative variables | 11 | Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why |
| Statistical methods | 12 | (a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding |
| | | (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions |
| | | (c) Explain how missing data were addressed |
| | | (d) If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy |
| | | (e) Describe any sensitivity analyses |
| Results | | |
| Participants | 13* | (a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed |
| | | (b) Give reasons for non-participation at each stage |
| | | (c) Consider use of a flow diagram |
| Descriptive data | 14* | (a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders |
| | | (b) Indicate number of participants with missing data for |

each variable of interest

| | | |
|--------------------------|-----|--|
| Outcome data | 15* | Report numbers of outcome events or summary measures |
| Main results | 16 | (a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included |
| | | (b) Report category boundaries when continuous variables were categorized |
| | | (c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period |
| Other analyses | 17 | Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses |
| Discussion | | |
| Key results | 18 | Summarise key results with reference to study objectives |
| Limitations | 19 | Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias |
| Interpretation | 20 | Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence |
| Generalisability | 21 | Discuss the generalisability (external validity) of the study results |
| Other information | | |
| Funding | 22 | Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study |

on which the present article is based

*Give information separately for exposed and unexposed groups.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at www.strobe-statement.org.

APÊNDICES

APENDICE A

Regra de classificação - 2015

| Variáveis | Quantidade | | | | |
|--|------------|--------------------------|---|-----|--------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 ou + |
| Banheiros | 0 | 3 | 7 | 10 | 14 |
| Empregados domesticos | 0 | 3 | 7 | 10 | 13 |
| Automoveis | 0 | 3 | 5 | 8 | 11 |
| Microcomputador | 0 | 3 | 6 | 8 | 11 |
| Lava louca | 0 | 3 | 6 | 6 | 6 |
| Geladeira | 0 | 2 | 3 | 5 | 5 |
| Freezer | 0 | 2 | 4 | 6 | 6 |
| Lava roupa | 0 | 2 | 4 | 6 | 6 |
| DVD | 0 | 1 | 3 | 4 | 6 |
| Microondas | 0 | 2 | 4 | 4 | 4 |
| Motocicleta | 0 | 1 | 3 | 3 | 3 |
| Secadora roupa | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Escolaridade do chefe da família | | Serviços públicos | | | |
| Analfabeto / Fundamental I incompleto | 0 | Não | | Sim | |
| Fundamental I completo / Fundamental II incompleto | 1 | Água encanada | | 0 | |
| Fundamental II completo / Médio incompleto | 2 | Rua pavimentada | | 0 | |
| Médio completo / Superior incompleto | 4 | | | | |
| Superior completo | 7 | | | | |
| PONTOS DE CORTE | | | | | |
| A | | | | | 45-100 |
| B1 | | | | | 38-44 |
| B2 | | | | | 29-37 |
| C1 | | | | | 23-28 |
| C2 | | | | | 17-22 |
| DE | | | | | 0-16 |

| D. INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS | | | |
|-----------------------------------|--|---------------|-----------------|
| | | hipertida | usuário |
| D.1 | Sexo | Feminino | 0a () 0b () |
| | | Masculino | 1a () 1b () |
| D.2 | Idade | ____anos | ____anos |
| D.3 Situação familiar/ conjugal | Convive c/ companheiro(a) e filho (a) | | 0a () 0b () |
| | Convive c/ companheiro(a) c/ laços conjugais e s/ filho (a) | | 1a () 1b () |
| | Convive c/ familiares s/ companheiro(a) | | 2a () 2b () |
| | Convive c/ companheiro(a) c/ filho (a) e outros | | 3a () 3b () |
| | Convive c/ outras pessoas s/ laços consanguíneos e/ou laços conjugais | | 4a () 4b () |
| | Vive só | | 5a () 5b () |
| | Não sabe ler/escrever | | 0a () 0b () |
| | Alfabetizado | | 1a () 1b () |
| | Ensino fundamental incompleto (1º grau incompleto) | | 2a () 2b () |
| | Ensino fundamental completo (1º grau completo) | | 3a () 3b () |
| | Ensino médio completo (2º grau incompleto) | | 4a () 4b () |
| | Ensino médio completo (2º grau completo) | | 5a () 5b () |
| | Ens. superior (incompleto) | | 6a () 6b () |
| | Ens. superior (completo) | | 7a () 7b () |
| | Especialização/Residência | | 8a () 8b () |
| | Mestrado | | 9a () 9b () |
| | Doutorado | | 10a () 10b () |
| | D.4 Escolaridade | Branca | |
| Preta | | 1a () 1b () | |
| Amarela | | 2a () 2b () | |
| Parda | | 3a () 3b () | |
| Indígena | | 4a () 4b () | |
| D.5 Raça/Cor | Para as questões D.6 e D.7 responda: S – sim; N – não; | | |
| | D.6 O(a) Sr(a) trabalhava antes de saber que tinha HAS? 1.() S 2.() N 9.() NS/NR | | |
| | D.7 O(a) Sr(a) teve que mudar ou parar de trabalhar por causa da HAS? 1.() S 2.() N 9.() NS/NR | | |
| D.8 Ocupação | | Antes HAS | Depois HAS |

| | Desempregado | 0a () | 0b () |
|---|---|------------------------|------------------------|
| E. FATORES DE RISCO E DOENÇAS CONCOMITANTES | | | |
| | | Prontuário | usuário |
| E.1 | Antecedente familiar /Cardiovascular | () S1 () N1 () N/S1 | () S2 () N2 () N/S2 |
| E.2 | Diabetes T1 | () S1 () N1 () N/S1 | () S2 () N2 () N/S2 |
| E.3 | Diabetes T2 | () S1 () N1 () N/S1 | () S2 () N2 () N/S2 |
| E.4 | Tabagismo | () S1 () N1 () N/S1 | () S2 () N2 () N/S2 |
| E.5 | Sedentarismo | () S1 () N1 () N/S1 | () S2 () N2 () N/S2 |
| E.6 | Sobrepeso/ Obesidade | () S1 () N1 () N/S1 | () S2 () N2 () N/S2 |
| E.7 | Infarto Agudo Miocárdio | () S1 () N1 () N/S1 | () S2 () N2 () N/S2 |
| E.8 | Outra Coronariopatia | () S1 () N1 () N/S1 | () S2 () N2 () N/S2 |
| E.9 | AVC | () S1 () N1 () N/S1 | () S2 () N2 () N/S2 |
| E.10 | Pé diabético | () S1 () N1 () N/S1 | () S2 () N2 () N/S2 |
| E.11 | Amputação por diabetes | () S1 () N1 () N/S1 | () S2 () N2 () N/S2 |
| E.12 | Doença Renal | () S1 () N1 () N/S1 | () S2 () N2 () N/S2 |
| E. A | Informações do prontuário | Informações do usuário | |
| E.13 | Etilismo | () S1 () N1 () N/S1 | () S2 () N2 () N/S2 |
| E.14 | Menopausa | () S1 () N1 () N/S1 | () S2 () N2 () N/S2 |
| E.15 | Uso de anticoncepcivo hormonal | () S1 () N1 () N/S1 | () S2 () N2 () N/S2 |
| E.16 | Nº de medicação da HAS: | | |
| E.17 | Nº de vezes que retornou em 20_ (no prontuário) | | |

| F. SAÚDE DO CASO CONFIRMADO DE HAS | |
|--|--|
| Para as questões F.1, F.2 e F.3 responda: 1-Sempre; 2- Quase Sempre; 3-Às vezes; 4-Quase Nunca; 5 - Nunca; 0-Não se aplica; 99-NS/NR | |
| F.1 | Alguma vez o(a) Sr.(a) deixa de realizar qualquer atividade habitual (trabalhar, estudar, lazer), por conta da HAS? |
| F.2 | Com que frequência o(a) Sr(a). deixa de tomar a medicação para HAS? |
| F.3 | Alguma vez o(a) Sr.(a) achou que o medicamento lhe trouxe algum efeito desagradável? |
| Para as questões F.4 e F.6 responda: 1 - Nunca; 2 - Quase nunca; 3 - Às vezes; 4 - Quase sempre; 5 - Sempre; 0 - Não se aplica; 99-NS/NR | |
| F.4 | O(a) Sr(a) pratica atividade física, com que frequência? |
| F.5 | Alguma vez o(a) Sr(a) foi orientado(a) a fazer atividade física, por algum profissional de saúde da sua unidade? |
| F.6 | Com que frequência o(a) Sr(a) faz dieta orientada por algum profissional de saúde da sua unidade? |
| G. ACESSO AO DIAGNÓSTICO | |
| Para a questão G.1 responda: 1-UBSF/PACS; 2-UBS; 3-UBS/PACS; 4-Hospital Público; 5-Hospital Privado; 6-Consultório Particular; 8-Outros(____); 0-Não se aplica; 99-NS/NR | |
| G.1 | Qual foi o serviço de saúde que descobriu (diagnosticou) que o(a) Sr(a) estava doente de HAS? |
| Para a questão G.2 responda: 1 - 5 ou mais vezes; 2 - 4 vezes; 3 - 3 vezes; 4 - 2 vezes; 5 - 1 vez; 0 - Não se aplica; 99-NS/NR | |
| G.2 | Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura), quantas vezes precisou procurar a unidade de saúde para descobrir que era hipertenso? |
| Para a questão G.3 responda: 1 - Nunca; 2 - Quase nunca; 3 - Às vezes; 4 - Quase sempre; 5 - Sempre; 0 - Não se aplica; 99-NS/NR | |
| G.3 | Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura), procurou o serviço de saúde mais próximo da sua casa? |
| Para as questões G.4 a G.8 responda: 1-Sempre; 2- Quase Sempre; 3-Às vezes; 4- Quase Nunca; 5 - Nunca; 0-Não se aplica; 99-NS/NR | |
| G.4 | Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) e procurou o serviço de saúde para consultar, demorou mais de 60 minutos para ser atendido? |
| G.5 | Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) teve dificuldade para se deslocar até o serviço de saúde? |
| G.6 | Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) precisou utilizar algum tipo de transporte motorizado para ir até o serviço de saúde? |
| G.7 | Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) gastou dinheiro com o transporte para ir até o serviço de saúde? |
| G.8 | Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS |

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

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

| J.6 | O(A) Sr.(a) encontra um profissional na unidade de saúde para atendê-lo em todos os dias úteis da semana? | |
|--|---|--|
| J.7 | Participação em grupos de doentes de HAS na unidade de saúde? | |
| J.8 | Os Horários de funcionamento do serviço de saúde para atendimento são sempre respeitados? | |
| J.9 | O(A) Sr(a) recebe todos os medicamentos necessários para o tratamento da HAS? | |
| J.10 | O serviço oferece/garante exames solicitados pelo profissional da saúde? | |
| J.11 | O(A) Sr(a) recebe resultados exames em até 10 dias? | |
| J.12 | O profissional da unidade de saúde explica os resultados dos exames? | |
| J.13 | É agendada a sua consulta de retorno? | |
| L. COORDENAÇÃO | | |
| Para as questões L.1 a L.7 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica | | |
| L.1 | Os profissionais da unidade de saúde pegam seu prontuário/ficha do(a) Sr(a) durante a consulta? | |
| L.2 | Durante seu atendimento o profissional da unidade de saúde anota as suas queixas no seu prontuário? | |
| L.3 | O(A) Sr(a) é avisado(a) sobre o agendamento da sua consulta de retorno na unidade de saúde? | |
| L.4 | Quando o(a) Sr(a) tem algum problema de saúde, recebe encaminhamento por escrito para o outro serviço de saúde pelo profissional que acompanha seu tratamento? | |
| L.5 | Quando o(a) Sr(a) tem algum problema de saúde e é encaminhado para outro serviço de saúde tem o atendimento garantido no serviço referendado? | |
| L.6 | O(A) Sr(a) retorna à unidade de saúde com informações escritas sobre os resultados da consulta realizada no outro serviço? | |
| L.7 | Os profissionais da unidade de saúde discutem com o(a) Sr(a) sobre os resultados da consulta realizada no outro serviço? | |
| M. ENFOQUE NA FAMILIA | | |
| Para as questões M.1 a M.3 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica | | |
| M.1 | Os profissionais da unidade de saúde procuram conhecer as pessoas que moram com o(a) Sr.(a)? | |
| M.2 | Os profissionais da unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) sobre a HAS, estilo de vida, o seu tratamento e outros problemas de saúde? | |
| M.3 | Os profissionais de saúde conversam sobre a importância do envolvimento da sua família no seu tratamento? | |
| N. ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE. | | |
| Para as questões N.1 a N.3 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica | | |
| N.1 | Os profissionais da unidade de saúde conversam sobre a importância da sua participação e da sua família em instituições da comunidade (igrejas, associação de bairro, etc.) como apoio para resolver seus problemas de saúde? | |
| N.2 | Com que frequência os serviços de saúde desenvolvem ações sobre HAS com as Igrejas, Associações de Bairro, escolas, etc.? | |
| N.3 | Os profissionais da unidade de saúde conversam sobre a influência da família/amigos/colegas no seu tratamento? | |