

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO
HIPERTENSO NA ATENÇÃO BÁSICA EM UM
DISTRITO DO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS
MARANHÃO**

**SÃO LUÍS, MA
AGOSTO – 2015**

LIANE BATISTA DA CRUZ SOARES

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO HIPERTENSO NA
ATENÇÃO BÁSICA EM UM DISTRITO DO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS
MARANHÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Programas e Serviços de Saúde da Universidade Ceuma como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Gestão de Programas e Serviços de Saúde

Orientador: Prof. Dr. Ivan Abreu Figueiredo

Coorientadora: Profa. Dra. Flor de Maria Araújo
Mendonça

**SÃO LUÍS, MA
AGOSTO – 2015**

S676a Soares, Liane Batista da Cruz.

Avaliação da qualidade da assistência ao hipertenso na atenção básica em um distrito do município de São Luís Maranhão/ Liane Batista da Cruz Soares. São Luís: UNICEUMA, 2015.

136 p.il.: color.

Dissertação (Mestrado) – Programa de pós-graduação em Gestão de Programas e Serviços de Saúde. Universidade CEUMA, 2015.

1. Hipertensão. 2. Avaliação da qualidade. 3. Assistência. I. Figueiredo, Ivan Abreu (Orientador). II. Título.

CDU: 616.12-008.331.1 (812.1)

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO HIPERTENSO NA
ATENÇÃO BÁSICA EM UM DISTRITO DO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS
MARANHÃO**

Liane Batista da Cruz Soares

Dissertação aprovada em 21 de agosto de 2015 pela banca examinadora constituída dos seguintes membros:

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Ivan Abreu Figueiredo
Orientador
Universidade Ceuma

Profa. Dra. Flor de Maria Araújo Mendonça
Coorientador
Universidade Ceuma

Profa. Dra. Cristina Maria Douat Loyola
Examinador Interno
Universidade Ceuma

Profa. Dra. Poliana Pereira Costa Rabêlo
Examinador Externo
Universidade Federal do Maranhão

A minha família por ter me dado à vida, por ter-me ensinado o caminho do bem, do amor e da amizade verdadeira. Que Deus possa tornar o seu coração muito feliz por esta minha grande conquista!

AGRADECIMENTOS

Ao olhar para trás e ver o caminho percorrido nestes quase dois anos, percebo o quanto cresci pessoal e profissionalmente. Vejo que isso só foi possível, porque estiveram ao meu lado pessoas muito importantes, que contribuíram para que eu conseguisse chegar até aqui. Penso que esta caminhada não acaba neste momento, ela apenas assume uma nova trajetória. E neste novo rumo, tenho certeza de que muitas dessas pessoas permanecerão ao meu lado, ou, se isso não for possível, estarão sempre na minha memória e no meu coração.

A DEUS:

Pela oportunidade da vida e por iluminar e conduzir meus passos, durante todos os dias, nesta caminhada da vida.

A NOSSA SENHORA:

Aqui estou, minha mãe querida, diante de ti, para agradecer tua presença da minha vida. Agradecer tua intercessão junto a Deus e a teu santíssimo filho nosso Senhor Jesus Cristo, pela proteção a minha família, pelas graças e bênçãos a nós consentidas. Mesmo nos momentos mais difíceis de minha vida nunca me imagino sozinha, pois sinto tua presença quando em tua infinita misericórdia e bondade guia os meus pés, mãos e mente pelo caminho certo. Imensamente sou grata minha mãe, pelo carinho, cuidado e pelo teu infinito amor.

A MINHA FAMÍLIA:

A meus pais, AFONSO E LIA, que juntos, cada um a seu modo, me ensinaram possibilidades diferentes de ser no mundo com outros. Nas suas formas de cuidar, aprendi a preservar e não desistir das coisas nobres do existir. Obrigada por compartilharem momentos bons e estenderem as mãos em momentos difíceis. Aos meus irmãos, AFONSO JUNIOR E LUANA, pelo apoio e incentivo contínuo.

A EDSON JUNIOR:

Esposo, amigo, companheiro e o amor da minha vida. Sem você não teria sido possível chegar aonde cheguei e do modo como cheguei.

A EDSON NETO E MARIA EDUARDA:

Filhos amados, iluminados e tão esperados. Obrigada filhos por tudo. Amo vocês.

AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE TRABALHO E SERVIÇOS DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE CEUMA:

Pela oportunidade de realizar este sonho.

AO ORIENTADOR IVAN FIGUEIREDO

Que orientou meus passos nesta construção. Minha eterna gratidão ao aprendizado oportunizado pela nossa convivência.

AOS PROFESSORES DO MESTRADO:

Pela força, incentivo, disponibilidade e, sobretudo pela incontestável contribuição científica que cada um contribuiu para minha formação;

AOS AMIGOS DE MESTRADO:

Por compartilharem experiências de vida, pelas discussões, muitas vezes polêmicas, que foram essenciais para as desconstruções e construções, que nos fizeram crescer. Obrigada pelos momentos de descontração, pela amizade e pelo apoio mútuo.

A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE:

Pela contribuição no momento da coleta de dados.

Enfim, agradeço a todos que tornaram possível a realização deste trabalho, aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para elaboração desta dissertação meus sinceros agradecimentos.

“Ninguém caminha sem aprender a caminhar,
sem aprender a fazer o caminho caminhando,
refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a
caminhar.”

(Paulo Freire)

LISTA DE FIGURAS

Quadro 1 - Os sete pilares da qualidade segundo Donabidian	26
Figura 1 - Distribuição distrital do percentual de cobertura da Estratégia Saúde da Família	36
Figura 2 - Estrutura do Instrumento AMAQ – AB: equipe de Atenção Básica	39
Artigo 1	
Quadro 1 - Artigos localizados, de acordo com a base de dados indexada e ano de publicação.....	60
Figura 1 - Modelo lógico da atenção à hipertensão arterial desenvolvida pelas equipes de Saúde da Família	62
Figura 2 - Adaptação do Modelo Lógico da atenção à hipertensão arterial desenvolvida pelas equipes de Saúde da Família	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das Equipes de Saúde da Família por Distritos Sanitários do Município de São Luis-MA	37
Tabela 2 - Distribuição das equipes de saúde da família do distrito Bequimão	41

Artigo 2

Tabela 1 - Distribuição das Equipes de Saúde da Família por Distritos Sanitários do Município de São Luís – MA	90
Tabela 2 - Distribuição de profissionais avaliados por equipe. São Luís, MA, 2014	91
Tabela 3 - Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade por equipe de atenção básica. Dimensão: unidade Básica de Saúde. São Luís, MA, 2014	93
Tabela 4 - Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade por equipe de atenção básica. Dimensão: Unidade Básica de Saúde. São Luís, MA, 2014	95
Tabela 5 - Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade por equipe de atenção básica. Dimensão: Educação permanente e qualificação das equipes de atenção básica. São Luís, MA, 2014	97
Tabela 6 - Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade por equipe de atenção básica. Dimensão: Organização do processo de trabalho. São Luís, MA, 2014	98
Tabela 7 - Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade por equipe de atenção básica. Dimensão: Atenção Integral a Saúde. São Luís, MA, 2014	100

LISTA DE SIGLAS

AB	-	Atenção Básica
ACD	-	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	-	Agentes Comunitários de Saúde
AMAQ	-	Autoavaliação de Melhoria do Acesso e da Qualidade da atenção Básica
AMAQ-MS	-	Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade do Ministério da Saúde
AMQ	-	Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
CAPES	-	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CDS	-	Coleta de Dados Simplificado
CEO	-	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	-	Comitê de Ética em Pesquisa
DAB	-	Departamento da Atenção Básica
DBH-VI	-	VI Diretrizes Brasileiras da Hipertensão Arterial
DCNT	-	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DCV	-	Doença Cardiovascular
DeCS	-	Descritores em Ciências da Saúde
DIC	-	Doença Isquêmica do Coração
DM	-	Diabetes Mellitus
ESF	-	Equipe de Saúde da Família
FR	-	Fatores de Risco
HAS	-	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	-	Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes
IDH	-	Índice de Desenvolvimento Humano
MEDLINE	-	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MS	-	Ministério da Saúde
NOAS	-	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
PEC	-	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PMAQ	-	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
SciELO	-	<i>Scientific Electronic Library Online</i>

SEMUS	- Secretaria Municipal de Saúde
SES	- Secretaria Estadual de Saúde
SF	- Saúde da Família
SIS	- Sistemas de Informação em Saúde
SISAB	- Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SUS	- Sistema Único de Saúde
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UFMA	- Universidade Federal do Maranhão
VIGITEL	- Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SOARES, Liane Batista da Cruz, **AVALIAÇÃO da qualidade da assistência ao hipertenso na atenção básica em um distrito do município de São Luís Maranhão**, 2015, Dissertação (Mestrado em Gestão de Programas e Serviços de Saúde) - Programa de Pós-graduação em Gestão de Programas e Serviços de Saúde, Universidade Ceuma, São Luís, 136p.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo avaliar a qualidade da assistência ao hipertenso na atenção básica em um distrito do município de São Luís Maranhão, através do modelo unificado de Avedis Donabedian, baseado nos componentes do cuidado em saúde: Estrutura e Processo. A realização deste estudo ocorreu em duas etapas distintas: a primeira etapa correspondeu à adaptação de um modelo lógico da atenção ao hipertenso na atenção básica, por meio da revisão sistemática e análise dos documentos oficiais do Ministério da Saúde que tratam da atenção ao hipertenso. Na segunda etapa, apontou-se a avaliação da qualidade da assistência ao hipertenso na atenção básica do distrito Bequimão no município de São Luís – MA, através de um estudo avaliativo, tipo normativo, com abordagem quantitativa. A avaliação normativa tem como principal referencial teórico Donabedian (1966). Este propõe trabalhar-se com a tríade estrutura, processo e resultado, e faz seu julgamento comparando estes com os critérios e normas existentes. Neste estudo, a abordagem quantitativa foi analisada através do instrumento de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade do Ministério da Saúde (AMAQ-MS). Os resultados apontaram que a metodologia utilizada mostrou-se adequada aos objetivos propostos por este estudo, apesar das limitações metodológicas representadas pelo instrumento de coleta de dados, visto que o AMAQ é um questionário extenso e não diretivo, ou seja: em uma dimensão avaliam-se diversos aspectos distintos sem identificar se todos os itens estão insatisfatórios ou apenas alguns destes. Embora haja fragilidade no instrumento utilizado, a presente pesquisa encontrou que a avaliação das dimensões estrutura, processo e atenção integral ao hipertenso enquadraram-se no padrão inadequado. Por fim, espera-se que o estudo possa significar o ponto de partida para a realização de outros estudos, que contribuam para identificação de falhas e a reflexão sobre a reorganização dos serviços de atendimento.

Palavras-chave: Hipertensão. Avaliação da qualidade. Assistência.

SOARES, Liane Batista da Cruz, **Quality of care to hypertensive Assessment in primary care in a district of the city of São Luís Maranhão**, 2015, Dissertação (Mestrado em Gestão de Programas e Serviços de Saúde) - Programa de Pós-graduação em Gestão de Programas e Serviços de Saúde, Universidade Ceuma, São Luís, 136p.

ABSTRACT

This work aimed to evaluate the quality of care to hypertensive patients in primary care in a district of São Luís Maranhão. This study took place in two stages: the first stage corresponded to the adaptation of a logical model of care for hypertension in primary care, through systematic review and analysis of official documents of the Ministry of Health dealing with the attention to hypertensive. The second stage aimed to evaluate the quality of care to hypertensive patients in primary care of Bequimão district in São Luís - MA, through an evaluative study, normative type, with a quantitative approach. The normative evaluation's main theoretical is Donabedian (1966), who proposes to work with the triad structure, process and outcome, and makes his judgement comparing these with existing standards and norms. In this study, quantitative approach was analyzed through the Self Assessment tool for Improving Access and Quality of the Ministry of Health (AMAQ-MS). Thus, the methodology used was adequate to the objectives proposed by this study, despite the methodological limitations represented by the data collection instrument, as AMAQ is an extensive and non-directive questionnaire, so in one dimension are evaluated several distinct aspects without identifying whether all items are unsatisfactory or only some of these. Although there is weakness in the instrument used, this research found that the evaluation of structure and process dimensions fell within the inadequate standard. Finally, it is expected that this study might mean the starting point for further studies, to contribute in identifying flaws and reflecting on the reorganization of care services.

Keywords: Hypertension. Quality Assessment. Assistance.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	20
2.1	Geral	21
2.2	Específicos	20
3	QUESTÃO NORTEADORA	21
4	REFERENCIAL TEÓRICO	22
4.1	Avaliação em saúde	22
4.2	Hipertensão arterial no contexto das políticas públicas	28
5	MATERIAL E MÉTODOS	34
5.1	Primeira etapa: adaptação do modelo lógico da atenção à hipertensão arterial na atenção básica	34
5.2	Segunda etapa: avaliação da qualidade da assistência ao hipertenso na atenção básica no distrito Bequimão	35
5.2.1	Local do estudo	35
5.2.2	Abordagem quantitativa	37
5.2.2.1	<i>Coleta de dados</i>	37
5.2.2.2	<i>Avaliação da estrutura</i>	39
5.2.2.3	<i>Avaliação do processo</i>	39
5.2.2.4	<i>População</i>	40
5.2.3	Amostra	40
5.2.3.1	<i>Análise estatística dos dados</i>	41
5.2.3.2	<i>Análise dos resultados</i>	41
5.4	Aspectos éticos	42
6	RESULTADOS	43
6.1	Artigo 1	43
6.2	Artigo 2	64
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
	REFERÊNCIAS	103
	ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE ARQUIVOS, REGISTROS E SIMILARES	108

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UNIVERSIDADE CEUMA	109
ANEXO C - SUBDIMENSÃO H – INFRAESTRUTURA E EQUIPAMENTOS	112
ANEXO D - SUBDIMENSÃO I – INSUMOS, IMUNOBIOLOGICOS E MEDICAMENTOS	115
ANEXO E - SUBDIMENSÃO J – EDUCAÇÃO PERMANENTE E QUALIFICAÇÃO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA	118
ANEXO F - ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO	120
ANEXO G - ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE	123
ANEXO H – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DOS ARTIGOS À REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA	126
ANEXO I - NORMAS DA REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA	128

1 INTRODUÇÃO

As transições demográficas, nutricionais e epidemiológicas, ocorridas no século XX, resultaram em significativa diminuição das taxas de fecundidade e natalidade e no aumento progressivo da expectativa de vida e da proporção de idosos em relação aos demais grupos etários. Como consequência, tem-se observado uma maior participação das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no perfil de morbimortalidade da população e a diminuição da morbimortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, apesar destas últimas ainda representarem um importante problema de saúde pública em diversos países (MALTA et al., 2006).

Na segunda metade do século XX houve crescimento expressivo das DCNT, principalmente as cardiovasculares, neoplásicas, respiratórias e diabetes. Tais enfermidades são responsáveis por 63% de todas as 36 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2008 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011) e por 80% daquelas ocorridas em países de média e baixa renda, no ano de 2005. O aumento epidêmico dessas doenças deveu-se às profundas mudanças sociais, econômicas, demográficas e culturais ocorridas no século passado. Se nada for feito para reduzir esse ônus, entre 2006 e 2015 serão perdidos US\$ 84 bilhões de produção econômica em 23 países de baixa e média renda, em decorrência de doenças cardiovasculares e diabetes (BRASIL, 2008).

No cenário mundial, as DCNT representam, hoje, as principais causas de morte no Canadá e EUA, e também na América Latina e Caribe (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). No Brasil, em 2007, 72,0% dos óbitos ocorridos no país foram decorrentes de DCNTs, sendo 31,3% de doenças do aparelho circulatório, 16,3% câncer, 5,0% diabetes e 5,8% devido a doença respiratória crônica (FREITAS e GARCIA, 2012). Carnellosso et al. (2010) acrescentam que a expansão acelerada das doenças crônicas, como fato incontestável no mundo globalizado, constitui-se um desafio para as autoridades sanitárias e profissionais de saúde no desenvolvimento de políticas públicas capazes de conter essa epidemia que se pronuncia para um futuro muito próximo, devendo responder, mundialmente, por 80% da carga de doenças.

Considerando a gravidade do problema a Organização Mundial da Saúde (OMS) aprovou, em 2000, uma Resolução endossando a Estratégia Global para Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis com ênfase nos países em desenvolvimento. Duas Estratégias Globais merecem destaque. No ano de 2003, foi estabelecida a Convenção Quadro para o

Controle do Tabaco, o primeiro tratado internacional da história sobre saúde pública, firmando um compromisso internacional para a adoção de medidas de restrição ao consumo de cigarros e outros produtos derivados do tabaco (BRASIL, 2008).

Em 2004, foi aprovada a Estratégia Global para Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, com quatro objetivos principais: 1) reduzir os fatores de risco para as DCNT decorrentes da alimentação inadequada e inatividade física; 2) aumentar a atenção e o conhecimento a respeito de alimentação e atividade física; 3) encorajar o desenvolvimento, fortalecimento e implantação de políticas e planos de ação em nível global, regional, nacional e comunitário, incluindo a sociedade civil, o setor privado e a mídia; 4) e monitorar dados científicos e influências-chave na alimentação e atividade física, com apoio para pesquisa e fortalecimento dos recursos humanos necessários (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004).

Numa abordagem mais ampla, Rouquayrol e Almeida (2003) referem, como fazendo parte das DCNTs, as doenças cardíacas e as cerebrovasculares, os cânceres, a hipertensão, o diabetes, as doenças autoimunes, entre outras. Frise-se que as doenças cardiovasculares, apesar de sua diminuição em termos proporcionais, são a principal causa de morte no Brasil. Dados mais recentes expressam que a mortalidade por doença cardíaca hipertensiva, no Brasil, cresceu 11%, fazendo aumentar para 13% o total de mortes atribuíveis às doenças cardiovasculares em 2007, em comparação a 30% para doença cardíaca isquêmica e 32% para doença cerebrovascular (SCHMIDT et al., 2011).

Na concepção de Mendes (2010) as doenças crônicas, em particular a hipertensão e o diabetes, requerem monitoramento e ações que possam contribuir com o manejo adequado dessas patologias. Para o autor, essas doenças constituem, portanto, o grande desafio do século XXI, pois representam uma grande sobrecarga no sistema de saúde que terá que se organizar para atender a esta demanda crescente.

De acordo com a VI Diretrizes Brasileiras da Hipertensão Arterial (DBH-VI) entre os fatores de risco para mortalidade, a Hipertensão Arterial é responsável por 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% daquelas por doença coronariana. No Sistema Único de Saúde (SUS), as doenças cardiovasculares são responsáveis por 1.150.000 das internações/ano, com um custo aproximado de 475 milhões de reais, sendo que nestes números não estão inclusos os gastos com procedimentos de alta complexidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento de risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, tornando-se um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) tem aumentado progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico AVE e 47% por doença isquêmica do coração - DIC), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. No Brasil, as DCVs têm sido a principal causa de morte. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório. Entre 1990 a 2006, observou-se uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Destaque-se que, no Brasil, a prevalência média de HAS autorreferida na população acima de 18 anos, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), é de 22,7%, sendo maior em mulheres (25,4%) do que em homens (19,5%). A frequência de HAS tornou-se mais comum com a idade, mais marcadamente para as mulheres, alcançando mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade. Entre as mulheres, destaca-se a associação inversa entre nível de escolaridade e diagnóstico da doença: enquanto 34,4% das mulheres com até 8 anos de escolaridade referiam diagnóstico de HAS, a mesma condição foi observada em apenas 14,2% das mulheres com 12 ou mais anos de escolaridade. Para os homens, o diagnóstico da doença foi menos frequente nos que estudaram de 9 a 11 anos (BRASIL, 2012a).

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB). As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. A alimentação

adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2009).

Os profissionais da AB têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial. Devem também, ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à hipertensão.

Contudo a implementação de medidas de prevenção na HAS representa um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde. No Brasil, cerca de 75% da assistência à saúde da população é feita pela rede pública do SUS, enquanto o Sistema de Saúde Complementar assiste cerca de 46,5 milhões. A prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem ser metas prioritárias dos profissionais de saúde (BRANDÃO, 2010).

Desta forma o Ministério da Saúde, ao executar a gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, garante acesso e qualidade da atenção em saúde para toda a população. Institui, através da Política Nacional da Atenção Básica, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), onde o principal objetivo é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.

O compromisso com a melhoria da qualidade deve ser permanentemente reforçado com o desenvolvimento e aperfeiçoamento de iniciativas mais adequadas aos novos desafios colocados pela realidade, tanto em função da complexidade crescente das necessidades de saúde da população, devido à transição epidemiológica e demográfica e ao atual contexto sociopolítico, quanto em função do aumento das expectativas da população em relação à eficiência e qualidade do SUS. Contudo, os desafios que o PMAQ pretende enfrentar para a qualificação da AB, são:

I – Precariedade da rede física, com parte expressiva de UBS em situação inadequada;

II – Ambiência pouco acolhedora das UBS, transmitindo aos usuários uma impressão de que os serviços ofertados são de baixa qualidade e negativamente direcionados à população pobre;

III – Inadequadas condições de trabalho para os profissionais, comprometendo sua capacidade de intervenção e satisfação com o trabalho;

IV – Necessidade de qualificação dos processos de trabalho das equipes de AB, caracterizados, de maneira geral, pela sua baixa capacidade de realizar o acolhimento dos problemas agudos de saúde; pela insuficiente integração dos membros das equipes; e pela falta de orientação do trabalho em função de prioridades, metas e resultados, definidos em comum acordo pela equipe, gestão municipal e comunidade;

V – Instabilidade das equipes e elevada rotatividade dos profissionais, comprometendo o vínculo, a continuidade do cuidado e a integração da equipe;

VI – Incipiência dos processos de gestão centrados na indução e acompanhamento da qualidade;

VII – Sobrecarga das equipes com número excessivo de pessoas sob sua responsabilidade, comprometendo a cobertura e qualidade de suas ações;

VIII – Pouca integração das equipes de AB com a rede de apoio diagnóstico e terapêutico e com os outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS);

IX – Baixa integralidade e resolutividade das práticas, com a persistência do modelo de queixa-conduta, de atenção prescritiva, procedimento-médico-centrada, focada na dimensão biomédica do processo saúde-doença-cuidado;

XI – Financiamento insuficiente e inadequado da AB, vinculado ao credenciamento de equipes, independentemente dos resultados e da melhoria da qualidade (BRASIL, 2012b, p. 9-10).

O PMAQ está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB, a saber: ADESÃO e CONTRATUALIZAÇÃO; DESENVOLVIMENTO; AVALIAÇÃO EXTERNA e RECONTRATUALIZAÇÃO. A primeira fase do PMAQ consiste na etapa formal de adesão ao programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes de atenção básica e os gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde, num processo que envolve a pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social (BRASIL, 2012b).

A segunda fase do PMAQ consiste na etapa de desenvolvimento do conjunto de ações que serão empreendidas pelas equipes de atenção básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Essa fase está organizada em quatro dimensões: 1) autoavaliação; 2) monitoramento; 3) educação permanente e 4) apoio institucional (BRASIL, 2012b).

O município de São Luís aderiu ao PMAQ, em março de 2013, com a adesão e contratualização de 70 Equipe de Saúde da Família (ESF). Em agosto de 2013, partiu-se para a fase de desenvolvimento com a avaliação das equipes através do instrumento de Autoavaliação de Melhoria do Acesso e da Qualidade da atenção básica (AMAQ), em 26 a 29 de novembro de 2013 as equipes passaram por uma avaliação externa coordenada por profissionais da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Atualmente, a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) está pactuando os indicadores e metas a serem alcançados pelas ESFs e aguardando o resultado da avaliação externa para, então, realizar a recontratualização (BRASIL, 2012b).

Destaque-se ainda que, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), São Luís possui uma população de 1.027.098 habitantes e, de acordo com estimativas do Ministério da Saúde, 32% dessa população são hipertensas. Sendo assim, o município de São Luís possui 328.671 hipertensos (BRASIL, 2013a). Contudo, segundo dados do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (SIS-HIPERDIA) do município de São Luís, tem-se apenas 9.155 hipertensos cadastrados com uma cobertura municipal de 3,7%, segundo dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de São Luís.

Com fundamento no exposto, pretende-se, com esta pesquisa, avaliar a qualidade da assistência ao hipertenso na atenção básica em um distrito do município de São Luís-MA, através do modelo unificado de Avedis Donabedian baseado em componentes do cuidado em saúde: Estrutura e Processo. Portanto, com a avaliação da qualidade da assistência ao hipertenso será permitida a identificação de falhas e a reflexão sobre a reorganização dos serviços de atendimento.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar a qualidade da assistência ao hipertenso na atenção básica, em um distrito sanitário do município de São Luís - MA.

2.2 Específicos

- a) Realizar uma revisão sistemática sobre o modelo lógico da atenção à hipertensão arterial na atenção básica;
- b) Avaliar a estrutura das unidades básicas de saúde;
- c) Avaliar o processo de trabalho das equipes de saúde da família.

3 QUESTÃO NORTEADORA

Qual a qualidade na assistência prestada ao hipertenso na atenção básica do distrito Bequimão, no município de São Luís – MA?

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Avaliação em saúde

A etimologia da palavra avaliar é bastante variada e complexa, pois possui muitos significados, segundo os dicionários. Dentre os sentidos mais aplicados na literatura, podem-se destacar: Calcular ou determinar a valia, o valor ou o merecimento, reconhecer a grandeza, intensidade ou a força, apreciar, computar, orçar ou fazer ideia de algo.

A sinonímia também merece destaque pois, de acordo com o emprego adequado da palavra, diferentes sentidos podem nortear os caminhos para os estudos sobre avaliação; entretanto, neste trabalho, o termo avaliar pode ser empregado no sentido de estimar, apreciar, examinar ou descrever algo.

Avaliação é um termo bastante enfatizado no plano dos discursos e das práticas em diferentes campos e também na saúde, mas que se vem revalorizando, face aos desafios e obstáculos que se apresentam nos vários setores ligados aos planejamento de ações de âmbito social, dentre os quais o setor saúde. Tais desafios conferem destaque à avaliação de sistemas, organização de serviços e da atenção à saúde, quer como ferramenta de gestão na tomada de decisão quer como alocação de recursos de forma mais adequada, quer ainda como instrumento de democratização e empoderamento da população (BOSI e MERCADO, 2006).

O conceito de avaliar remete a um leque bastante amplo de sentidos, não raro antagônicos. O termo avaliação assume, grosso modo, um sentido consensual, associado à atribuição de valor, à manifestação de alguém em relação a alguma coisa, sem um compromisso com o fundamento desse juízo ou com o uso de um determinado método. Se, no entanto, o que estiver em tela for avaliação de políticas e programas de saúde, inscrita, portanto, na esfera da cientificidade, não há tanta consonância. Nesse caso, a avaliação pode assumir um vasto espectro de desenhos e configurações, podendo variar teórica e metodologicamente, em função do escopo da intervenção ou da racionalidade científica que dá suporte ao estudo. A avaliação, nesse âmbito, pode ser definida:

[...] como um conjunto de procedimentos sistemáticos que buscam dar visibilidade ao *que é feito* por referência ao *que se pode e/ou se quer fazer* com respeito ao interesse, efetividade, operacionalidade e qualidade de ações, tecnologias, serviços ou programas de saúde (AYRES, 2004, p. 585, grifo do autor).

O termo *sistemático* nos parece especialmente importante, uma vez que realiza uma primeira demarcação, implicando, em rigor, o que situa a avaliação em âmbito distinto

daquele operado pelo senso comum. Apesar da aproximação com a pesquisa, ao contrário do que se espera da pesquisa, pretende-se emitir juízos de valor.

A questão se complexifica ainda mais quando se associa a este conceito outro igualmente polissêmico, a qualidade, dando origem a novos construtos: avaliação da qualidade, avaliação qualitativa, dentre outros. Analisamos a dificuldade da utilização do conceito da qualidade, apontando distintas definições e as tensões semânticas presentes nas definições deste termo na literatura, traduzindo o seu caráter multidimensional intrínseco ou extrínseco, abrangendo dimensões objetivas e subjetivas e revelando-se mesmo contraditório, à medida que possibilita polarizações cuja síntese aponta algumas dificuldades. Mas que isso, permite sob o rótulo qualidade agregar postulados inconciliáveis nos planos epistemológico, metodológico e político cabendo assinalar, sobretudo, a inclusão ou não da subjetividade (BOSI e MERCADO, 2006).

Ao pesquisar-se sobre as teorias que norteiam a qualidade em saúde encontra-se uma série de conceitos e perspectivas diferentes sobre o que é essa qualidade, às vezes divergentes e, em alguns casos, antagônicos (SOUZA JÚNIOR, 2002). Esta diversidade torna as questões relacionadas com a qualidade na prestação de serviços de saúde difíceis e complexas de abordar.

Mezomo (2001), ao compartilhar desta ideia, complementa - a afirmando que a qualidade se torna mais complexa na área da saúde porque não age em função de um único serviço (produto final), pois este é sempre incerto, não obedece a padrões estabelecidos e não tem qualidade uniforme.

Frise-se que um dos mecanismos de controle de qualidade é a avaliação. E, segundo Donabedian (1978), avaliar é monitorar continuamente os serviços de saúde oferecidos, para detectar e corrigir precocemente os desvios dos padrões encontrados, permitindo o aperfeiçoamento e desenvolvimento dos serviços avaliados. Com o intuito de desenvolver esse escopo ele desenvolveu uma metodologia conhecida como a Tríade de Donabedian. Neste modelo a avaliação da qualidade é realizada a partir da utilização de indicadores representativos de três aspectos principais: Estrutura, Processo e Resultado (DONABEDIAN, 1980, 1993).

O estudo da Estrutura desenvolve-se em um nível institucional e abrange a avaliação dos elementos estáveis da instituição e das características necessárias ao projeto assistencial, ou seja: avaliam-se a área física, recursos humanos, materiais e financeiros incluindo a capacitação dos profissionais e a organização dos serviços (REIS et al., 1990; SILVA e FORMIGLI, 1994; D'INNOCENZO et al., 2006; PERTENCE e MELLEIRO, 2010).

A análise de Processo tem como referencial o indivíduo e a população (REIS et al., 1990). Nesta abordagem realiza-se uma analogia entre as normas estabelecidas e os procedimentos empregados; descrevem-se as atividades prestadas na assistência, a competência médica no tratamento do problema e os aspectos éticos na relação entre profissionais e paciente durante todo o período do atendimento, desde a busca aos serviços de saúde até o diagnóstico e tratamento (REIS et al., 1990; SILVA e FORMIGLI, 1994; D'INNOCENZO et al., 2006; PERTENCE e MELLEIRO, 2010).

Saliente-se que, no estudo de Processo, a avaliação poderá ser realizada sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo, por meio de observação direta da prática e de estudos baseados nos registros, e utilizam-se critérios estabelecidos pelo estudo da eficácia e da prática rotineira para efetuar um atendimento mais efetivo e de qualidade (REIS et al., 1990).

Já a avaliação do Resultado é considerada no que existe de mais próximo em termos de avaliação de cuidado total, porém ela sofre a interferência de inúmeros fatores (DONABEDIAN, 1978).

Nesta etapa da avaliação verificam-se as mudanças relacionadas com conhecimento e comportamento, no estado de saúde do paciente e as consequências e efeitos obtidos no cuidado da população, bem como a satisfação do usuário e do profissional envolvidos na assistência (DONABEDIAN, 1992; SILVA e FORMIGLI, 1994; D'INNOCENZO et al., 2006; PERTENCE e MELLEIRO, 2010).

De acordo com Donabedian (1992), é o resultado que servirá de indicador para a avaliação indireta da qualidade e ele se tornará relevante por ser o responsável por intervir nos outros componentes e operar mudanças objetivas no sistema como um todo (PAGANINI, 1993).

Devido aos inúmeros fatores envolvidos no estado de saúde do paciente, existem inúmeras formas, eficazes e seguras, utilizadas para avaliar o Resultado. Entre elas incluem-se: a medida de capacidade física e estado funcional, inventários de saúde mental, medida do impacto das doenças sobre o comportamento dos indivíduos (Perfil de Impacto da Doença - SIP) e medida de percepção pessoal da saúde geral (REIS et al, 1990).

Mesmo que os Resultados sejam um parâmetro de qualidade do serviço prestado, é essencial associá-lo às avaliações de Processo e de Estrutura para conseguir identificar as razões das diferenças encontradas, para aperfeiçoar o uso dos recursos, melhorar o planejamento, as intervenções e aumentar o alcance da eficiência almejada (DONABEDIAN,

1980, 1992; PAGANINI, 1993; SILVA e FORMIGLI, 1994; MERHY, 2007; TANAKA, 2011).

Enfatize-se ainda que para Donabedian (1980, 1992), o Processo é o caminho direto para a avaliação da qualidade em saúde e o Resultado é o indicador indireto, pois reflete os efeitos das ações efetuadas. Por isso, ao iniciar-se a avaliação pelo Processo será possível identificar os resultados esperados e utilizá-los como parâmetro para o juízo de valor na avaliação dos resultados alcançados (TANAKA, 2011).

Atualmente, as investigações baseadas nos enfoques Estrutura, Processo e Resultado, estipulados por Donabedian, propõem um modelo integrativo com avaliação das relações entre a qualidade do cuidado, o estado de saúde e os gastos de recursos (REIS et al., 1990).

É importante destacar que a análise isolada de cada componente da Tríade de Donabedian apresenta problemas e insuficiências. Por isso, para melhorar a avaliação, utiliza-se um conjunto de indicadores representativos das três abordagens, que resgata e analisa os elementos constitutivos das estruturas institucionais, dos processos de trabalho e dos resultados da assistência prestada (DONABEDIAN, 1992; LIMA e KURGANCT, 2009).

Indicadores de qualidade são ferramentas básicas para o gerenciamento do sistema organizacional e podem ser definidos como uma unidade de análise, quantitativa ou qualitativa, que monitora e avalia a qualidade das ações planejadas e executadas relativas à assistência e as atividades de um serviço (JOINT COMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS, 1992; MORAES, 1994; PEREIRA, 1995; MOTA e CARVALHO, 1999).

Os indicadores são analisados sob a ótica de sete atributos de cuidados de saúde. Donabedian (1990) estabeleceu estes sete pilares como forma de ampliar o conceito complexo de qualidade, denominado “Sete Pilares da Qualidade” que são: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade, descritos no quadro 1.

Quadro 1 - Os sete pilares da qualidade

DIMENSÕES	DESCRIÇÃO DA DIMENSÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE
EFICÁCIA	É a capacidade do cuidado, na sua forma mais perfeita, de contribuir para a melhoria das condições de saúde, ou seja, capacidade de a arte e a ciência da saúde produzirem melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias.
EFETIVIDADE	É o quadro de melhorias possíveis nas condições de saúde obtido. Melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser mais precisamente especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alça-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis.
EFICIÊNCIA	É a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.
OTIMIZAÇÃO	Torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados de forma absoluta, mas relativamente aos custos. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais “adições” úteis perdem a razão de ser
ACEITABILIDADE	Sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade ao cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado, aos efeitos e ao custo do serviço prestado.
LEGITIMIDADE	Aceitabilidade do cuidado da forma com que é vista pela comunidade ou sociedade em geral. É a conformidade com as preferências sociais.
EQUIDADE	Princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros da população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade. Igualdade na distribuição do cuidado e de seus efeitos sobre a saúde.

Fonte: Adaptado de Donabedian (1990)

A maneira como os indicadores são selecionados, organizados e seus dados coletados influenciará diretamente na qualidade da avaliação; por isso, é necessário conhecer algumas características que dão um grau de excelência a um indicador. Entre elas podemos considerar:

- a) Confiabilidade: dados fidedignos, mesma medida pode ser obtida por diferentes pesquisadores frente a um mesmo evento;
- b) Validade: legitimidade das características do fenômeno ou critério que se quer medir;
- c) Simplicidade: fácil de compreensão;
- d) Sensibilidade: distinguir as variações ocasionais de tendência do fenômeno ou critério examinado;
- e) Objetividade: objetivo claro;
- f) Abrangência: sintetizar o maior número possível de condições ou fatores distintos que afetem a situação examinada;
- g) Baixo custo: altos custos financeiros inviabilizam sua utilização rotineira
- h) Compatibilidade: compatível com os métodos de coleta disponíveis (TAKASHINA, 2004);
- i) Utilidade: as informações obtidas devem ser relevantes para a tomada de decisão (BOHOMOL et al., 2005);

Como toda metodologia, o modelo criado por Donabedian (1992) também possui limitações registradas pelo próprio autor em suas publicações.

Primeiramente, ele expõe que a abordagem desenvolvida por ele é uma versão simplificada da realidade, na qual a validade do processo avaliativo depende da relação causal de probabilidade existente entre os componentes da Tríade. Ademais, Donabedian (1992) considera que a análise isolada da Estrutura, do Processo ou do Resultado gerará insuficiência de referências; por isso, ele estipulou o uso de indicadores representativos das três abordagens da Tríade.

Mesmo assim, esse tipo de referencial apresenta inconsistências, principalmente devido à homogeneização de indicadores distintos para uma mesma abordagem. Como, por exemplo, a utilização de recursos financeiros e recursos humanos monitorados no mesmo enfoque da Estrutura.

Outra limitação registrada por Donabedian (1992) resulta que, embora haja um pressuposto de uma ordem de funcionalidade entre aos componentes da Tríade, na prática concreta dos serviços de saúde, esta direcionalidade nem sempre estará presente. Não podemos firmar que a Estrutura sempre influi no processo nem que o Processo sempre se relaciona com o Resultado.

Também há inconsistência com relação à subjetividade do conceito de qualidade. Cada paciente e profissional da saúde reagem de uma forma diferente ao mesmo serviço. Isso ocorre, pois cada indivíduo possui uma percepção e padrões de qualidade diferentes em cada momento da vida, podendo sofrer alterações até pelo estado de espírito de quem atendeu e de quem é atendido no dia da prestação do serviço (VASCONCELLOS, 2002).

A satisfação do usuário e os aspectos relativos aos cuidados podem influenciar no grau de adesão do paciente ao tratamento, nas ações preventivas recomendadas pelos profissionais da saúde e até mesmo pode alterar o desfecho terapêutico. Por isso, torna-se relevante conhecer a percepção do paciente (SILVA e FORMIGLI, 1994).

Castellanos (2002), em um dos seus estudos, concluiu a existência de percepções distintas do que considera ser qualidade para os pacientes e gestores. Isto comprova que a percepção de um serviço dependerá de um julgamento pessoal e reforçará a importância de conhecer as expectativas dos clientes para favorecer o alcance das melhorias almejadas.

Por último nota-se que, apesar das avaliações serem componentes indispensáveis no processo de gestão, elas não são executadas rotineiramente na prática dos serviços de saúde, e, quando são realizadas, são pouco divulgadas, enfrentando dificuldades metodológicas e operacionais na sua execução. Por sua vez um dos obstáculos diz respeito à enorme diversidade terminológica existente nos enfoques teóricos sobre o tema. Essa variedade de definições pode ser relacionada com a complexidade do assunto que pode ser interpretado de diversas maneiras dependendo da concepção sobre saúde (SILVA e FORMIGLI, 1994).

Apesar de todas as limitações é importante que o gestor saiba escolher sistemas de avaliações e indicadores compatíveis com a administração dos serviços para conseguir valorizar a avaliação.

4.2 Hipertensão arterial no contexto das políticas públicas

No Brasil, principalmente nas últimas décadas, vem ocorrendo ampla mobilização para implementação de ações de prevenção, tratamento e controle da HA por meio da reorganização dos serviços do SUS, fornecendo à rede básica de saúde maior poder de resolução nas questões relacionadas à doença.

Em 2001, o Ministério da Saúde apresentou o Plano de Reorganização de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (DM) e, para tanto, contou com o auxílio das

sociedades científicas de Cardiologia, Diabetes, HA e Nefrologia, bem como das federações nacionais dos portadores de Diabetes e Hipertensão Arterial, conjuntamente com as Secretarias Estaduais, através do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e as Secretarias Municipais, através do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) (BRASIL, 2002a).

O referido Plano tem o propósito de vincular os portadores desses agravos às unidades de saúdes, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático mediante ações de capacitação dos profissionais de saúde e de reorganização desses serviços.

Essa medida tem como objetivos: a redução das internações, prevalência e mortes, além de amenizar a procura da população pelo pronto atendimento. Propõe-se, também, diminuir os gastos públicos com tratamentos das complicações, com aposentadorias precoces, aumentando o grau de conhecimento da população sobre a importância do controle da HA, sobretudo, garantindo o acesso dos portadores aos serviços básicos de saúde, através do incentivo de políticas e programas comunitário, visando, por conseguinte, a melhoria da qualidade de vida da população brasileira.

Nessas parcerias, o Ministério da Saúde assumiu a responsabilidade de criar e normalizar as ações estratégicas de atenção básica a serem executadas por todos os municípios que correspondem a ações mínimas, sendo as de maior complexidade, definidas por cada município a partir do seu perfil epidemiológico e das respectivas prioridades políticas.

Para o processo de implantação e operacionalização dessas ações, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), de nº 01/2001 do SUS, tem sido importante por disponibilizar instrumentos para a reorganização do sistema, garantindo a equidade no acesso da população às ações e serviços de saúde, em todos os níveis de assistência. Outrossim, dentre as estratégias para implementação da assistência aos portadores da HA, no Brasil, surgiu em 1994, o Programa Saúde da Família, que por meio de suas equipes de saúde, define a clientela adscrita e para a qual representa a porta de entrada no sistema, buscando a integralidade das ações, contextualizando-as individual e coletivamente para a prevenção de doenças, a promoção e recuperação da saúde.

Na NOAS/SUS, entre as ações estratégicas mínimas de responsabilidade dos municípios, está o controle da HA, a ser desenvolvido por meio do diagnóstico precoce de

casos, no cadastramento de portadores, na busca ativa, no tratamento e nas ações educativas (SOUSA et al., 2006).

Em 2002, foi criado o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos. Esta iniciativa surgiu pela necessidade de uma abordagem mais ampla da questão do acompanhamento do hipertenso e diabético, diante do pouco vínculo que se estabelecem entre os indivíduos doentes, Unidades Básicas de Saúde e profissionais de saúde (OLIVEIRA, 2006).

Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes (HiperDia) constitui-se em um instrumento de acompanhamento de usuários hipertensos e/ou diabéticos, com as funções de vincular o paciente à Unidade Básica de Saúde (UBS) e à ESF de sua referência, realizar uma assistência contínua e de qualidade e fornecer medicamentos de maneira regular. Para tanto, utilizam-se de fichas com vistas a realizar o cadastro e o acompanhamento dos usuários, bem como fazer avaliação de risco entre os pacientes cadastrados (BRASIL, 2002a).

O HiperDia foi consolidado por intermédio dos profissionais atuantes na estratégia Saúde da Família (SF), que, ao implementarem as ações aos usuários e demonstrarem a importância que a HAS e o DM apresentam, instigam modelos de atenção mais responsáveis e estimulam nos usuários o autocuidado, corresponsabilizando-os pela sua própria saúde (BRASIL, 2002b).

No entanto, devido à grande demanda de questionamentos feitos às equipes de Saúde acerca da continuidade do sistema Hiperdia, bem como devido a outros motivos alheios ao público em geral, ele foi recentemente descontinuado a pedido da área gestora (Departamento da Atenção Básica - DAB) (BRASIL, 2014c).

Saliente-se que o Hiperdia era um sistema informatizado que permitia o cadastramento e o acompanhamento dos portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, captados e vinculados às unidades de saúde ou equipes da Atenção Básica do SUS. O Hiperdia gerava informações para os profissionais e gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde, objetivando possibilitar a gestão do cuidado com a vinculação dos portadores de DM e HAS, à unidade básica ou equipe de saúde. Além disso, tinha como propósito o monitoramento de forma contínua à qualidade clínica (outcome), o controle desses agravos e seus fatores de risco na população assistida, a fim de fornecer informações gerenciais que permitisse a tomada de decisão pelos gestores públicos, para a adoção de estratégias de intervenção geral ou pontual, tais como: estimar o acesso aos serviços de saúde e o uso de materiais, planejar demanda para referenciamentos, propiciar

recursos humanos e capacitações; fornecer subsídios à gerência e gestão da assistência farmacêutica; instrumentalização da vigilância à saúde, fornecimento de informações que permitissem o conhecimento do perfil epidemiológico da HAS e do DM, seus fatores de risco e suas implicações na população; possibilidade do controle social através de informações que permitem analisar acesso, cobertura e qualidade da atenção (BRASIL, 2013c).

Segundo o Ministério da Saúde (MS) o Hiperdia foi trocado pelo sistema e-SUS AB, no final de 2013. Como justificativa, além das demandas feitas pelas equipes de saúde, o MS com o objetivo brasileiro de ter um SUS que efetivamente cuida da população, demanda organização e uma capacidade de gestão do cuidado à saúde cada vez mais efetivas. Para atingir esse desafio, no contexto do maior sistema público de saúde do mundo, é essencial ter Sistemas de Informação em Saúde (SIS) que contribuam com a integração entre os diversos pontos da rede de atenção e permitam interoperabilidade entre os diferentes sistemas (PORTAL DA SAÚDE, 2014a).

O e-SUS é uma das estratégias do Ministério da Saúde para desenvolver, reestruturar e garantir a integração desses sistemas, de modo a permitir um registro da situação de saúde individualizado por meio do Cartão Nacional de Saúde. O nome e-SUS faz referência a um SUS eletrônico, cujo objetivo é, sobretudo, facilitar e contribuir com a organização do trabalho dos profissionais de saúde, elemento decisivo para a qualidade da atenção à saúde prestada à população (PORTAL DA SAÚDE, 2014a).

A estratégia é composta por dois sistemas de “*software*” que instrumentalizam a coleta dos dados que serão inseridos no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), que são a Coleta de Dados Simplificado (CDS) e o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). A escolha e implantação de um dos Sistemas dependerá dos diferentes cenários de informatização do Distrito Federal e dos Municípios (BRASIL, 2013b).

O DAB/SAS desencadeou um processo de avaliação e reestruturação dos sistemas de informação da AB de modo a facilitar o processo de trabalho e de gestão da AB. Os frutos dessa nova estratégia são o SISAB e um novo software, o e-SUS Atenção Básica (PORTAL DA SAÚDE, 2014b).

O SISAB terá o registro individualizado das informações de cada cidadão, unificando e integrando todos os sistemas de software atualmente na AB. Já o e-SUS será o sistema utilizado pelos profissionais de saúde para inserção e consulta de dados sobre os usuários de saúde e seus trabalhos (PORTAL DA SAÚDE, 2014b).

Neste sentido e compreendendo os desafios lançados para os serviços de saúde, e a necessidade de aprofundar as ferramentas de planejamento, que facilitem e estimulem a construção de abordagens e considerem o cuidado integral, atendendo às necessidades de saúde da população. O Ministério da Saúde, no ano de 2013, por meio do Caderno de Atenção Básica, nº 37, lançou as estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – hipertensão arterial sistêmica, ressaltando mais uma vez que a atenção primária deve conduzir atividades de promoção, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado da HAS. Recomendou também que a equipe de saúde contemple os saberes dos diferentes profissionais envolvidos, bem como conduza rotinas e procedimentos que ordenem as ações de saúde da equipe, em particular dos serviços organizados segundo a ESF (BRASIL, 2013a).

Em 2014, o MS lançou o caderno de atenção básica, Nº 35: estratégias para o cuidado da pessoa com doenças crônicas, onde faz uma abordagem sobre as diretrizes, metodologias e instrumentos de apoio às equipes de Saúde, realizando um esforço para que se organize a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. Esta rede visa qualificar o cuidado integral, unindo e ampliando as estratégias de promoção da saúde, de prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações, e de tratamento e recuperação (BRASIL, 2014).

Propõe ainda que o cuidar faz parte do cotidiano humano e refere-se a um agir de respeito e responsabilização, constituindo uma atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo acolhimento, escuta do sujeito (VALLA e LACERDA, 2004). Com base nesta co-responsabilidade o processo de trabalho das equipes de saúde deverá levar em consideração não apenas as tecnologias duras, mas também a escuta dos sujeitos, com a finalidade de subsidiar a prática baseada em evidências, considerando o processo sócio-cultural de viver dos indivíduos, deste modo eles se sentiram acolhidos em suas necessidades e dificuldades (BRASIL, 2014).

Outra importante iniciativa do Governo federal foi o lançamento em 2013 da Política Nacional de Assistência Farmacêutica do SUS. Envolvendo um grupo de ações desenvolvidas de forma articulada pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e do Distrito Federal, para garantir o custeio e o fornecimento dos medicamentos e insumos essenciais presentes na Relação Nacional de Medicamentos RENAME vigente, destinados ao atendimento dos agravos prevalentes e prioritários da Atenção Básica. Seu financiamento e execução encontram-se normatizados pela Portaria GM/MS nº 1.555 de 30 de julho de 2013.

Cumprir-se destacar-se que o Componente Básico da Assistência Farmacêutica destina-se ao fornecimento dos medicamentos e insumos para o tratamento precoce e adequado dos problemas mais comuns e/ou prioritários, passíveis de atendimento em nível básico, incluindo aqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos. A execução das ações e serviços de saúde do Componente Básico da Assistência Farmacêutica é descentralizada, sendo o Distrito Federal responsável pela seleção, programação, aquisição, armazenamento (controle de estoque e prazos de validade), distribuição e dispensação dos medicamentos e insumos. No âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, a prescrição e dispensação de medicamentos e insumos são regulamentadas pela Portaria nº 111 de 27 de junho de 2012.

Esse novo modelo, que mantém as mesmas propostas, visa o diagnóstico precoce e o controle das DCNT, pressupondo uma nova organização do processo de trabalho das equipes, destacando-se as ações intersetoriais, que é um importante instrumento para as ações de promoção à saúde. A adoção das linhas de cuidado como organizadoras do trabalho, com a vinculação das equipes de saúde à população da área adscrita da UBS e a atenção primária como ordenadora do sistema é responsável pelo acompanhamento dos sujeitos até a alta complexidade. Nesta perspectiva o enfermeiro, que além das atividades assistenciais e educativas, atua na gerência das equipes da ESF, deverá direcionar sua prática para intervir na organização do processo de trabalho, com uma nova estratégia articulada com a equipe de saúde a fim de que cada sujeito possa desempenhar seu trabalho como agente de transformação.

Portanto, desde o fim da década de 1980, com a implementação do SUS e a tentativa de reorganização do modelo assistencial, o país já alcançou inúmeras conquistas em diversas áreas, com diferentes populações. No entanto, apesar de várias Políticas Públicas terem sido instauradas pelo Estado brasileiro, ainda é difícil o controle dos fatores de risco da HAS, o diagnóstico precoce, a acessibilidade dos usuários ao serviço, a manutenção do tratamento e a diminuição dos agravos cardiovasculares, e dos custos financeiros para o sistema público, uma vez que a doença possui particularidades que dificultam o diagnóstico e a manutenção da terapêutica. O Brasil, além das dificuldades de ser um país em desenvolvimento, possui uma dimensão continental, com diferenças significativas entre suas diferentes regiões, o que se torna um empecilho para a implementação de programas abrangentes e eficazes para DCNT.

5 MATERIAL E MÉTODOS

A realização desta pesquisa ocorreu em duas etapas distintas: a primeira etapa correspondeu à adaptação do modelo lógico da atenção ao hipertenso na atenção básica, por meio de uma revisão sistemática e análise dos documentos oficiais do Ministério da Saúde que tratam da atenção ao hipertenso. A segunda etapa efetivou-se na avaliação da qualidade da assistência ao hipertenso na atenção básica do distrito Bequimão no município de São Luís-MA, através de um estudo avaliativo, tipo normativo, com abordagem quantitativa.

5.1 Primeira etapa: adaptação de um modelo lógico da atenção à hipertensão arterial na atenção básica

Essa etapa foi realizada através de uma revisão sistemática, que inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos. Este método de pesquisa permitirá a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo (MENDES et al., 2008).

Para sua elaboração as seguintes etapas foram percorridas: estabelecimento da hipótese e objetivos da revisão sistemática; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos para a seleção da amostra; definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados e análise dos resultados.

Formulou-se a seguinte questão norteadora para guiar a revisão sistemática: Qual o modelo lógico da atenção à hipertensão arterial desenvolvida pelas equipes de Saúde da Família? Os critérios de inclusão utilizados para a seleção da amostra foram artigos completos, disponíveis eletronicamente, nos idiomas português, inglês ou espanhol com data da publicação a partir de 2009, uma vez que se buscou o modelo lógico da atenção à hipertensão arterial desenvolvida pelas equipes de Saúde da Família. Por sua vez, como critério de exclusão, os artigos repetidos foram retirados da análise do estudo.

O levantamento dos artigos foi realizado no mês de setembro de 2014 em três bases de dados indexadas: Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE). Dessa forma, procurou-se ampliar o âmbito da pesquisa, minimizando possíveis vieses nessa etapa do processo de elaboração da revisão sistemática.

Para o levantamento dos artigos, buscou-se utilizar os descritores controlados da Biblioteca Virtual em Saúde, por meio dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), como “hipertenso”, “avaliação” e “qualidade”; “hipertenso”, “assistência” e “qualidade”. Em virtude das características específicas para o acesso de cada uma das bases de dados selecionadas, as estratégias utilizadas para a busca dos artigos foram adaptadas para cada uma, tendo sempre como eixo norteador a questão previamente elaborada e os critérios de inclusão.

5.2 Segunda etapa: avaliação da qualidade da assistência ao hipertenso na atenção básica no distrito Bequimão

Para execução desta etapa foi realizado um estudo avaliativo, tipo normativo, com abordagem quantitativa. A avaliação normativa tem como principal referencial teórico Donabedian (1966), o qual propõe trabalhar com a tríade estrutura, processo e resultado, e faz seu julgamento comparando estes com os critérios e normas existentes.

Neste estudo, a abordagem quantitativa, foi analisada através do instrumento de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade do Ministério da Saúde (AMAQ-MS).

5.2.1 Local do estudo

A pesquisa foi realizada em São Luís (MA) cuja população de 1.027.098 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010) o torna o décimo-quinto município mais populoso do Brasil, sendo o 13º entre as capitais, o 4º da região Nordeste e 1º do Maranhão. Sua área é de 831,7 km², sendo que 157,56 km² estão em perímetro urbano.

O município é a capital do Estado do Maranhão. Situa-se em uma ilha localizada no litoral norte do Estado, na região Nordeste do país. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município é de 0.778, considerado alto quando comparado ao IDH do Estado do Maranhão como um todo. Localiza-se em uma das regiões mais pobres do país, onde apenas 50% das residências são ligadas à rede de esgotos e 75% recebem água encanada (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

A Atenção Básica é oferecida à população através das 103 Equipes de Saúde da Família, distribuídas nos sete distritos sanitários, sendo seis na zona urbana (Centro, Bequimão, Cohab, Coroadinho, Itaqui Bacanga e Tirirical) e um na zona rural (Vila Esperança), totalizando uma cobertura municipal de 34,4%, conforme figura 1.

Figura 1 - Distribuição distrital do percentual de cobertura da Estratégia Saúde da Família



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Luís

O presente estudo foi realizado no distrito Bequimão que possui seus serviços estruturados com o Hospital da criança, Unidade Mista do Bequimão, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) da Alemanha, Unidade Saúde da Família Amar e Centro de Saúde da Radional. A escolha deste distrito ocorreu pelo fato que 100% das equipes de saúde da família aderiram ao PMAQ (tabela 1), que serviu de parâmetro para análise

metodológica deste estudo, além de possuir uma localização geográfica privilegiada, centralizada.

Tabela 1 - Distribuição das Equipes de Saúde da Família por Distritos Sanitários do Município de São Luis-MA

DISTRITO	N° ESF QUE PREENCHERAM	
	O AMAQ	N° ESF
Coroadinho	1	4
Bequimão	5	5
Cohab	6	13
Centro	8	10
Itaqui/Bacanga	11	17
Vila Esperança	12	17
Tirirical	27	37
Total	70	103

Fonte: Liane Batista da Cruz Soares

5.2.2 Abordagem quantitativa

A abordagem quantitativa foi realizada através da análise de dados secundários fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS). Foram utilizados dados referente ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

5.2.2.1 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através de dados secundários do questionário de AMAQ que é uma ferramenta construída a partir da revisão e adaptação do projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) e de outras ferramentas de avaliação de serviços de saúde, utilizadas e validadas nacional e internacionalmente, a exemplo do MoniQuor, PCATool e Quality book of Tools (PORTUGAL, 1999a, 1999b; LEVITT e HILTS, 2010), após autorização para uso desses arquivos (ANEXO A).

A elaboração desse instrumento foi norteadada pelos princípios e diretrizes da Atenção Básica no Brasil, sendo complementado pelas seguintes diretrizes:

I – Refletir os objetivos centrais e diretrizes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica; II – Ser capaz de promover reflexões sobre as responsabilidades, tanto no que se refere à forma de organização e à prática de trabalho dos atores envolvidos na gestão municipal e equipes de atenção básica, com vistas a promover o acesso com qualidade aos serviços oferecidos; III – Estimular a efetiva mudança do modelo de atenção e o fortalecimento da orientação dos serviços em função das necessidades e satisfação dos usuários; IV – Refletir padrões de qualidade que tenham caráter incremental em si mesmo, cuja adequação da situação analisada se dá por meio de escala numérica e V – Possibilitar a quantificação das respostas autoavaliativas, de maneira a viabilizar a constituição de escores gerais de qualidade (BRASIL, 2012b, p. 40).

O instrumento está estruturado da seguinte forma: Parte I- Equipe de Atenção Básica, com foco na Equipe de Atenção Básica e Parte II- Equipe de Saúde Bucal, com foco nas equipes de Saúde Bucal. Os padrões do AMAQ agrupam-se em duas unidades de análise que considera as competências da gestão e da equipe. O conjunto de padrões foram definidos pela relação direta com as práticas e competências dos atores envolvidos – gestão, coordenação e equipe de atenção básica.

Embora os dois componentes centrais estejam organizados de maneira equivalente, deve-se considerar que o componente gestão é corresponsável por parte das condições e oportunidades que permitem o componente equipe acontecer. Porém, procurou-se, no componente equipe, dar destaque às questões que são de considerável autonomia. Ressalte-se, ainda, que os elementos de estrutura, embora possam e devam ser avaliados no âmbito do trabalho das equipes, são de maior responsabilidade dos gestores, devendo, portanto, ser objeto de autoanálise desse ator.

a) Parte I: Equipe de Atenção Básica

São quatro dimensões que se desdobram em 14 subdimensões, e estas, em padrões que abrangem o que é esperado em termos de qualidade para a atenção básica. As competências da gestão, coordenação e equipes de atenção básica na AMAQ são traduzidas por meio das subdimensões apresentadas na figura 2:

Figura 2 – Estrutura do Instrumento AMAQ – AB: equipe de Atenção Básica

Unidade de Análise	Dimensão	Subdimensão
GESTÃO	Gestão Municipal	A – Implantação e implementação da Atenção Básica no Município
		B – Organização e integração da Rede de Atenção à Saúde
		C – Gestão do trabalho
		D – Participação, controle social e satisfação do usuário
	Gestão da Atenção Básica	E – Apoio institucional
		F – Educação permanente
		G – Monitoramento e avaliação
EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA	Unidade Básica de Saúde	H – Infraestrutura e equipamentos
		I – Insumos, imunobiológicos e medicamentos
	Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde	J – Educação permanente e qualificação das equipes de Atenção Básica
		K – Organização do processo de trabalho
		L – Atenção integral à saúde
		M – Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário
		N – Programa Saúde Escola

Fonte: Brasil (2012b)

5.2.2.2 Avaliação da estrutura

Para avaliação da estrutura foram utilizadas as subdimensões “H” e “I” do AMAQ. Sendo que a subdimensão “H” avalia infraestrutura e equipamentos da unidade básica de saúde. E a subdimensão “I” avalia o armazenamento, a disponibilidade e a suficiência de insumos, imunobiológicos e medicamentos para o desenvolvimento de ações em saúde e o processo de dispensação/controle das vacinas e medicamentos pela Unidade Básica de Saúde.

Contudo, estrutura física adequada e disponibilidade de equipamentos e materiais necessários, de acordo com o quantitativo da população adscrita e suas especificidades, são de fundamental importância para a organização dos processos de trabalho e a atenção à saúde dos usuários (ANEXOS B e C).

5.2.2.3 Avaliação do processo

Para avaliação do processo foram utilizadas as subdimensões “J”, “K” e “L” do AMAQ, sendo que a subdimensão “J” avalia o perfil dos profissionais da equipe de saúde da

família, vinculado a características pessoais, ao processo de formação e qualificação, bem como às suas experiências, vivências e práticas. Esse perfil pode ser aperfeiçoado com a implementação de estratégias de educação permanente, entre outras ações que valorizam o profissional. A subdimensão “K” avalia organização do processo de trabalho das equipes de saúde da família e a subdimensão “L” avalia a atenção integral à saúde envolvendo o acolhimento, tanto da demanda programada, quanto da espontânea, em todas as fases do desenvolvimento humano.

Destaque-se que a organização do trabalho na atenção básica consiste na estruturação dos processos de trabalho da equipe que realiza o cuidado, envolvendo: adscrição do território; diagnóstico situacional do território; ações no território como a busca ativa e visitas domiciliares permanentes e sistemáticas, além de ações de prevenção e promoção; acolhimento resolutivo em tempo integral (com análise de necessidades de saúde, avaliação de vulnerabilidade e classificação de risco); atendimento de urgências e emergências médicas e odontológicas durante o tempo da jornada de trabalho da unidade de saúde; atenção orientada pela lógica das necessidades de saúde da população; planejamento das ações integrado e horizontalizado; serviços com rotinas estabelecidas em cronogramas, fluxogramas e protocolos clínicos; linhas de cuidado com definição, monitoramento e regulação de fluxos, solicitações e compromissos com outros pontos de atenção com vistas a coordenar o cuidado na rede de atenção; práticas sistemáticas de monitoramento e análise dos resultados alcançados pela equipe e avaliação da situação de saúde do território (ANEXOS D a G).

5.2.2.4 População

A população em estudo foram as equipes de saúde da família que realizaram a adesão e contratualização com o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica do distrito Bequimão do município de São Luis – MA.

5.2.3 Amostra

A amostra foi composta por 5 equipes de saúde da família, conforme descrito na tabela 2. Totalizaram 41 profissionais de saúde, distribuídos em médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem, auxiliar de consultório dentário (ACD) e agentes comunitários de saúde.

Tabela 2 - Distribuição das equipes de saúde da família do distrito Bequimão

Equipe	Médico	Enfermeiro	Dentista	Téc de enf	ACD	ACS	Total
0002	1	1	0	1	0	6	9
0003	1	1	0	1	0	4	7
0061	1	1	1	1	1	5	10
0062	1	1	0	1	0	4	7
0091	1	1	0	1	0	5	8
Total	5	5	1	5	1	24	41

Fonte: Liane Batista da Cruz Soares

5.2.3.1 *Análise estatística dos dados*

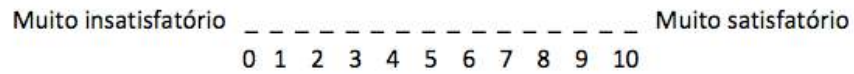
Os dados coletados foram processados pelo programa estatístico Stata® (versão 12.0 2011). Foi realizado tratamento estatístico descritivos nas variáveis quantitativas discretas, sendo que a organização e apresentação dos dados foram realizadas através das tabelas de frequências.

5.2.3.2 *Análise dos resultados*

Para compreensão da análise dos resultados é interessante que façamos uma apreciação do método de análise adotado no AMAQ. A metodologia utilizada permite aos respondentes avaliar o grau de adequação das suas práticas aos padrões de qualidade apresentados. Para tanto, uma escala de pontuação, variando entre 0 e 10 pontos, é atribuída a cada padrão. Essa escala é classificada como do tipo não comparativa, pois, nela, cada um é avaliado por si só. Essas escalas apresentam as categorias de maneira absoluta, entre as quais o respondente escolhe a que melhor represente sua atitude em relação à questão avaliada, permitindo, assim, a mensuração das opiniões da maneira mais objetiva.

Considerando-se que o uso de terminologias comumente empregadas na construção de escalas poderá influenciar a percepção do respondente, optou-se pela não classificação da escala presente nos padrões (SANTOS, 2006). Nesse sentido, ao utilizar o instrumento, o respondente deve considerar que o ponto 0 (zero) indica o não cumprimento ao

padrão, o ponto 10 é a total adequação e os intervalos entre 0 e 10 são graus de conformidade/atendimento da situação analisada em relação à qualidade desejada.



A utilização de escalas com muitas categorias é indicada em instrumentos cujos sujeitos que farão uso tenham algum grau de apropriação sobre os temas abordados. Outro aspecto que vale ressaltar, sobre o uso dessas escalas, é a possibilidade de se obterem coeficientes de correlação mais fidedignos entre os padrões de qualidade, por ser esta uma escala de maior sensibilidade (BRASIL, 2013b).

Contudo, para a análise dos resultados, determinou-se um padrão de adequação com intuito de padronizar as discussões, considerou-se então que a escala de 0 a 10 fosse distribuída em quatro padrões de adequação, sendo de 0 – 4 classificado como padrão **inadequado**, 5 **parcialmente inadequado**, 6-7 **parcialmente adequado** e 8-10 **adequado**.

5.4 Aspectos éticos

O projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Ceuma para apreciação de acordo com as diretrizes e normas reguladoras da pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466/12, obtendo aprovação, segundo o parecer consubstanciado de número 791.493, em 15 de setembro de 2014.

6 RESULTADOS

6.1 Artigo 1

**Adaptação de um modelo lógico da atenção à hipertensão
arterial na atenção básica: uma revisão sistemática**

(a ser submetido à Revista Ciência & Saúde Coletiva, Fator de impacto 0.2209. Qualis B1)

ADAPTAÇÃO DE UM MODELO LÓGICO DA ATENÇÃO À HIPERTENSÃO
ARTERIAL NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

ADAPTATION OF A LOGICAL MODEL OF ATTENTION TO HYPERTENSION IN
PRIMARY CARE: A SYSTEMATIC REVIEW.

Liane Batista Da Cruz Soares

Universidade Ceuma. Unidade Renascença. Rua Josué Montello, nº 1, Renascença II São Luís
– MA, CEP 65.075-120. E-mail: lianebatistadacruz@hotmail.com

Ivan de Abreu Figueiredo. Universidade Ceuma. Unidade Renascença. Rua Josué Montello,
nº 1, Renascença II São Luís – MA, CEP 65.075-120. E-mail: ivanfig@terra.com.br.

Flor de Maria Araújo Mendonça. Universidade Ceuma. Unidade Renascença. Rua Josué
Montello, nº 1, Renascença II São Luís – MA, CEP 65.075-120. E-mail:
floragyhn@gmail.com.

Resumo

O presente estudo tem como objetivo realizar uma revisão sistemática sobre o modelo lógico da atenção à hipertensão arterial na atenção básica. A revisão sistemática foi realizada no mês de setembro de 2014, em 3 bases de dados indexadas: Periódicos Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE). Foi identificado um artigo que descreveu a construção de um Modelo Lógico. Após análise do modelo lógico proposto e dos documentos oficiais do Ministério da Saúde, foram realizadas algumas modificações no componente de prevenção, componente de cuidado, processo (retirou-se orientação sobre hábitos e estilos de vida saudáveis e programação de atividade física; acrescentaram-se grupos terapêuticos de hipertensos, educação continuada para hipertensos sobre alimentação saudável e incentivo a atividade física). No componente controle, componente de cuidado, processo (acrescentou-se estratificação). Espera-se que o modelo lógico proposto sirva de “modelo” para as ESF, a fim de que ocorram mudanças decorrentes dos produtos gerados pelas ações. Mudanças específicas no comportamento, conhecimento, habilidades, ou nível de desempenho do participante do programa, que poderão incluir melhoria da qualidade de vida.

Palavras-chave: Modelo Lógico. Hipertensão. Estratégia Saúde da Família.

Abstract

This study aims to conduct a systematic review of the logical model of health care for hypertension in primary care. A systematic review was conducted in September 2014 through 3 indexed databases: CAPES periodicals, SciELO and MEDLINE. An article which described

the construction of a logical model has been identified. After analysis of the logical model proposed and official documents of the Ministry of Health, it was carried out some modifications in the component of prevention, care component, process (retired guidance on healthy habits and lifestyles and physical activity programming if added Therapeutic hypertensive groups, continuing education for hypertensive on healthy eating and encouraging physical activity). In the control component, care component, process (if added stratification). It is expected that the logical model proposed will serve as a "model" for the ESF in order that there will be changes arising from the products generated by actions. Specific changes in behavior, knowledge, skills, or performance level program participant, which may include improving quality of life.

Keywords: Logic Model. Hypertension. Family Health Strategy.

Introdução

As transições demográficas, nutricionais e epidemiológicas, ocorridas no século XX, resultaram em significativa diminuição das taxas de fecundidade e natalidade e no aumento progressivo da expectativa de vida e da proporção de idosos em relação aos demais grupos etários. Como consequência, tem-se observado uma maior participação das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no perfil de morbimortalidade da população e a diminuição da morbimortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, apesar destas últimas ainda representarem um importante problema de saúde pública em diversos países.¹

Na segunda metade do século XX houve crescimento expressivo das DCNT, principalmente as cardiovasculares, neoplásicas, respiratórias e diabetes. Tais enfermidades são responsáveis por 63% de todas as 36 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2008² e por 80% daquelas ocorridas em países de média e baixa renda, no ano de 2005. O aumento epidêmico dessas doenças deveu-se às profundas mudanças sociais, econômicas, demográficas e culturais ocorridas no século passado. Se nada for feito para reduzir esse ônus, entre 2006 e 2015 serão perdidos US\$ 84 bilhões de produção econômica em 23 países de baixa e média renda, em decorrência de doenças cardiovasculares e diabetes.³

No cenário mundial, as DCNT representam, hoje, as principais causas de morte no Canadá e EUA, e também na América Latina e Caribe.⁴ No Brasil, em 2007, 72,0% dos óbitos ocorridos no país foram decorrentes de DCNTs, sendo 31,3% de doenças do aparelho circulatório, 16,3% câncer, 5,% diabetes e 5,8% devido a doença respiratória crônica.⁵ Carnellosso et al.⁶ acrescentam que a expansão acelerada das doenças crônicas, como fato incontestável no mundo globalizado, constitui-se um desafio para as autoridades sanitárias e profissionais de saúde no desenvolvimento de políticas públicas capazes de conter essa

epidemia que se pronuncia para um futuro muito próximo, devendo responder, mundialmente, por 80% da carga de doenças.

Considerando a gravidade do problema a Organização Mundial da Saúde (OMS) aprovou, em 2000, uma Resolução endossando a Estratégia Global para Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis com ênfase nos países em desenvolvimento. Duas Estratégias Globais merecem destaque. No ano de 2003, foi estabelecida a Convenção Quadro para o Controle do Tabaco, o primeiro tratado internacional da história sobre saúde pública, firmando um compromisso internacional para a adoção de medidas de restrição ao consumo de cigarros e outros produtos derivados do tabaco.³

Em 2004, foi aprovada a Estratégia Global para Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, com quatro objetivos principais: a) reduzir os fatores de risco para as DCNT decorrentes da alimentação inadequada e inatividade física; b) aumentar a atenção e o conhecimento a respeito de alimentação e atividade física; c) encorajar o desenvolvimento, fortalecimento e implantação de políticas e planos de ação em nível global, regional, nacional e comunitário, incluindo a sociedade civil, o setor privado e a mídia; d) e monitorar dados científicos e influências-chave na alimentação e atividade física, com apoio para pesquisa e fortalecimento dos recursos humanos necessários.⁷

Numa abordagem mais ampla, Rouquayrol e Almeida⁸ referem como fazendo parte das DCNTs as doenças cardíacas e as cerebrovasculares, os cânceres, a hipertensão, o diabetes, as doenças autoimunes, entre outras. Frise-se que as doenças cardiovasculares, apesar de sua diminuição em termos proporcionais são a principal causa de morte no Brasil. Dados mais recentes expressam que a mortalidade por doença cardíaca hipertensiva, no Brasil, cresceu 11%, fazendo aumentar para 13% o total de mortes atribuíveis às doenças cardiovasculares em 2007, em comparação a 30% para doença cardíaca isquêmica e 32% para doença cerebrovascular.⁹

Na concepção de Mendes¹⁰ as doenças crônicas, em particular a hipertensão e o diabetes, requerem monitoramento e ações que possam contribuir com o manejo adequado dessas patologias. Para o autor, essas doenças constituem, portanto, o grande desafio do século XXI, pois representam uma grande sobrecarga no sistema de saúde que terá que se organizar para atender a esta demanda crescente.

De acordo com a VI Diretrizes Brasileiras da Hipertensão Arterial (DBH-VI) entre os fatores de risco para mortalidade, a Hipertensão Arterial é responsável por 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% daquelas por doença coronariana. No SUS, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 1.150.000 das internações/ano, com um custo aproximado de 475 milhões de reais, sendo que nestes números não estão inclusos os gastos com procedimentos de alta complexidade.¹¹

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento de risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.¹¹

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle tornando-se um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) tem aumentado progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico AVE e 47% por doença isquêmica do coração - DIC), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. No Brasil, as DCVs têm sido a principal causa de morte. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório. Entre 1990 a 2006,

observou-se uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular.¹¹

Destaque-se que, no Brasil, a prevalência média de HAS autorreferida na população acima de 18 anos, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), é de 22,7%, sendo maior em mulheres (25,4%) do que em homens (19,5%). A frequência de HAS tornou-se mais comum com a idade, mais marcadamente para as mulheres, alcançando mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade. Entre as mulheres, destaca-se a associação inversa entre nível de escolaridade e diagnóstico da doença: enquanto 34,4% das mulheres com até 8 anos de escolaridade referiam diagnóstico de HAS, a mesma condição foi observada em apenas 14,2% das mulheres com 12 ou mais anos de escolaridade. Para os homens, o diagnóstico da doença foi menos frequente nos que estudaram de 9 a 11 anos.¹²

Assim considerado, verifica-se que a hipertensão arterial é um problema de saúde pública necessitando de intervenção. Desta forma, pretende-se com este estudo realizar uma revisão sistemática sobre o modelo lógico da atenção à hipertensão arterial desenvolvidos pelas Equipes de Saúde da Família. Visto que o Modelo Lógico é uma proposta para organizar as ações componentes de um programa de forma articulada aos resultados esperados, apresentam-se também as hipóteses e as ideias que dão sentido à intervenção. Considerado um instrumento para explicitar a teoria do programa, a aplicação do modelo lógico resulta em processo que facilita planejar e comunicar, o que se pretende com o programa e qual o seu funcionamento esperado.

Para tanto é necessário articular uma explícita descrição das ideias, hipóteses e expectativas que constituem a estrutura do programa e o seu funcionamento esperado. Em muitos casos, a teoria não é explicitada de forma detalhada nos documentos oficiais, dificultando uma análise adequada.

Assim, o modelo lógico serve como um organizador para desenhar avaliação e medidas de desempenho, focalizando nos elementos constitutivos do Programa e identificando quais questões de avaliação devem ser colocadas e quais medidas de desempenho são relevantes.¹³

Sob esses fundamentos, espera-se que o modelo lógico sirva de parâmetro, fonte de pesquisa para as Equipes de Saúde da Família, a fim de que ocorra uma compreensão metodológica dos objetivos do programa de hipertensão com intuito de reduzir a mortalidade cardiovascular.

Objetivo

Realizar uma revisão sistemática sobre o modelo lógico da atenção à hipertensão arterial na atenção básica.

Metodologia

Trata-se de uma revisão sistemática, que inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos. Este método de pesquisa permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo.¹⁴

Para sua elaboração as seguintes etapas foram percorridas: a) estabelecimento da hipótese e objetivos da revisão sistemática; b) estabelecimento de critérios de inclusão

e exclusão de artigos para a seleção da amostra; c) definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados e análise dos resultados.

Formulou-se a seguinte questão norteadora para guiar a revisão sistemática: Qual o modelo lógico da atenção à hipertensão arterial desenvolvida pelas equipes de Saúde da Família? Os critérios de inclusão utilizados para a seleção da amostra foram artigos completos, disponíveis eletronicamente, nos idiomas português, inglês ou espanhol com data da publicação a partir de 2009, uma vez que se buscou o modelo lógico da atenção à hipertensão arterial desenvolvida pelas equipes de Saúde da Família. Por sua vez, como critério de exclusão, os artigos repetidos foram retirados da análise do estudo.

O levantamento dos artigos foi realizado no mês de setembro de 2014 em três bases de dados indexadas: Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE). Dessa forma, procurou-se ampliar o âmbito da pesquisa, minimizando possíveis vieses nessa etapa do processo de elaboração da revisão sistemática.

Para o levantamento dos artigos, buscou-se utilizar os descritores controlados da Biblioteca Virtual em Saúde, por meio dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), como “hipertenso”, “avaliação” e “qualidade”; “hipertenso”, “assistência” e “qualidade”. Em virtude das características específicas para o acesso de cada uma das bases de dados selecionadas, as estratégias utilizadas para a busca dos artigos foram adaptadas para cada uma, tendo sempre como eixo norteador a questão previamente elaborada e os critérios de inclusão.

Resultados

De acordo com a revisão sistemática foram localizados 10 artigos completos na base de dados dos periódicos CAPES, 08 artigos MEDLINE, 07 artigos no SciELO, todos em língua portuguesa e publicados em periódicos nacionais. Após a exclusão de 10 artigos que estavam disponíveis em mais de uma base de dados, foi realizada a leitura dos resumos e verificou-se que apenas 7 artigos se enquadravam nos critérios de inclusão e respondiam a questão norteadora, sendo este o número de artigos que compôs a amostra (quadro 1).

Através da revisão sistemática descrita acima foi identificado um artigo que descreveu a construção de um Modelo Lógico da atenção à hipertensão arterial desenvolvida pelas equipes de Saúde da Família (figura 1). Segundo Costa et al.¹⁵:

- a) Para a construção do modelo lógico, foram inicialmente identificados os problemas (ações de controle da hipertensão pouco efetivas, elevada prevalência de hipertensão e elevada morbimortalidade por doenças cardiovasculares). Após essa etapa, apontou-se a intervenção a ser avaliada (reorganização da atenção à hipertensão arterial, tendo como eixo a atenção básica), foram identificados os componentes da intervenção (ações de prevenção, de controle e o uso dos sistemas de informação) e subcomponentes (as ações de controle foram divididas em: diagnóstico, vinculação, tratamento e sistema de referência). Para cada componente e/ou subcomponente, foram especificados a estrutura necessária (recursos humanos e materiais) e o processo adequado (ações a serem realizadas), visando a resultados a curto e médio prazo que levariam a longo prazo à redução da morbimortalidade por hipertensão arterial e suas complicações cardiovasculares.

Após análise do modelo lógico proposto por Costa et al.¹⁵ e dos documentos oficiais do Ministério da Saúde, como manuais, portarias e as leis que tratam da atenção ao hipertenso, foram realizadas algumas modificações no componente prevenção, componente de cuidado processo (acrescentou-se o grupo de hipertensos com reuniões periódicas). No componente controle, componente do cuidado processo (acrescentou-se estratificação de risco para os hipertensos). Frise-se ainda que os componentes de intervenção e componentes do cuidado (estrutura, processo, resultado intermediário e resultado final), foram identificados por cores com intuito de melhorar a compreensão metodológica do modelo lógico (figura 2).

O modelo lógico é uma proposta para organizar as ações, componentes de um programa, de forma articulada aos resultados esperados, apresentando também as hipóteses e as ideias que dão sentido à intervenção. Considerado um instrumento para explicitar a teoria do programa, a aplicação do modelo lógico resulta em um processo que facilita planejar e comunicar o que se pretende com o programa e qual o seu funcionamento esperado.¹⁶

Em particular, pode ser utilizado como um instrumento para se proceder a avaliação *ex-ante* de programas, visando melhorar a consistência de sua formulação inicial. Alguns estudiosos da avaliação destacam a importância de partir-se da análise da teoria do programa para a identificação de deficiências do desenho que poderão interferir no seu desempenho. Aferir a qualidade da teoria significa, em síntese, verificar se o programa está bem desenhado e se apresenta um plano plausível para o alcance dos resultados esperados. Ou seja, se o desenho do programa contemplou a delimitação e a explicação do problema a ser enfrentado com a intervenção e se as ações planejadas têm como referências mudanças em causas do problema.¹⁶

Conclusão

Após a realização deste trabalho espera-se que o modelo lógico sirva de “modelo” para as Equipes de Saúde da Família, a fim de que ocorram mudanças decorrentes dos produtos gerados pelas ações. Mudanças específicas no comportamento, conhecimento, habilidades, ou nível de desempenho do participante do programa, os quais poderão incluir melhoria da qualidade de vida, aumento da capacidade e/ou mudanças na arena política.

Desta forma, com a implantação e seguimento deste modelo lógico pretende-se:

- a) reduzir a prevalência da obesidade dos hipertensos;
- b) reduzir a prevalência de consumo de álcool dos hipertensos;
- c) reduzir a prevalência de consumo de tabaco dos hipertensos;
- d) aumentar a incidência de atividade física dos hipertensos;
- e) aumentar o consumo de frutas e hortaliças dos hipertensos;
- f) reduzir o consumo diário de sal dos hipertensos;
- g) monitorar a pressão arterial dos hipertensos mensalmente;
- h) monitorar o índice de massa corporal dos hipertensos mensalmente e monitorar a adesão ao tratamento farmacológico.

Contribuições:

LBC Soares trabalhou na concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados e na redação do artigo.

IA Figueiredo trabalhou na versão a ser publicada.

FMA Mendonça trabalhou na metodologia.

Referências

1. Malta DC, Cezário AC, Moura L, Morais Neto OL, Silva JB Jr. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde* 2006; 15(3):47-65.
2. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2011. Geneva; 2011.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: mortalidade, morbidade e fatores de risco*. Brasília; 2008.
4. World Health Organization. *Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases*. Geneva; 2008.
5. Freitas LRS, Garcia LP. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. *Epidemiol Serv Saúde* 2012; 21(1):7-19.
6. Carnellosso MS, Barbosa MA, Porto CC, Silva AS, Carvalho MM, Oliveira ALI. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na região Leste de Goiânia (GO). *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15(supl. 1):1073-80.
7. Organização Mundial da Saúde. Estratégia global em alimentação saudável, atividade física e saúde. In: *Procedimentos dos 57ª Assembleia Mundial da Saúde*; 2004 maio 22; Geneva, Suíça. Geneva: WHO; 2004.
8. Rouquayrol MZ, Almeida NF. *Epidemiologia e saúde*. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003.
9. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, Menezes PR. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet*, 2011; 61-74.

10. Mendes TAB. *Prevalência de doenças crônicas e utilização dos serviços de saúde por idosos residentes no Município de São Paulo* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010.
11. Sociedade Brasileira De Cardiologia. VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(supl. 1): 1-51.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Educação; 2012.
13. Nery M, Flaeschen M. O Ipea sobe o morro: os técnicos do Ipea foram ao Complexo do Alemão para avaliar impactos de intervenções urbanística. *Desafios do Desenvolvimento* 2010; 7(63):2-6.
14. Mendes S, Silveira CCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto-Enferm* 2008; 17(4): 758-64.
15. Costa JMBS, Silva MRF, Carvalho EF. de. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(2):623-33.
16. Cassiolato M, Guerresi S. *Como elaborar modelo lógico: roteiro para formular programase organizar avaliação*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2010.
17. Buss PM, Carvalho AI. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Ciênc saúde coletiva* 2009; 14(6):2305-16.
18. Pinto CBS, Miranda ES, Emmerick ICM, Costa NR, Castro CGSO. Preços e disponibilidade de medicamentos no Programa Farmácia Popular do Brasil. *Rev saúde pública* 2010; 44(4):611-9.

19. Nogueira D, Faerstein E, Coeli CM, Chor D, Lopes CS, Werneck GL. Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial: Estudo Pró-Saúde, Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2010; 27(2):103-9.
20. Trindade TG. *A qualidade do cuidado ofertado aos hipertensos na Atenção Primária à Saúde e sua efetividade na redução de internações por causas cardiovasculares em Porto Alegre/RS* [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013.
21. Santiago RF, Mendes ACG, Miranda GMD, Duarte PO, Furtado BMASM, Souza WV. Título: Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção do usuários / Quality of care in the family healthcare units in the city of Recife: user perception. *Ciênc saúde coletiva* 2013; 18(1):35-44.
22. Sousa FOS, Medeiros KJ, Gurgel GD Jr, Albuquerque PC. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. *Ciênc saúde coletiva* 2014; 19(4): 1283-93.

Quadro 1 - Artigos localizados, de acordo com a base de dados indexada e ano de publicação

BASE DE DADOS	TÍTULOS	ANO DE PUBLICAÇÃO	AUTOR
SciELO	Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008).	2009	Buss e Carvalho ¹⁷
MEDLINE	Preços e disponibilidade de medicamentos no Programa Farmácia Popular do Brasil	2010	Pinto et al. ¹⁸
Periódicos CAPES	Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial: Estudo Pró-Saúde, Brasil	2010	Nogueira et al. ¹⁹
SciELO	Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil).	2011	Costa et al. ¹⁵
Periódicos CAPES	A qualidade do cuidado ofertado aos hipertensos na Atenção Primária à Saúde e sua efetividade na redução de internações por causas cardiovasculares em Porto Alegre/RS.	2013	Trindade ²⁰

Periódicos CAPES	Qualidade do atendimento nas unidades de saúde da família no município de Recife: a percepção dos usuários.	2013	Santiago et al. ²¹
Periódicos CAPES	Do normativo a realidade do sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais.	2014	Sousa et al. ²²

Figura 1 - Modelo lógico da atenção à hipertensão arterial desenvolvida pelas equipes de Saúde da Família¹⁵

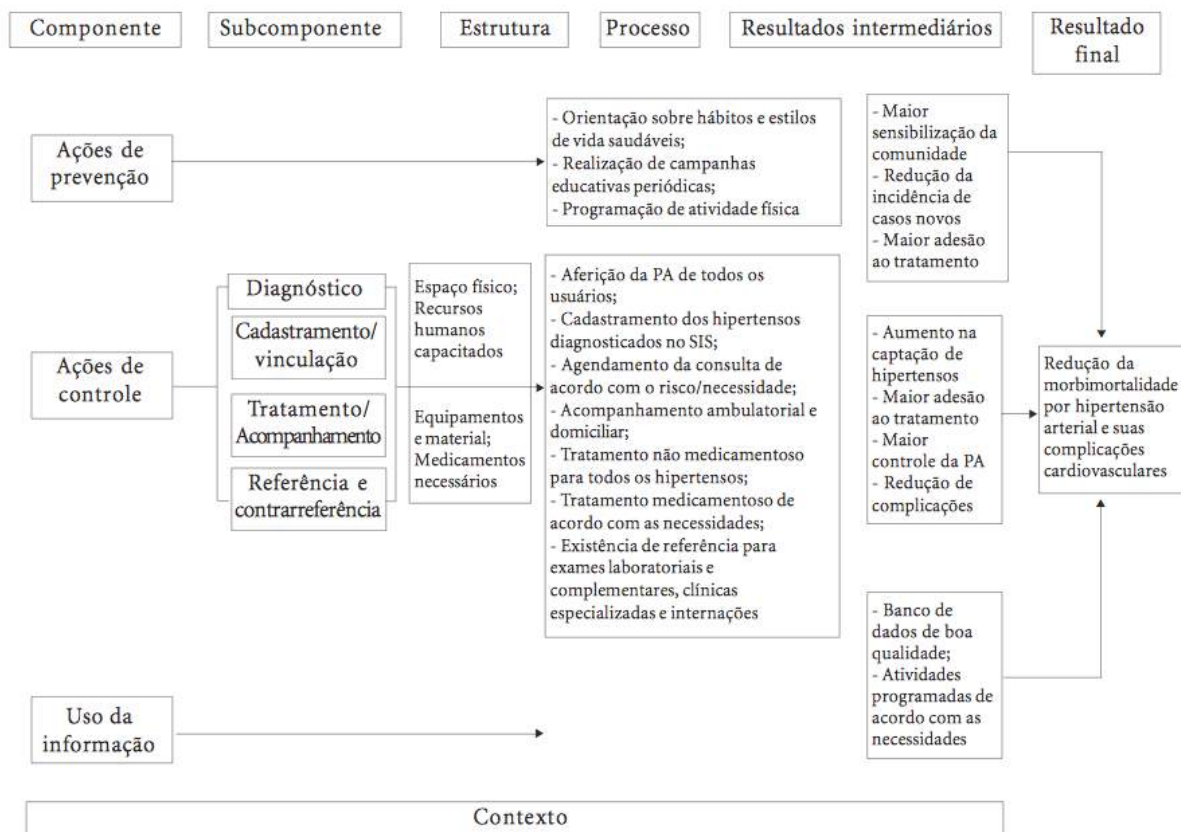


Figura 2 - Adaptação do modelo lógico da atenção à hipertensão arterial desenvolvida pelas equipes de Saúde da Família



6.2 Artigo 2

**Avaliação da qualidade da assistência ao hipertenso na atenção
básica em um distrito do município de São Luís, Maranhão**

(a ser submetido à Revista Ciência & Saúde Coletiva, Fator de impacto 0.2209. Qualis B1)

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO HIPERTENSO NA
ATENÇÃO BÁSICA EM UM DISTRITO DO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS
MARANHÃO

SERVICE QUALITY ASSESSMENT TO HYPERTENSIVE IN PRIMARY CARE IN A
DISTRICT MUNICIPALITY OF SAN LUIS MARANHÃO

Liane Batista Da Cruz Soares

Universidade Ceuma. Unidade Renascença. Rua Josué Montello, nº 1, Renascença II São Luís
– MA, CEP 65.075-120. E-mail: lianebatistadacruz@hotmail.com

Ivan de Abreu Figueiredo. Universidade Ceuma. Unidade Renascença. Rua Josué Montello,
nº 1, Renascença II São Luís – MA, CEP 65.075-120. E-mail: ivanfig@terra.com.br

Flor de Maria Araújo Mendonça. Universidade Ceuma. Unidade Renascença. Rua Josué
Montello, nº 1, Renascença II São Luís – MA, CEP 65.075-120. E-mail:
floragyhn@gmail.com.

Resumo

O presente estudo tem como objetivo avaliar a qualidade da assistência ao hipertenso na atenção básica em um distrito do município de São Luís MA, através do modelo unificado de Donabedian baseado nos componentes do cuidado: Estrutura e Processo. Trata-se de um estudo avaliativo, tipo normativo, com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada através de dados secundários do questionário de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade do Ministério da Saúde (AMAQ-MS). A população foi composta por cinco equipes de Saúde da Família que atuam no distrito Bequimão, totalizando uma amostra de 41 profissionais de saúde. Os resultados apontaram que a metodologia utilizada mostrou-se adequada aos objetivos propostos por este estudo, apesar das limitações metodológicas representadas pelo instrumento de coleta de dados, visto que o AMAQ é um questionário extenso e não diretivo, ou seja: em uma dimensão avaliam-se diversos aspectos distintos sem identificar se todos os itens estão insatisfatórios ou apenas alguns destes. Embora haja fragilidade no instrumento utilizado, a presente pesquisa encontrou que a avaliação das dimensões estrutura, processo e atenção integral ao hipertenso enquadraram-se no padrão inadequado. Por fim, espera-se que o estudo possa significar o ponto de partida para a realização de outros estudos, que contribuam para identificação de falhas e a reflexão sobre a reorganização dos serviços de atendimento.

Palavras-chave: Hipertensão. Avaliação da qualidade. Assistência.

Abstract

This study aims to evaluate the quality of care to hypertensive patients in primary care in a district of São Luís MA, through the unified model based on Donabedian care components: Structure and Process. It is an evaluative study, normative type, with a quantitative approach. The data collection was conducted through Self Assessment Questionnaire secondary data for Improving Access and Quality of the Ministry of Health (AMAQ-MS). The population was composed of five family health teams working in the Bequimão District, totaling a sample of 41 health professionals. The results showed that the methodology was adequate to the objectives proposed by this study, despite the methodological limitations represented by the data collection instrument, as the AMAQ is an extensive and non-directive questionnaire, ie: in a avaliam- dimension there are several different aspects without identifying that all items are unsatisfactory or only some of these. While there is weakness in the instrument used, this research found that the assessment of the dimensions structure, process and comprehensive care to hypertensive framed in the inadequate standard. Finally, it is expected that the study may mean the starting point for further studies, to contribute to identifying flaws and reflection on the reorganization of care services

Keywords: Hypertension. Quality Assessment. Assistance.

Introdução

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB). As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando-se em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos.¹

Os profissionais da atenção básica (AB) têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial. Devem também, ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à hipertensão.

Contudo, a implementação de medidas de prevenção na HAS representa um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde. No Brasil, cerca de 75% da assistência à saúde da população são feitas pela rede pública do Sistema Único de Saúde - SUS, enquanto o Sistema de Saúde Complementar assiste cerca de 46,5 milhões. A prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças e deverão ser metas prioritárias dos profissionais de saúde.²

Desta forma, o Ministério da Saúde, ao executar a gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, garante acesso e

qualidade da atenção em saúde a toda a população. Institui, através da Política Nacional da Atenção Básica, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), cujo principal objetivo é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.

O PMAQ está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB, a saber: 1) ADESÃO e CONTRATUALIZAÇÃO; 2) DESENVOLVIMENTO; 3) AVALIAÇÃO EXTERNA e 4) RECONTRATUALIZAÇÃO. A primeira fase do PMAQ consiste na etapa formal de adesão ao programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes de atenção básica e os gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde, num processo que envolve a pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social.³

A segunda fase do PMAQ consiste na etapa de desenvolvimento do conjunto de ações que serão empreendidas pelas equipes de atenção básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Essa fase está organizada em quatro dimensões: a) autoavaliação; b) monitoramento; c) educação permanente; e, d) apoio institucional.³

O município de São Luís aderiu ao PMAQ em março de 2013, com a adesão e contratualização de 70 ESF. Em agosto de 2013, partiu-se para a fase de desenvolvimento com a avaliação das equipes através do instrumento de Autoavaliação de Melhoria do Acesso e da Qualidade da atenção básica (AMAQ), em 26 a 29 de novembro de 2013 as equipes passaram por uma avaliação externa coordenada por profissionais da Secretaria Estadual de

Saúde (SES) e Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Atualmente, a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), está pactuando os indicadores e metas a serem alcançados pelas ESF e aguardando o resultado da avaliação externa para então realizar a reconstrução.

Destaques-se ainda que, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁴, São Luís possui uma população de 1.027.098 habitantes e, de acordo com estimativas do Ministério da Saúde, 32% dessa população são hipertensos. Sendo assim, o município de São Luís possui 328.671 hipertensos.⁵ Contudo, segundo dados do Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (SIS-HIPERDIA) do município de São Luís, tem-se apenas 9.155 hipertensos cadastrados com uma cobertura municipal de 3,7%, segundo dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de São Luís.

Assim considerado, pretende-se com esta pesquisa avaliar a qualidade da assistência ao hipertenso na atenção básica em um distrito do município de São Luís-MA, através do modelo unificado de Avedis Donabedian baseado em componentes do cuidado em saúde: Estrutura e Processo. Portanto, com a avaliação da qualidade da assistência ao hipertenso permitirá a identificação de falhas e a reflexão sobre a reorganização dos serviços de atendimento.

Tem-se como objetivos o de avaliar a qualidade da assistência ao hipertenso na atenção básica. Assim, como avaliar a estrutura das unidades básicas de saúde; avaliar o processo de trabalho das equipes de saúde da família.

Metodologia

Trata-se de um estudo avaliativo, tipo normativo, com abordagem quantitativa. A avaliação normativa tem como principal referencial teórico Donabedian⁶; este propõe trabalhar com a tríade estrutura, processo e resultado, e faz seu julgamento comparando-os com os critérios e normas existentes.

Neste estudo, a abordagem quantitativa foi analisada através do instrumento de Autoavaliação para a AMAQ-MS.

Local do estudo

A pesquisa foi realizada em São Luís (MA) cuja população de 1.027.098 o torna o décimo-quinto município mais populoso do Brasil, sendo o 13º entre as capitais, o 4º da região Nordeste e 1º do Maranhão. Sua área é de 831,7 km², sendo que 157,56 km² estão em perímetro urbano.⁴

A Atenção Básica é oferecida à população através das 103 Equipes de Saúde da Família, distribuídas nos sete distritos sanitários, sendo seis na zona urbana (Centro, Bequimão, Cohab, Coroadinho, Itaqui Bacanga e Tirirical) e um na zona rural (Vila Esperança), totalizando uma cobertura municipal de 34,4%.

O presente estudo foi realizado no distrito Bequimão. A escolha deste distrito ocorreu pelo fato de que 100% das equipes de saúde da família aderiram ao PMAQ (tabela 1), que serviu de parâmetro para análise metodológica deste estudo, além de possuir uma localização geográfica privilegiada, centralizada.

Abordagem quantitativa

A abordagem quantitativa foi realizada através da análise de dados secundários fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS). Foram utilizados dados referente ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

Coleta de dados

A coleta de dados foi obtida através de dados secundários do questionário AMAQ, que é uma ferramenta construída a partir da revisão e adaptação do projeto AMQ e de outras ferramentas de avaliação de serviços de saúde, utilizadas e validadas nacional e internacionalmente, a exemplo do MoniQuor, PCATool e Quality book of Tools⁷⁻⁹, após autorização para uso desses arquivos.

Avaliação da estrutura

Para avaliação da estrutura foram utilizadas as subdimensões “H” e “I” do AMAQ. A subdimensão “H” avalia infraestrutura e equipamentos da unidade básica de saúde. E a subdimensão “I” avalia o armazenamento, a disponibilidade e a suficiência de insumos, imunobiológicos e medicamentos para o desenvolvimento de ações em saúde e o processo de dispensação/controle das vacinas e medicamentos pela Unidade Básica de Saúde.

Avaliação do processo

Para avaliação do processo foram utilizadas as subdimensões “J”, “k” e “L” do AMAQ. A subdimensão “J” avalia o perfil dos profissionais da equipe de saúde da família, vinculado a características pessoais, ao processo de formação e qualificação, bem como as suas experiências, vivências e práticas. Esse perfil pode ser aperfeiçoado com a implementação de estratégias de educação permanente, entre outras ações que valorizam o profissional. A subdimensão “K” avalia organização do processo de trabalho das equipes de saúde da família e a subdimensão “L” avalia a atenção integral à saúde envolvendo o acolhimento, tanto da demanda programada, quanto da espontânea, em todas as fases do desenvolvimento humano.

População

A população em estudo foram as equipes de saúde da família que realizaram a adesão e contratualização com o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica do distrito Bequimão do município de São Luis - MA.

Amostra

A amostra foi composta por 5 equipes de saúde da família. Totalizando 41 profissionais de saúde, distribuídos em: médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem, auxiliar de consultório dentário (ACD) e agentes comunitários de saúde.

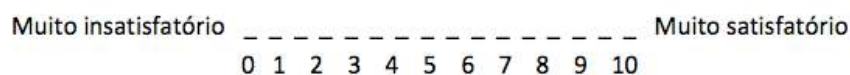
Análise estatística dos dados

Os dados coletados foram processados pelo programa estatístico Stata® (versão 12.0 2011). Foi realizado tratamento estatístico descritivos nas variáveis quantitativas discretas, sendo que a organização e apresentação dos dados foram realizadas através das tabelas de frequências.

Análise dos resultados

Para compreensão da análise dos resultados é interessante que façamos uma apreciação do método de análise adotado no AMAQ. A metodologia utilizada permite aos respondentes avaliar o grau de adequação das suas práticas aos padrões de qualidade apresentados. Para tanto, uma escala de pontuação, variando entre 0 e 10 pontos, é atribuída a cada padrão. Esta escala é classificada como do tipo não comparativa, pois, nela, cada um é avaliado por si só. Essas escalas apresentam as categorias de maneira absoluta, entre as quais o respondente escolhe a que melhor represente sua atitude em relação à questão avaliada, permitindo, assim, a mensuração das opiniões da maneira mais objetiva.

Considerando que o uso de terminologias comumente empregadas na construção de escalas pode influenciar a percepção do respondente, optou-se pela não classificação da escala presente nos padrões.¹⁰ Nesse sentido, ao utilizar o instrumento, o respondente deve considerar que o ponto 0 (zero) indica o não cumprimento ao padrão, o ponto 10 é a total adequação e os intervalos entre 0 e 10 são graus de conformidade/atendimento da situação analisada em relação à qualidade desejada.



A utilização de escalas com muitas categorias é indicada em instrumentos cujos sujeitos que farão uso tenham algum grau de apropriação sobre os temas abordados. Outro aspecto que cumpre ressaltar, sobre o uso dessas escalas, é a possibilidade de se obter coeficientes de correlação mais fidedignos entre os padrões de qualidade, por ser esta uma escala de maior sensibilidade.¹¹

Destaque-se ainda que o manual instrutivo do AMAQ orienta que seu preenchimento seja realizado entre pares, coletivamente, considerando-se todos os atores envolvidos com a Atenção Básica.¹² Diminuem-se assim os possíveis vieses gerados pelos diversos níveis conhecimentos.

Contudo, para a análise dos resultados, determinou-se um padrão de adequação com intuito de padronizar as discussões; considerou-se, então, que a escala de 0 a 10 fosse distribuída em quatro padrões de adequação, sendo de 0 – 4 classificado como padrão **inadequado**, 5 **parcialmente inadequado**, 6-7 **parcialmente adequado** e 8-10 **adequado**.

Aspectos éticos

O projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Ceuma para apreciação de acordo com as diretrizes e normas reguladoras da pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466/12, obtendo aprovação, segundo o parecer consubstanciado de número 791.493, em 15 de setembro de 2014.

Resultados e discussão

Os resultados estão apresentados em duas subdimensões (estrutura e processo) que foram analisadas separadamente, permitindo a identificação dos principais entraves na operacionalização da atenção ao hipertenso. Primeiramente, foi realizada a caracterização dos sujeitos da pesquisa; em seguida, foram avaliadas as variáveis da estrutura e, por fim, analisaram-se as variáveis do processo.

Caracterização dos sujeitos da pesquisa

A tabela 2 retrata a distribuição dos profissionais avaliados por equipe; a população em estudo correspondeu um total de 41 profissionais de saúde, sendo 24 (58,5%) de agentes comunitários de saúde, 5 (12,2%) médicos, 5 (12,2%) enfermeiros, 5 (12,2%) técnicos de enfermagem, 1 (2%) dentista e 1 (2%) auxiliar de consultório odontológico.

De acordo com os dados verifica-se que a ESF encontra-se com a equipe mínima completa, corroborando com os dados da pesquisa realizada em Campina Grande, que avaliou a atenção básica de saúde desse município.¹³

Avaliação da subdimensão estrutura

A avaliação da subdimensão estrutura objetiva avaliar a infraestrutura das unidades de saúde e os equipamentos indispensáveis para o desenvolvimento das ações na AB.

Conforme a tabela 3, verifica-se que os profissionais de saúde, de acordo com as notas valoradas, enquadraram-se como padrão inadequado às seguintes variáveis: a)

infraestrutura e equipamentos das unidades básicas de saúde e consultórios; b) cronograma de manutenção das instalações físicas, equipamentos e instrumentais de forma regular e sistemática; c) disposição de linha telefônica, equipamentos de informática com acesso à internet; materiais e equipamentos necessários ao primeiro atendimento nos casos de urgência e emergência. Em relação à avaliação sobre a adequação da unidade para o atendimento de pessoas com deficiência física, 40% dos profissionais enquadraram suas unidades como adequadas e 60% como inadequados.

Com base na tabela 4, verifica-se que os entrevistados atribuíram padrão inadequado para a subdimensão imunobiológicos e medicamentos, sendo que o único item considerado padrão adequado foi em relação a disposição de todas as vacinas do calendário básico do Programa Nacional e Estadual de Imunização.

Com base no exposto, verifica-se que a avaliação da dimensão da estrutura demonstrou uma série de fragilidades em relação à infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBSs). Contudo, verifica-se que as unidades básicas de saúde, de modo geral, apresentam infraestrutura e equipamentos inadequados para assistir os usuários com qualidade.

Assim sendo, os dados encontrados na pesquisa estão de acordo com um estudo realizado em Monte Claros¹⁴, que constatou a insatisfação das equipes de saúde da família em relação a infraestrutura das unidades básicas de saúde. Corrobora ainda com um estudo realizado em Sobral-CE¹⁵, que mostrou a insatisfação das equipes em relação à estrutura das unidades. Em contrapartida, um estudo realizado em Cuiabá, de 2009 a 2013¹⁶, evidenciou que 62,9% das equipes classificaram como aceitável a subdimensão infraestrutura.

Segundo Donabedian¹⁷, a relação entre estrutura e qualidade da atenção é de grande importância para o planejamento, desenho e organização do sistema, cujo propósito é proporcionar serviços de saúde que valorizem a qualidade de atenção. Este autor considera a

estrutura como um instrumento que poderá indicar tendências gerais de qualidade; entretanto, conclui que uma boa estrutura, com suficientes recursos e um desenho adequado do sistema, é, provavelmente, uma forma de garantir e promover a qualidade da atenção. Assim, valorizar a infraestrutura dos serviços de saúde, além de investir no desenho do sistema, significará favorecer as boas práticas assistenciais, uma vez que a qualidade da assistência prestada poderá ser sensível às condições estruturais e ambientais.

Destaque-se ainda que, segundo o MS, para resolver cerca de 85% dos problemas de saúde da comunidade, faz-se necessário dispor de recursos estruturais e equipamentos compatíveis que possibilitem a ação dos profissionais de saúde em relação a esse compromisso, razão pela qual foi lançado o Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família que propõe que a estrutura física das UBS atue como agente facilitador de mudanças das práticas em saúde, favorecendo a mudança do modelo de atenção à saúde no país.¹⁸

Assim, a infraestrutura conforma-se como elemento fundamental para a organização da APS resolutiva. Ela deve ser avaliada e garantida e, se necessário, deverão ser feitos investimentos em estrutura predial e na aquisição de equipamentos, de modo que sejam asseguradas a resolubilidade do sistema, boas condições de trabalho e a legitimidade da atenção junto à população.¹⁹

Avaliação da subdimensão processo

A avaliação das variáveis da subdimensão processo objetiva avaliar a organização do processo de trabalho das equipes de saúde da família. Destaque-se que a organização do trabalho na atenção básica consiste na estruturação dos processos de trabalho da equipe que realiza o cuidado. Sendo assim, as tabelas 5 a 7 ilustram as avaliações das variáveis de

educação permanente, qualificação das equipes de atenção básica, organização do processo de trabalho e atenção integral a saúde.

De acordo com a tabela 5, verifica-se que os profissionais de saúde possuem formação complementar que os qualifica para o trabalho na atenção básica, constatou-se ainda que estes utilizam de maneira parcial o recurso da educação à distância.

Os resultados do presente estudo corroboraram com a pesquisa realizada por Silva et al.²⁰. Estes apontaram que as características gerais das equipes revelaram que, em 24 delas, todos os profissionais possuíam formação específica para a ESF, isto é, os médicos concluíram a residência em medicina de família e comunidade e os enfermeiros e cirurgiões-dentistas concluíram a residência multiprofissional em saúde da família. Quatro equipes possuíam pelo menos um profissional qualificado e as demais não possuíam nenhum profissional qualificado nas modalidades residência médica ou multiprofissional.

De acordo com o estudo de Seid et al.²¹, nota-se que a formação complementar dos profissionais respondentes, apesar de 83,4% declararem ter concluído ou estar cursando alguma pós-graduação, questiona-se esse elevado percentual, visto que foram dados coletados sem especificação precisa da área para os cursos de *strictu sensu* e/ou *lato sensu*, incluindo os respondentes que estavam com pós-graduação em curso.

Estudos apontam que as ações de educação permanente, embora sejam ofertadas pelos municípios, indicam a baixa participação dos profissionais nesses espaços, indicando, assim, a relevância de se investir em iniciativas que fortaleçam a participação e o comprometimento de forma articulada, também, com os interesses e necessidades demandados pelos trabalhadores.

Segundo Mendonça et al.²², sabe-se que a formação prévia, bem como a oferta de educação permanente para as equipes, se constituem em pontos-chave para a menor

rotatividade, uma vez que essas ações contribuem para o fortalecimento e ampliação do acesso à qualificação para os profissionais da Atenção Básica.

A tabela 6 retrata que 60% dos profissionais de saúde avaliaram-se, de acordo com as notas valoradas, padrão inadequado para as seguintes variáveis: realização de trabalho com território definido, planejamento das ações com base no diagnóstico situacional, organização da agendas de atendimento individual dos diversos profissionais de forma compartilhada, utilização de ferramentas para auxiliar na gestão do cuidado de casos complexos, realização de visitas domiciliares, reuniões periódicas e alimentação do Sistema de Informação vigente da Atenção Básica de forma regular e consistente.

Verifica-se, ainda, que 60% dos profissionais atribuíram padrão parcialmente inadequado para a coordenação do cuidado dos usuários do seu território e atendimento à população de, no mínimo, 40 horas semanais. Contudo, é importante destacar que as variáveis que analisaram o acolhimento à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências enquadraram-se com padrão adequados.

Esses problemas estão atrelados, segundo Souza²³, ao acesso desorganizado e fundamentado na demanda espontânea do serviço. Desta forma, os profissionais não conseguem correlacionar as suas especificidades a sua capacidade de resolução, em que o trabalho é operacionalizado sem organização da ação do profissional e acabam sem responder as expectativas e necessidades da população.

Para Nascimento e Nascimento²⁴, é necessário que se conheçam as famílias cadastradas nas áreas adscritas, identificando as áreas de riscos e grupos vulneráveis para, a partir dessa ação, juntamente com a população, elaborar um plano de ações baseado nas reais necessidades da comunidade, reorganizando as práticas de saúde priorizando as problemáticas elencadas em conjunto utilizando o instrumento de gerência para desenvolver a programação local de saúde.

Porém, para desenvolver tais ações planejadas, as equipes de saúde precisam utilizar o acolhimento como estratégia, e estes se dão através de um bom atendimento e da criação do vínculo. Atendimento este que, às vezes, é bastante difícil nas unidades básicas de saúde, pois a demanda é enorme para um número muito pequeno de profissionais e, com isso, eles acabam tornando-se atarefados.²⁵

Estudos apontam que a lógica do processo de trabalho da ESF ocorre a partir de uma equipe multiprofissional que deverá responsabilizar-se por uma população adscrita, com o propósito de promover mudanças nas práticas de saúde por meio da integração das ações de saúde e dos trabalhadores, na perspectiva de assegurar que a produção do cuidado tenha impacto favorável sobre as necessidades de saúde dos usuários.

Sob esse fundamento, constata-se que a avaliação da subdimensão processo demonstrou uma série de fragilidades em relação ao processo de trabalho dos profissionais da Equipe Saúde da Família. No entanto, verifica-se que estes apresentam formação complementar que os qualifica para o trabalho na atenção básica, porém não desenvolvem suas atividades de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde. Fato que nos remete ao seguinte questionamento: Se os profissionais estão capacitados para o exercício profissional, quais motivos estão impactando para o não desenvolvimento das ações determinadas pelo MS? Após análise deste objeto de estudo será possível compreender o processo de trabalho na atenção básica frente a teoria e a prática.

A tabela 7 evidencia que 80% dos profissionais de saúde avaliaram como inadequada a atenção integral às pessoas com hipertensão, diabetes e obesidade. Nesta variável é avaliado se a equipe desenvolve ações de atenção à saúde às pessoas com hipertensão, diabetes e obesidade com base na estratificação de risco. Para isso, considera o cálculo do risco cardiovascular, o controle dos níveis pressóricos e/ou glicêmicos, a avaliação antropométrica, a motivação da pessoa, adesão e resposta ao tratamento, presença de fatores

de risco e outras doenças associadas, suporte social e familiar e grau de autonomia para o autocuidado. Programa o cuidado (ex.: frequência de consultas, grupos e exames) baseando-se na estratificação de risco, nas necessidades individuais e nos determinantes sociais da saúde. A equipe não limita dias específicos na agenda para cuidado das pessoas com doenças crônicas. A equipe oferece opções de grupos terapêuticos e de atividades educativas sobre alimentação saudável e incentivo à prática de atividade física na UBS ou em outros espaços do território, como Academia da Saúde, praças e associações. Planeja ações para tratamento dos indivíduos com obesidade, inclusive nos casos em que estes não apresentem outras doenças crônicas associadas.¹¹

Na literatura foram identificados poucos estudos que abordam a avaliação da atenção à hipertensão arterial na atenção básica, considerando-se o contexto brasileiro. Recentemente foram publicados alguns estudos que avaliaram o grau de implantação²⁶ e o desempenho da atenção à hipertensão arterial²⁷⁻³², sendo a maioria destes estudos realizados nas regiões sul e sudeste do país. A região nordeste e, inclusive o município do São Luís, carecem de informações quanto à atenção ao hipertenso que possibilitem subsidiar o planejamento de ações de prevenção e controle, considerando as especificidades locais.

Estudo realizado em Recife considerou insatisfatório o grau de implantação da atenção à hipertensão arterial desenvolvida pelas ESF. O percentual de cumprimento das atividades preconizadas pelos documentos oficiais foi de 59,5%. Resultado inferior ao encontrado por Cavalcante²⁶ em Camaragibe-Pe, que considerou o controle da hipertensão como implantado e encontrou um percentual de cumprimento das atividades preconizadas de 85,8%.

Pesquisas revelam que o processo de trabalho das ESF junto aos usuários com hipertensão arterial deve vislumbrar uma assistência integral que proporcione a corresponsabilização dos mesmos, e de sua família, para a superação de práticas de saúde

fragmentadas, embasadas em procedimentos, equipamentos e reprodução de normas pré-estabelecidas, que muitas vezes não atendem às necessidades de saúde dos usuários.

Para tanto, não se vislumbram formas diferentes de se pensar, planejar e fazer as ações de saúde, de modo a fortalecer a autonomia do usuário em relação à organização e produção dos serviços que lhes são direcionados, o que implica de forma decisiva em um constante repensar dos profissionais sobre sua postura e conduta frente as diversas situações que surgem no cotidiano das Unidades de Saúde.

Destaque-se, ainda, que a atuação dos profissionais de saúde deverá envolver o contexto familiar e comunitário no qual o usuário está inserido com intuito de compartilhar saberes e práticas que interferem no processo de conviver com a hipertensão arterial, uma vez que mudanças no estilo de vida podem influenciar todos os membros da família.³³

Conclusão

A metodologia utilizada mostrou-se adequada aos objetivos propostos por este estudo, apesar das limitações metodológicas representadas pelo instrumento de coleta de dados, visto que o AMAQ é um questionário extenso e não diretivo, ou seja, em uma dimensão avaliam-se diversos aspectos distintos sem identificar se todos os itens estão insatisfatórios ou apenas alguns destes. Embora haja fragilidade no instrumento utilizado, a presente pesquisa encontrou que a avaliação das dimensões estrutura, processo e atenção integral ao hipertenso enquadraram-se no padrão inadequado.

Com base nos resultados apresentados recomendam-se algumas medidas no sentido de fortalecer a qualidade da atenção ao hipertenso no âmbito da Saúde da Família, a saber:

- a) Implantar o modelo lógico adaptado da atenção à hipertensão arterial desenvolvida pelas equipes de Saúde da Família;
- b) Instituir um protocolo de atendimento clínico aos hipertensos em todas as UBS, baseado na estratificação de risco;
- c) Realizar capacitação dos coordenadores do programa de hipertensão focando ações gerenciais, retirada de relatórios dos sistemas de informações, análise dos dados e planejamento de ações a partir destas informações;
- d) Realizar capacitação continuada na atenção ao hipertenso para todos os integrantes da ESF;
- e) Estimular o uso da informação tanto por parte da coordenação do programa de hipertensão quanto pelos profissionais das ESF;
- f) Estabelecer uma rede de atenção ao hipertenso por distrito sanitário com intuito de promover uma maior agilidade na entrega dos resultados dos exames laboratoriais e instituir referências para unidades hospitalares de alta complexidade;
- g) Estruturar as Unidades Básicas de Saúde com equipamentos e medicamentos necessários para atender o hipertenso com qualidade;
- h) Incorporar práticas de monitoramento e avaliação no cotidiano dos serviços de saúde;
- i) Disseminar os resultados desta avaliação com os gestores, gerentes e profissionais diretamente envolvidos na atenção ao hipertenso da Secretaria Municipal de Saúde de São Luís.

Desta forma, é importante destacar que uma estrutura adequada aumentará a probabilidade de um processo adequado, e este aumentará a probabilidade de um bom resultado. Por fim, espera-se que este estudo possa significar o ponto de partida para a

realização de outros estudos, que contribuam para a identificação de falhas e a reflexão sobre a reorganização dos serviços de atendimento.

Contribuições:

LBC Soares trabalhou na concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados e na redação do artigo.

IA Figueiredo trabalhou na versão a ser publicada.

FMA Mendonça trabalhou na metodologia.

Referências

1. Grupo Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde Comunitária. Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação em Ações de Saúde. Doenças e agravos não transmissíveis. *Ação programática para reorganização da atenção a pessoas com hipertensão, diabetes mellitus e outros fatores de risco para doenças cardiovasculares no SSC-GHC*. Porto Alegre: GHC; 2009.
2. Brandão AA. Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. *J Bras Nefrol* 2010; 32(supl. 1):S1-4.
3. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde mais perto de você: acesso e qualidade Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
4. Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. *Indicadores de desenvolvimento Sustentável – Brasil*. Rio de Janeiro; 2010.
5. 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: Ministério da Saúde; 2013.
6. Donabedian A. Evaluacion de la calidad de la atención medica. *Milbank Mem Fund Q* 1966; 44:166-203.
7. Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. *Instrumentos para a melhoria contínua da qualidade*. Lisboa: Ministério da Saúde; 1999.
8. Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. *Sub-Direcção Geral para a Qualidade Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde: Moniquor*. 2ª ed. Lisboa: Ministério da Saúde; 1999.
9. Levitt C, Hilt L. *Quality book of tools*. Hamilton: MC Master Innovation Press; 2010.

10. Santos RLG. *Usabilidade de interfaces para sistemas de recuperação de informação na web: estudo de caso de bibliotecas on-line de universidades federais brasileiras*. Rio de Janeiro: PUC/Departamento de Artes e Design; 2006.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual de operação: autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília: AMAQ, 2013.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
13. Rocha ACD, Sousa CPC, Queiroz D, Pedraza DF. Atenção básica à saúde: avaliação de estrutura e processo. *Rev Adm Saúde* 2012; 14(54):71-4.
14. Capuchinho PFM, Moreira KS, Andrade FM, Souza GCLL, Menezes MM, Leite ME, Costa SM. Infraestrutura, equipamentos, insumos, imunobiológicos e medicamentos: avaliação da dimensão unidade básica de saúde. In: *Anais do Fórum de Ensino, Pesquisa, Extensão e Gestão*; 2015; Montes Claros.
15. Portela LR, Dias MSA, Vasconcelos MIO. Programa nacional da melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: análise da autoavaliação em Sobral, Ceará. *Sanare* 2013; 12(1):40-5.
16. Mato Grosso. Secretaria de Estado da Saúde. *Avaliação das equipes de saúde da família de Mato Grosso - 2009 a 2012*. Cuiabá: Secretaria de Estado de Saúde; 2013.
17. Donabedian A. *La calidad de La atención médica: definición y métodos de evaluación*. México: La Prensa Médica Mexicana; 1991.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

19. Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde Distrito Federal. *Reflexões aos novos gestores municipais de saúde*. Brasília; 2009.
20. Silva EGC, Oliveira VC, Neves GBC, Guimarães TMR. O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(6):1380-6.
21. Seidl H, Vieira SP, Fausto MCR, Lima RCD, Gagno J. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. *Saúde Debate* 2014; 38: 94-108.
22. Mendonça MHM, Martins MI, Giovanella L, Escorel S. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15(5):2355-65.
23. Souza ECF. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(supl. 1):S100-10.
24. Nascimento MS, Nascimento MA. A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005;10(2):333-45.
25. Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciênc Saúde Coletiva* 2009;14(1):1325-35.
26. Cavalcante MGS. Avaliação da implantação das áreas estratégicas mínimas da atenção básica nas equipes de Saúde da Família de Camaragibe-PE, 2004 [dissertação]. Recife: Instituto Materno-Infantil de Pernambuco; 2004.
27. Alves VS, Nunes MO. Educação em saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no programa Saúde da Família. *Interface Comun Saúde Educ* 2006;10(19):131-47.

28. Paiva DCP, Bersusa AAS, Escuder MML. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006;22(2):377-85.
29. Piccini PR, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. Necessidades de saúde comuns aos idosos:efetividade na oferta e utilização em atençãobásica à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(3):657-67.
30. Sousa LB, Souza RKT, Scochi MJ. Hipertensão arterial e Saúde da Família: atenção aos portadores emmunicípio de pequeno porte ma região sul do Brasil. *Arq Bras Cardiol* 2006; 87(4):496-503.
31. Strumer G, Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Menezes AMB, Gigante DP, Macedo S. O manejo não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(8): 1727-37.
32. Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados epráticas de controle no município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006;22(2):285-94.
33. Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelotecnoassistencial. In: Merhy EE, Magalhães HM Jr, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 55-124.

Tabela 1 - Distribuição das Equipes de Saúde da Família por Distritos Sanitários do Município de São Luís – MA

DISTRITO	N° ESF QUE PREENCHERAM	
	O AMAQ	N° ESF
Coroadinho	1	4
Bequimão	5	5
Cohab	6	13
Centro	8	10
Itaqui/Bacanga	11	17
Vila Esperança	12	17
Tirirical	27	37
Total	70	103

Tabela 2 - Distribuição de profissionais avaliados por equipe. São Luís, Ma, 2014

Equipe	n	%
002		
Médicos	1	11,11
Enfermeiros	1	11,11
Dentistas	0	0,00
Técnicos de enfermagem	1	11,11
Auxiliar de consultório odontológico	0	0,00
ACS	6	66,67
Total equipe	9	100,00
003		
Médicos	1	14,29
Enfermeiros	1	14,29
Dentistas	0	0,00
Técnicos de enfermagem	1	14,29
Auxiliar de consultório odontológico	0	0,00
ACS	4	57,14
Total equipe	7	100,00
061		
Médicos	1	10,00
Enfermeiros	1	10,00
Dentistas	1	10,00
Técnicos de enfermagem	1	10,00

Auxiliar de consultório odontológico	1	10,00
ACS	5	50,00
Total equipe	10	100,00
062		
Médicos	1	14,29
Enfermeiros	1	14,29
Dentistas	0	0,00
Técnicos de enfermagem	1	14,29
Auxiliar de consultório odontológico	0	0,00
ACS	4	57,14
Total equipe	7	100,00
091		
Médicos	1	12,50
Enfermeiros	1	12,50
Dentistas	0	0,00
Técnicos de enfermagem	1	12,50
Auxiliar de consultório odontológico	0	0,00
ACS	5	62,50
Total equipe	8	100,00
Total avaliados	41	100,00

Tabela 3 - Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade por equipe de atenção básica. Dimensão: unidade Básica de Saúde. São Luís, Ma, 2014

Infraestrutura e equipamentos	Nota	n	%
A Unidade Básica de Saúde, considerando-se sua infraestrutura física e equipamentos, está adequada para o desenvolvimento das ações.	1	3	60,0
	3	2	40,0
A Unidade Básica de Saúde dispõe de consultórios com infraestrutura e equipamentos básicos que permitem o atendimento individual dos usuários com garantia de privacidade visual e auditiva	0	2	40,0
	2	3	60,0
A Unidade Básica de Saúde possui cronograma de manutenção das instalações físicas, equipamentos e instrumentais de forma regular e sistemática.	0	3	60,0
	1	2	40,0
A Unidade Básica de Saúde dispõe de linha telefônica, equipamentos de Informática com acesso à Internet para os profissionais desempenhar suas atividades.	0	2	40,0
	1	3	60,0
A Unidade Básica de Saúde dispõe dos materiais e equipamentos necessários ao primeiro atendimento nos casos de urgência e emergência.	0	5	100,0

O deslocamento dos profissionais das equipes da Unidade Básica de Saúde, para a realização de atividades externas programadas, quando necessário, é realizado por meio de veículo oficial.	0	3	60,0
	9	2	40,0
Unidade Básica de Saúde está adequada para atendimento de pessoas com deficiência e/ou com mobilidade reduzida, analfabetos e idosos.	2	3	60,0
	5	2	40,0
A Unidade Básica de Saúde possui identificação visual externa e interna em todas as suas dependências e dos profissionais. AL	0	2	40,0
	2	3	60,0

Padrão de adequação: (0-4) inadequado, (5) parcialmente inadequado, (6-7) parcialmente adequado e (8-10) adequado

Tabela 4 - Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade por equipe de atenção básica. Dimensão: Unidade Básica de Saúde. São Luís, Ma, 2014

Imunobiológicos e medicamentos	Nota	n	%
A Unidade Básica de Saúde dispõe de insumos em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações de saúde e atividades educativas.	0	2	40,0
	1	3	60,0
A Unidade Básica de Saúde dispõe de materiais e insumos necessários para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde.	1	2	40,0
	3	3	60,0
A Unidade Básica de Saúde dispõe de todas as vacinas do calendário básico do Programa Nacional e Estadual de Imunização.	8	5	100,0
A Unidade Básica de Saúde dispõe de material impresso em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações em saúde.	1	3	60,0
	2	2	40,0
A Unidade Básica de Saúde dispõe de insumos e medicamentos indicados para o primeiro atendimento nos casos de urgência e emergência.	0	3	60,0
	2	2	40,0
A Unidade Básica de Saúde dispõe de equipamentos de proteção individual de forma regular e suficiente.	0	3	60,0
	2	2	40,0

A Unidade Básica de Saúde disponibiliza os medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica com suficiência e regularidade.

1 5 100,0

A Unidade Básica de Saúde dispõe de mecanismos de monitoramento e controle de estoque (abastecimento) de materiais/insumos, medicamentos e imunobiológicos e das condições adequadas de conservação destes.

2 2 40,0

3 3 60,0

Total

5 100,00

Padrão de adequação: (0-4) inadequado, (5) parcialmente inadequado, (6-7) parcialmente adequado e (8-10) adequado

Tabela 5 - Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade por equipe de atenção básica. Dimensão: Educação permanente e qualificação das equipes de atenção básica. São Luís, Ma, 2014

J	Educação permanente e qualificação das equipes de atenção básica	Nota	n	%
	Os profissionais da equipe de nível superior e médio possuem formação complementar que os qualifica para o trabalho na atenção básica.	7	1	20,0
		8	3	60,0
		10	1	20,0
	A equipe participa de cursos de atualização e qualificação, aplicando os conhecimentos aprimorados na melhoria do trabalho e da qualificação da atenção básica.	5	3	60,0
		8	2	40,0
	As Equipes utilizam dispositivos de educação e apoio matricial à distância para a qualificação do cuidado prestado aos usuários.	0	1	20,0
		5	3	60,0
		7	1	20,0
Total			5	100,00

Padrão de adequação: (0-4) inadequado, (5) parcialmente inadequado, (6-7) parcialmente adequado e (8-10) adequado

Tabela 6 - Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade por equipe de atenção básica. Dimensão: Organização do processo de trabalho. São Luís, Ma, 2014

K	Organização do processo de trabalho	Nota	n	%
	A equipe trabalha com território definido, mantém vínculo com a população e se responsabiliza pela atenção/resolução de seus problemas/necessidades de saúde.	2	3	60,0
		8	2	40,0
	A equipe planeja suas ações com base no diagnóstico situacional de seu território e envolve a comunidade, no planejamento das ações.	3	3	60,0
		6	1	20,0
		9	1	20,0
	A equipe organiza as agendas de atendimento individual dos diversos profissionais de forma compartilhada buscando assegurar a ampliação do acesso e da atenção à saúde em tempo oportuno aos usuários.	1	3	60,0
		10	2	40,0
	A equipe utiliza ferramentas para auxiliar na gestão do cuidado de casos complexos.	0	1	20,0
		3	3	60,0
		8	1	20,0
	A equipe realiza coordenação do cuidado dos usuários do seu território.	0	1	20,0
		5	3	60,0
		10	1	20,0
	A equipe faz registro e monitoramento das suas solicitações de exames, encaminhamentos às	0	1	20,0
		5	3	60,0

especialidades, bem como os retornos.	10	1	20,0
A equipe de atenção básica utiliza estratégias ou ferramentas de abordagem familiar e de grupos sociais específicos.	3	3	60,0
	7	2	40,0
A equipe de atenção básica oferece atendimento à população de, no mínimo, 40 horas semanais.	5	3	60,0
	6	2	40,0
A equipe de atenção básica realiza visita domiciliar de maneira sistemática, programada, permanente e oportuna.	0	3	60,0
	9	2	40,0
A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea.	7	1	20,0
	8	3	60,0
	9	1	20,0
A equipe realiza o primeiro atendimento às urgências.	0	1	20,0
	6	1	20,0
	10	3	60,0
A equipe realiza reuniões periódicas.	1	3	60,0
	5	1	20,0
	7	1	20,0
A equipe de atenção básica realiza a alimentação do Sistema de Informação vigente da Atenção Básica de forma regular e consistente.	0	3	60,0
	3	1	20,0
	8	1	20,0
TOTAL		5	100,0

Padrão de adequação: (0-4) inadequado, (5) parcialmente inadequado, (6-7) parcialmente adequado e (8-10) adequado

Tabela 7 - Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade por equipe de atenção básica. Dimensão: Atenção Integral a Saúde. São Luís, Ma, 2014

L	Atenção Integral a Saúde	Nota	n	%
	A equipe de atenção básica organiza a atenção	3	1	20,0
	às pessoas com hipertensão, diabetes e	0	3	60,0
	obesidade com estratificação de risco.	8	1	20,0

Padrão de adequação: (0-4) inadequado, (5) parcialmente inadequado, (6-7) parcialmente adequado e (8-10) adequado

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A conclusão desta dissertação resultou na submissão de dois artigos científicos que foram encaminhados para a revista de Ciências e Saúde Coletiva. O primeiro artigo foi intitulado “Adaptação de um Modelo Lógico da Atenção à Hipertensão Arterial na Atenção Básica: Uma Revisão Sistemática”. Obtendo como produto final um modelo lógico adaptado de acordo com a revisão sistemática e dos documentos oficiais do Ministério da Saúde.

O segundo artigo recebeu o título “Avaliação da Qualidade da Assistência ao Hipertenso na Atenção Básica em um Distrito do Município de São Luís Maranhão”. Com o término deste estudo verificou-se que a avaliação das dimensões estrutura, processo e atenção integral ao hipertenso enquadraram-se no padrão inadequado.

Contudo, nesta pesquisa tivemos a oportunidade de conhecer um pouco dos entraves existentes na assistência ao hipertenso no distrito Bequimão, o que nos leva ao compromisso de querer contribuir para mudanças da realidade encontrada.

De acordo com o exposto, um primeiro passo seria a socialização dos resultados do estudo com a SMS, para dar visibilidade à situação evidenciada, a fim de mobilizar as equipes que atuam na ESF sobre a importância de instituir um protocolo de atendimento clínico aos hipertensos em todas as UBS baseado na estratificação de risco, com o intuito de que ocorra um resultado mais efetivo na qualidade da assistência ao hipertenso na atenção básica.

REFERÊNCIAS

- AYRES, J. R. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 583-592, 2004.
- BOHOMOL, E.; D'INNOCENZO, M.; CUNHA, I. C. K. O. Indicadores de qualidade: conceitos e sistemas de monitoramento. **Caderno Centro Universitário São Camilo**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 75-81, 2005.
- BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Orgs.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoque emergentes**. Petrópolis: Vozes, 2006.
- BRANDÃO, A. A. (Coord.). Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 32, p. S1-S4, set. 2010. Suplemento.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus***: manual de hipertensão arterial e diabetes *mellitus*. Brasília, DF, 2002a. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mais perto de você: acesso e qualidade Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília, DF, 2012b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de operação: Hipertensão: Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensão e Diabéticos**. Brasília, DF, 2002b. Disponível em: <<http://saude.maringa.pr.gov.br/downloads/hipertensao/manualhierdia2.pdf>>. Acesso em: 26 out. 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, 2013a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de operação: autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, DF: AMAQ, 2013b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, DF, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, 35).
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: mortalidade, morbidade e fatores de risco**. Brasília, DF, 2008. Disponível em:

<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/saudebrasil2009_parte1_cap4.pdf>. Acesso em: 26 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, DF, 2012a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2011_fatores_risco_doencas_cronicas.pdf>. Acesso em: 26 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Sishiperdia - Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica: apresentação**. 2013c. Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br/apresentacao.asp>>. Acesso em: 26 out. 2013.

CARNELOSSO, M. S. et al. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na região Leste de Goiânia (GO). **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1073-1080, 2010. Suplemento 1.

CASTELLANOS, P. L. **Comparação entre a satisfação do usuário como serviços oferecidos num hospital geral e a percepção gerencial dessa satisfação**. 2002. 128 f. Dissertação (Mestrado) – Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2002.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. K. O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 59, n. 1, p. 84-88, 2006.

DONABEDIAN, A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **QRB Quality Review Bulletin**, Chicago, v. 18, n. 11, p. 356-360, 1992.

_____. Evaluacion de la calidad de la atención medica. **The Milbank Memorial Fund Quaterly**, v. 44, p. 166-203, 1966.

_____. **La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación**. Mexico: La Prensa Médica Mexicana, 1980.

DONABEDIAN, A. Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la atención. **Salud Pública de México**, Morelos, v. 35, n. 1, p. 94-7, 1993.

_____. The quality of medical care. **Science**, New York, v. 200, n. 4344, p. 856-864, May 1978.

_____. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology Laboratory Medicine**, Chicago, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990.

FREITAS, L. R. S.; GARCIA, L. P. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 21, n. 1, p. 7-19, 2012.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Serviço de Saúde Comunitária. Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação em Ações de Saúde. Doenças e agravos não transmissíveis. **Ação programática para reorganização da atenção a pessoas com hipertensão, diabetes mellitus e outros fatores de risco para doenças cardiovasculares no SSC-GHC.** Porto Alegre, 2009. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/unidades/saudecomunitaria>>. Acesso em: 10 set. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores de desenvolvimento Sustentável – Brasil.** 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/recursosnaturais/ida/ids2010>>. Acesso em: 18 jun. 2013.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS. Accreditation manual of hospitals. **Nursing Care**, p. 79-85, 1992.

LEVITT, C.; HILTS, L. **Quality book of tools.** Hamilton: MC Master Innovation Press, 2010.

LIMA, A. F. C.; KURGANCT, P. Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62, n. 2, abr. 2009.

MALTA, D. C. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema único de Saúde. **Revista de Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 15, n. 3, p. 47-65. 2006.

MENDES, dal S.; SILVEIRA, C. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, out./dez. 2008.

MENDES, T. A. B. **Prevalência de doenças crônicas e utilização dos serviços de saúde por idosos residentes no Município de São Paulo.** 2010. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato.** 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MEZOMO, J. C. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos.** São Paulo: Manole, 2001.

MORAES, I. H. S. **Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania.** São Paulo: Editora Hucitec, 1994.

MOTA, E.; CARVALHO, D. M. Sistemas de informação em saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde.** 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

OLIVEIRA C. A. **O Sistema de Informação HPERDIA em Guarapuava/PR 2002-2004: implantação e qualidade das informações.** 2006. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Estratégia global em alimentação saudável, atividade física e saúde. In: ASSEMBLÉIA MUNDIAL DA SAÚDE, 57., 2004, Geneva. **Procedimento...** Geneva: WHO, 2004. Disponível em: <http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/Estrategia_Global_portugues.pdf>. Acesso em: 5 set. 2014.

PAGANINI, J. M. **Calidad y eficiencia de la atención hospitalaria**: la relación entre estructura, proceso y resultado. Washington, DC: OPS, 1993.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PERTENCE, P. P.; MELLEIRO, M. M. Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em Hospital Universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1024-1031, 2010.

PORTAL DA SAÚDE. Departamento de Informática do Sus. **E-SUS AB**: apresentação. 2014a. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/projetos/50-e-sus>>. Acesso em: 6 abr. 2014.

_____. Departamento de Informática do Sus. **Sobre o e-SUS Atenção Básica**. 2014b. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php?/conteudo=oquee>>. Acesso em: 6 abr. 2014.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. **Instrumentos para a melhoria contínua da qualidade**. Lisboa, 1999a.

_____. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. **Sub-Direcção Geral para a Qualidade Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde**: Moniquor. 2. ed. Lisboa, 1999b.

REIS, E. J. F. B. dos et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 50-61, 1990.

ROCHA, M. Z.; ALMEIDA, N. F. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA, N. F. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SANTOS, R. L. G. **Usabilidade de interfaces para sistemas de recuperação de informação na web**: estudo de caso de bibliotecas on-line de universidades federais brasileiras. Rio de Janeiro: PUC/Departamento de Artes e Design, 2006.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **Lancet**, London, 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2013.

SILVA, L. M. V. da; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

SOUSA, L. B. de; SOUZA, R. K. de; SCOCHI, M. J. Hipertensão arterial e saúde da família: atenção aos portadores em município de pequeno porte na região Sul do Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 87, n. 4, p. 496-503, 2006.

SOUZA JÚNIOR, J. J. L. **Qualidade**: um enfoque por teoria da decisão. 2002. 106 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2002.

TAKASHINA, N. T. **Indicadores da qualidade e do desempenho**. 2004. Disponível em: <<http://www.ubq-rj.com.br/artigos/iqid.htm>>. Acesso em: 8 out. 2014.

TANAKA, O. Y. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 927-934, dez. 2011.

VALLA, V. V.; LACERDA, A. As propostas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. D. (Orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec; ABRASCO, 2004. P. 91-103.

VASCONCELLOS, P. P. de. **Desenvolvimento de um modelo de avaliação da qualidade do serviço odontológico**. 2002. 91 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases**. 2008. Disponível em: <<http://www.who.int/nmh/Actionplan-PC-NCD-2008>>. Acesso em: 26 out. 2013.

_____. **Noncommunicable diseases country profiles 2011**. Geneva, 2011. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502283_eng.pdf>. Acesso em: 26 out. 2013.

ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE ARQUIVOS, REGISTROS E SIMILARES



Universidade CEUMA - UNICEUMA
Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão
Secretaria Geral da Pós-Graduação
Mestrado de Gestão de Programas e Serviços de Saúde

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE ARQUIVOS, REGISTROS E SIMILARES

A Superintendência de Educação e Saúde (SEMUS/SÃO LUÍS)

Dr Ivan Abreu Figueiredo, professor da Universidade CEUMA, e a mestrande Liane Batista da Cruz Soares, responsáveis pelo projeto intitulado “**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO HIPERTENSO NA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS MARANHÃO**”, solicita autorização para uso dos registros e dados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade do Ministério da Saúde (PMAQ-MS).

O presente estudo tem como objetivo avaliar a qualidade da assistência ao hipertenso na atenção básica no município de São Luís Maranhão, através do modelo unificado de Avedis Donabedian baseado nos componentes do cuidado em saúde: Estrutura e Processo; analisar a estrutura das unidades básicas de saúde, através do instrumento de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade do Ministério da Saúde e avaliar o processo de trabalho das Equipes de Saúde da família, através do instrumento de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade do Ministério da Saúde. A pesquisa só será iniciada após a sua aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade CEUMA.

Concordo com os termos propostos;

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Superintendência de Educação e Saúde
Coordenação de Estágio, Pesquisas e Extensão
Por Liane Batista
Antonio de Souza Azevedo Neto
AUTORIZADO em 02/06/14

São Luís, 29 de maio de 2014

CAMPUS RENASCENÇA

Rua José Montello, nº 1, Renascença II -
EP 65.075-120 - São Luís /MA
Fone (98) 3214-4277.

CAMPUS COHAMA

Av. Jerônimo de Albuquerque, nº 500,
Cohama
CEP 65.060-645 - São Luís / MA
Fone (98) 3246-8579.

CAMPUS ANIL

Av. Edson Brandão, s/n, Anil
CEP 65.045-380 - São Luís/MA
Fone (98) 3243-3115/3116.

CAMPUS BACABAL

Rua Dias Carneiro, nº 1748
CEP 65.700-000 - Bacabal / MA.
Fone (99) 3621-8402/2509.

CAMPUS IMPERATRIZ

Rua Barão do Rio Branco, quadra
12, nº 100, Maranhão Novo -
Imperatriz/MA.

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UNIVERSIDADE CEUMA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO HIPERTENSO NA ATENÇÃO BÁSICA EM UM DISTRITO DO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS MARANHÃO

Pesquisador: IVAN ABREU FIGUEIREDO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 36173214.0.0000.5084

Instituição Proponente: Centro Universitário do Maranhão - UniCEUMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 791.493

Data da Relatoria: 30/09/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo avaliativo, tipo normativo, com abordagem quantitativa. A avaliação normativa tem como principal referencial teórico Donabedian (1966), o qual propõe trabalhar com a tríade estrutura, processo e resultado, e faz seu julgamento comparando estes com os critérios e normas existentes. Neste estudo, a abordagem quantitativa, será analisada através da aplicação do instrumento de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade do Ministério da Saúde (AMAQ-MS). O presente estudo tem como objetivo avaliar a qualidade da assistência ao hipertenso na atenção básica no município de São Luís Maranhão,

através do modelo unificado de Avedis Donabedian baseado nos componentes do cuidado em saúde: Estrutura e Processo.

Por fim, a avaliação da qualidade da assistência ao hipertenso na atenção básica no município de São Luís, através dos parâmetros de Donabedian, permitirá a identificação de falhas e a reflexão sobre a reorganização dos serviços de atendimento.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a qualidade da assistência ao hipertenso na atenção básica em um distrito do município de

Endereço: DOS CASTANHEIROS
Bairro: JARDIM RENASCENÇA **CEP:** 65.075-120
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3214-4265 **Fax:** (98)3214-4212 **E-mail:** cep@ceuma.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO
MARANHÃO - UNICEUMA



Continuação do Parecer: 791.493

São Luís Maranhão, através do modelo unificado de Avedis Donabedian baseado nos componentes do cuidado em saúde: Estrutura e Processo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Este trabalho não oferece riscos aos participantes, pois não haverá realização de exames invasivos e os dados coletados serão mantidos em sigilo.

Benefícios:

Após finalização deste estudo, objetiva-se obter uma avaliação da qualidade da assistência ao hipertenso na atenção básica no município de São Luís-MA, através do modelo unificado de Avedis Donabedian baseado em componentes do cuidado em saúde: Estrutura e Processo. A partir da conclusão deste artigo pretende-se realizar a divulgação do material em Congressos e Eventos da área. Assim como, a publicação impressa do material em revistas e periódicos científicos, visando propiciar o maior contato de pesquisadores e profissionais da saúde com tal temática tão importante para a Gestão em Saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta relevância científica e certamente contribuirá para esclarecer aspectos importantes a respeito do tema. A equipe executora apresenta a capacitação necessária para realizar a pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos obrigatórios foram apresentados e encontram-se corretamente preenchidos.

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: DOS CASTANHEIROS
Bairro: JARDIM RENASCENCA CEP: 65.075-120
UF: MA Município: SAO LUIS
Telefone: (98)3214-4265 Fax: (98)3214-4212 E-mail: cep@ceuma.br



Continuação do Parecer: 791.493

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO LUIS, 15 de Setembro de 2014

Assinado por:
Eduardo Durans Figuerêdo
(Coordenador)

Endereço: DOS CASTANHEIROS
Bairro: JARDIM RENASCENCA **CEP:** 65.075-120
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3214-4265 **Fax:** (98)3214-4212 **E-mail:** cep@ceuma.br

ANEXO C – SUBDIMENSÃO H – INFRAESTRUTURA E EQUIPAMENTOS

DIMENSÃO: UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

H - SUBDIMENSÃO: INFRAESTRUTURA E EQUIPAMENTOS

Essa subdimensão objetiva avaliar a infraestrutura das unidades de saúde e os equipamentos indispensáveis para o desenvolvimento das ações na AB. Estrutura física adequada e disponibilidade de equipamentos e materiais necessários, de acordo com o quantitativo da população adscrita e suas especificidades, são de fundamental importância para a organização dos processos de trabalho e a atenção à saúde dos usuários.

3.1	A Unidade Básica de Saúde, considerando sua infraestrutura física e equipamentos, está adequada para o desenvolvimento das ações.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
-----	---	------------------------

A UBS possui características estruturais e de ambiência adequadas (acústica, ventilação, iluminação, pisos, paredes e tetos adequados, instalações hidráulicas, sanitárias e elétricas) de acordo com a regulamentação preconizada, além de apresentar e equipamentos e materiais essenciais. Verificar anexo A.

3.2	A Unidade Básica de Saúde dispõe de consultórios com infraestrutura e equipamentos básicos que permitem o atendimento individual dos usuários com garantia de privacidade visual e auditiva	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
-----	---	------------------------

A UBS disponibiliza consultórios com espaços destinados ao atendimento individual em número suficiente para garantir o atendimento concomitante de médico e enfermeiro da equipe, sem interrupção, em qualquer período de funcionamento da unidade, garantindo a privacidade dos usuários. Estes deverão ser compartilhados com os demais profissionais da unidade, obedecendo à programação e cronogramas previamente estabelecidos, na perspectiva multiprofissional e interdisciplinar. Verificar anexo A.

3.3	A Unidade Básica de Saúde possui cronograma de manutenção das instalações físicas, equipamentos e instrumentais de forma regular e sistemática.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
-----	---	------------------------

A gestão realiza o planejamento e a execução dos serviços de manutenção, garantindo o bom funcionamento das instalações físicas, equipamentos e instrumentais da UBS.

3.4	A Unidade Básica de Saúde dispõe de linha telefônica, equipamentos de informática com acesso à internet para os profissionais desempenhar suas atividades.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A gestão disponibiliza acesso à linha telefônica e equipamentos de informática com internet – possibilitando a melhoria da comunicação profissional e do acesso a dados e indicadores de saúde; facilitando os processos de educação permanente e a atualização técnica e científica das equipes. Viabiliza a participação no Telessaúde e nas comunidades de práticas, para a troca de experiências, integração entre os serviços e aumento da resolutividade da AB. Verificar anexo A.</p>		
3.5	A Unidade Básica de Saúde dispõe dos materiais e equipamentos necessários ao primeiro atendimento nos casos de urgência e emergência.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A UBS dispõe de materiais e equipamentos imprescindíveis para o primeiro atendimento de urgência e emergência aos usuários do território (conforme o anexo B), realiza a conferência e manutenção periódica desses materiais e equipamentos garantindo sua condição de uso.</p>		
3.6	O deslocamento dos profissionais das equipes da Unidade Básica de Saúde, para a realização de atividades externas programadas, quando necessário, é realizado por meio de veículo oficial.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A gestão disponibiliza às equipes veículos em boas condições de uso, manutenção e segurança, com motorista, quando necessário, para realizar as atividades externas programadas. A disponibilidade do veículo está adequada à organização e cronograma de cada uma delas.</p>		
3.7	A Unidade Básica de Saúde está adequada para atendimento de pessoas com deficiência e/ou com mobilidade reduzida, analfabetos e idosos.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A UBS dispõe de materiais, equipamentos e instrumentos adequados para a promoção do acolhimento e da atenção humanizada e integral a pessoas com deficiência e/ou com mobilidade reduzida, analfabetos e idosos. Isso significa ampliação do acesso, equidade e maior qualificação da atenção prestada. As estruturas físicas estão de acordo com a Norma Brasileira ABNT NBR 9.050/2004. Verificar Anexo C.</p>		

3.8	A Unidade Básica de Saúde possui identificação visual externa e interna em todas as suas dependências e dos profissionais.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>Há totem e placas de identificação visual externa e interna (entrada da UBS, recepção, placa com relação dos serviços ofertados, consultórios, sala de coleta, nebulização, vacina, sala de procedimentos, sala de curativos, almoxarifado, copa, banheiros para funcionários, sanitários, áreas para pessoas com cadeira de rodas, equipamentos específicos para pessoas com deficiência, consultórios odontológicos, escovário, sala de dispensação de medicamentos, central de material e esterilização, salas de reunião, auditório etc.). Traz adequadamente a identificação visual de modo que a população saiba que é uma unidade de serviços de AB integrante do Sistema Único de Saúde, Placa Saúde Mais Perto de Você- Placa que identifica que a UBS participa do PMAQ, horário de funcionamentos, escala dos profissionais, uso de crachá de identificação, listagem das ações e ofertas de serviços da equipe e número da ouvidoria. A listagem (escopo) de ações/ofertas de serviços da equipe, de modo acessível às pessoas com deficiência (acessibilidade comunicacional). Apresenta piso tátil para o deslocamento e utiliza símbolos internacionais para pessoas com deficiência. A identificação visual facilita o acesso dos usuários ao serviço, bem como a sua movimentação dentro da UBS.</p>		

ANEXO D – SUBDIMENSÃO I – INSUMOS, IMUNOBIOLOGICOS E MEDICAMENTOS

I – SUBDIMENSÃO: INSUMOS, IMUNOBIOLOGICOS E MEDICAMENTOS

Essa subdimensão objetiva avaliar o armazenamento, a disponibilidade e a suficiência de insumos, imunobiológicos e medicamentos para o desenvolvimento de ações em saúde e o processo de dispensação/controle das vacinas e medicamentos pela Unidade Básica de Saúde.

3.9	A Unidade Básica de Saúde dispõe de insumos em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações de saúde e atividades educativas.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A UBS dispõe de insumos em quantidades suficientes para a atenção aos usuários e as atividades educativas destinadas à população. Utilizar como referência a lista do anexo D.		
3.10	A Unidade Básica de Saúde dispõe de materiais e insumos necessários para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Os materiais e insumos básicos para o processo de trabalho do ACS estão garantidos. Verificar Anexo E		

3.11	A Unidade Básica de Saúde dispõe de todas as vacinas do calendário básico do Programa Nacional e Estadual de Imunização.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>O calendário de vacinação é definido pelo PNI do Ministério da Saúde e pelo calendário estadual. A UBS organiza e estrutura meios para facilitar o acesso às vacinas básicas e aumentar a cobertura vacinal no território. Estão garantidos os seguintes imunobiológicos: BCG, hepatite B, tetravalente/Pentavalente, poliomielite/SALK, rotavírus, pneumocócica 23 - valente, pneumocócica 10 e meningocócica C, tríplice viral, febre amarela e tríplice bacteriana, dupla adulto, varicela, influenza sazonal.</p>		
3.12	A Unidade Básica de Saúde dispõe de material impresso em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações em saúde.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A UBS possui materiais impressos em quantidade suficiente, evitando que eventuais interrupções no fornecimento causem prejuízos da continuidade e qualidade do atendimento prestado. Verificar anexo F.</p>		
3.13	A Unidade Básica de Saúde dispõe de insumos e medicamentos indicados para o primeiro atendimento nos casos de urgência e emergência.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>Os insumos e medicamentos indispensáveis ao primeiro atendimento de urgência e emergência ao usuário, para a estabilização e manutenção da vida até que possa ser referenciado para outro nível de atenção caso seja necessário, estão garantidos na UBS. Verificar anexo H.</p>		
3.14	A Unidade Básica de Saúde dispõe de equipamentos de proteção individual de forma regular e suficiente.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A gestão garante a disponibilização de EPI para o trabalhador com vistas à sua proteção contra riscos capazes de ameaçar sua segurança e saúde. A UBS garante a disponibilização de EPI, tais como: óculos de acrílico, protetor facial de acrílico, luvas, máscaras, capotes, aventais, gorros, botas ou sapatos fechados etc. Verificar anexo D.</p>		
3.15	A Unidade Básica de Saúde disponibiliza os medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica com suficiência e regularidade.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A gestão abastece as unidades com quantidade suficiente de medicamentos para assegurar a cobertura do território, de maneira regular e programada, de tal forma que uma falta eventual desses não comprometa a resolutividade dos tratamentos.</p>		

Os medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica garantem a execução do tratamento, do plano terapêutico, da promoção da saúde e da redução de agravos. Ver anexo H.

3.16	A unidade básica de saúde dispõe de mecanismos de monitoramento e controle de estoque (abastecimento) de materiais/insumos, medicamentos e imunobiológicos e das condições adequadas de conservação destes.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A gestão faz programação adequada para a manutenção dos níveis de estoque necessários ao atendimento da demanda, evitando-se a superposição de estoque ou desabastecimento do sistema para otimizar recursos financeiros e garantir a continuidade das ações em saúde. Há instrumentos (informatizados ou manuais) para o controle do estoque, distribuição e dispensação de insumos, materiais, medicamentos e imunobiológicos na UBS. As condições de armazenamento estão adequadas garantindo a conservação dos medicamentos e imunobiológicos.</p>		

ANEXO E – SUBDIMENSÃO J – EDUCAÇÃO PERMANENTE E QUALIFICAÇÃO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA

DIMENSÃO: EDUCAÇÃO PERMANENTE, PROCESSO DE TRABALHO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

J - SUBDIMENSÃO: EDUCAÇÃO PERMANENTE E QUALIFICAÇÃO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA

Os processos de reorganização da AB vêm exigindo dos profissionais um novo perfil, novas habilidades e competências para atuar na diversidade de demandas e realidades do território e na integração com a comunidade. Trata-se de concepções e práticas de saúde que incluem: trabalho em equipe, interdisciplinaridade, compartilhamento de saberes, capacidade de planejar, organizar e desenvolver ações direcionadas às necessidades da população. O perfil dos profissionais da equipe de AB está vinculado a características pessoais, aos seus processos de formação e qualificação, bem como às suas experiências, vivências e práticas. Esse perfil pode ser aperfeiçoado com a implementação de estratégias de educação permanente, entre outras ações que valorizam o profissional.

4.1	Os profissionais da equipe de nível superior e médio possuem formação complementar que os qualifica para o trabalho na atenção básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
-----	--	------------------------

Os profissionais de nível superior e médio da equipe tem formação qualificada para atuarem na AB. Tais qualificações contribuem para que desenvolvam ações de saúde mais resolutivas no território, promovendo melhor desempenho técnico e profissional, novas competências e habilidades, bem como melhoria nos processos de trabalho, planejamentos e intervenções da equipe. São exemplos de formação complementar: Especialização em Saúde da Família, Saúde Coletiva, Medicina Preventiva e Social, Residência em Medicina de Família e Comunidade, Curso de atualização/aperfeiçoamento com temas referentes à atenção básica, entre outros.

4.2	A equipe participa de cursos de atualização e qualificação, aplicando os conhecimentos aprimorados na melhoria do trabalho e da qualificação da atenção básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
-----	---	------------------------

A equipe participa de cursos de atualização e qualificação que são disponibilizados considerando suas necessidades e dificuldades identificadas por ela. Aplica os conhecimentos aprimorados na formulação de novos subsídios e ferramentas para a melhoria dos processos de trabalho da equipe, bem como para o desenvolvimento de novas habilidades e competências que visam à qualificação na AB.

4.3	As Equipes utilizam dispositivos de educação e apoio matricial à distância para a qualificação do cuidado prestado aos usuários.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>As equipes participam de atividades de educação e apoio matricial à distância como: participação dos trabalhadores em cursos de Educação à Distância - EAD (cursos de atualização e/ou especialização), atividades ofertadas pelos Núcleos de Telessaúde Brasil Redes na AB como as Teleconsultorias e Segunda Opinião Formativa, participação nos fóruns de discussão em Comunidade de Práticas, dentre outros. As atividades de educação e apoio matricial à distância podem, além de aumentar a resolutividade clínica dos profissionais da AB, possibilitar a abertura de um canal de diálogo dos profissionais da AB com outros profissionais e serviços.</p>		

ANEXO F – ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

K - SUBDIMENSÃO: ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

A organização do trabalho na atenção básica consiste na estruturação dos processos de trabalho da equipe que realiza o cuidado, envolvendo: adscrição do território; diagnóstico situacional do território; ações no território como a busca ativa e visitas domiciliares permanentes e sistemáticas, além de ações de prevenção e promoção; acolhimento resolutivo em tempo integral (com análise de necessidades de saúde, avaliação de vulnerabilidade e classificação de risco); atendimento de urgências e emergências médicas e odontológicas durante o tempo da jornada de trabalho da unidade de saúde; atenção orientada pela lógica das necessidades de saúde da população; planejamento das ações integrado e horizontalizado; serviços com rotinas estabelecidas em cronogramas, fluxogramas e protocolos clínicos; linhas de cuidado com definição, monitoramento e regulação de fluxos, solicitações e compromissos com outros pontos de atenção com vistas a coordenar o cuidado na rede de atenção; práticas sistemáticas de monitoramento e análise dos resultados alcançados pela equipe e avaliação da situação de saúde do território.

4.4	A equipe trabalha com território definido, mantém vínculo com a população e se responsabiliza pela atenção/resolução de seus problemas/necessidades de saúde.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe estabelece relações de vínculo e se responsabiliza pela resolução dos problemas de saúde da população adscrita, garantindo, assim, a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. É importante conhecer o território adscrito para obter informações das reais condições de vida das famílias residentes na área de atuação das equipes, para isso o ACS realiza o cadastramento das famílias de sua microárea.		

4.5	A equipe planeja suas ações com base no diagnóstico situacional de seu território e envolve a comunidade, no planejamento das ações.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A equipe faz o acompanhamento dinâmico da situação de saúde, mapeia adequadamente o território, representando-o de forma gráfica – com identificação dos aspectos geográficos, ambientais, sociais, econômicos, culturais, religiosos, demográficos e epidemiológicos –, associando-o com o cadastro atualizado de domicílios e famílias e informações vindas dos sistemas de informações e de outras fontes. Identifica durante seus atendimentos ou no território, indivíduos que fazem uso de Plantas medicinais e Fitoterápicos e/ou outros recursos terapêuticos das Práticas Integrativas e Complementares. A territorialização possibilita o planejamento das ações prioritárias para o enfrentamento dos problemas de saúde mais frequentes e/ou de maior relevância e em consonância com o princípio da equidade. O planejamento e a avaliação das ações implementadas possibilitam a reorientação permanente do processo de trabalho. A comunidade e instituições intersetoriais são envolvidas nesse processo, sempre na perspectiva de troca e integração de saberes popular e técnico-científico, ampliando a compreensão da equipe em relação à realidade vivida pela população e também o protagonismo desses atores.</p>		
4.6	A equipe organiza as agendas de atendimento individual dos diversos profissionais de forma compartilhada buscando assegurar a ampliação do acesso e da atenção à saúde em tempo oportuno aos usuários.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A equipe organiza a agenda dos profissionais com base nas necessidades de saúde da população, pois isso contribui para que a ação da equipe seja integrada, multiprofissional e interdisciplinar. É importante, também, para a garantia de continuidade do cuidado (programático ou não), reforçando o vínculo, a responsabilização e a segurança dos usuários. Por isso, é fundamental uma metodologia consistente de planejamento e gestão das agendas que contemple essas diferentes situações: oferta programada para grupos específicos, para demanda espontânea (consulta no dia e o primeiro atendimento às urgências;) e para retorno/reavaliação de usuários que não fazem parte de ações programáticas.</p>		
4.7	A equipe utiliza ferramentas para auxiliar na gestão do cuidado de casos complexos.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A equipe elabora, acompanha, gere e avalia os casos considerados complexos, bem como acompanha e organiza o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção da RAS. A equipe utiliza ferramentas para análise e planejamento de intervenções dos casos complexos como o Projeto Terapêutico Singular.</p>		

4.8	A equipe realiza coordenação do cuidado dos usuários do seu território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A equipe consegue acompanhar os casos dos usuários que necessitam ser encaminhados a outros serviços. Consegue definir quais usuários são prioritários para encaminhamento e isso efetivamente determina a ordem de atendimento. Ela consegue ter informações sobre o que foi proposto de tratamento (ou plano de cuidado ou etc) a esse usuário dialogando ou trocando informações com o profissional que o atendeu nesse outro ponto de atenção. Utiliza no seu cotidiano para fazer a gestão do cuidado ferramentas como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinelas e incidentes críticos, entre outros.</p>		

4.9	A equipe faz registro e monitoramento das suas solicitações de exames, encaminhamentos às especialidades, bem como os retornos.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A equipe mantém registro das referências, contrarreferências e solicitações de exames de todos os usuários. As informações, registradas em instrumentos além dos prontuários, e o monitoramento dos fluxos – casos atendidos/não atendidos (em especial, casos mais graves e/ou complexos) facilitam a coordenação do cuidado. Essas ações reduzem o tempo de espera e retorno das informações às unidades, objetivando concretizar o cuidado integral e em tempo oportuno.</p>		

4.10	A equipe de atenção básica utiliza estratégias ou ferramentas de abordagem familiar e de grupos sociais específicos.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A equipe utiliza ferramentas ou estratégias que contribuem para maior visibilidade da estrutura dos indivíduos, famílias e suas relações pessoais (trabalho, moradia, entre outras). Auxiliam, também, na compreensão da interação entre os membros e das transformações nos diferentes ciclos de vida. São exemplos: genograma, ciclo de vida, mapeamento da rede social significativa, FIRO, PRACTICE, visita domiciliar, prontuário familiar (organizados por microáreas ou outros mecanismos que facilitem a organização do território) e outros.</p>		

4.11	A equipe de atenção básica oferece atendimento à população de, no mínimo, 40 horas semanais.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A equipe garante atendimento semanal de, no mínimo, 40 horas, tendo em vista o seu amplo escopo de ações não apenas de atenção clínica individual, como também a realização de visitas domiciliares, grupos de educação em saúde, acolhimento, ações de vigilância, ações coletivas no território e reuniões de planejamento e avaliação. Desta forma, o desenvolvimento das ações das equipes durante a jornada de trabalho aumenta o impacto na saúde e as possibilidades de manutenção e fortalecimento dos vínculos e a longitudinalidade do cuidado. O atendimento clínico individual está disponível em horários que facilitem o acesso aos usuários (horários de almoço, fins de semana,</p>		

período noturno, etc.).

4.12	A equipe de atenção básica realiza visita domiciliar de maneira sistemática, programada, permanente e oportuna.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A visita domiciliar é um importante instrumento da equipe de AB para produção de cuidados. Este instrumento possibilita conhecer melhor a comunidade e os riscos associados à conformação do território, fortalecer o vínculo e qualificar o acesso à saúde de pacientes acamados/com dificuldades de locomoção. Cumpre ainda outras funções importantes como: identificar os moradores por faixa etária, sexo, raça, condição de saúde e situação de risco e vulnerabilidade; conhecer as condições de moradia e trabalho, do entorno, hábitos, crenças e costumes; identificar situações de risco que demandem atendimento domiciliar ou atendimento com encaminhamento oportuno à UBS; estimular a reflexão sobre hábitos prejudiciais à saúde, orientando sobre medidas de prevenção de doenças e promoção à saúde; informar sobre o funcionamento da UBS e as atividades oferecidas; orientar e acompanhar a população quanto ao uso correto de medicamentos e atividades de autocuidado; registrar adequadamente os dados relevantes para os sistemas de informação no âmbito da AB. As visitas deverão ser programadas em conjunto pelos profissionais da equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes.</p>		

4.13	A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A equipe realiza acolhimento a demanda espontânea durante todo o período de funcionamento da UBS. Oferece acolhimento humanizado a todos os usuários do seu território com: escuta qualificada, classificação de risco e vulnerabilidades, com utilização de protocolos e definição de critérios para agendamento de consultas. A equipe realiza o primeiro atendimento dos usuários que precisam ser atendidos no dia e realiza atendimento às primeiras urgências, referenciando para outros pontos da rede de atenção, quando necessário. Assim, garante, o acesso e resolutividade. A equipe utiliza os dados do acolhimento para orientar/reorientar o planejamento das ações.</p>		

4.14	A equipe realiza o primeiro atendimento às urgências.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A equipe acolhe a demanda de usuários com quadros agudos de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, fornecendo o primeiro atendimento às urgências básicas. Depois desse primeiro atendimento, a equipe garante a continuidade do acompanhamento em agenda programada (se houver necessidade), ampliando, assim, a resolutividade da AB e fortalecendo o vínculo equipe-comunidade.</p>		

4.15	A equipe realiza reuniões periódicas.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A equipe realiza reuniões periódicas (semanal ou quinzenal), com duração adequada às necessidades de discussão da equipe. Utiliza esse momento para discutir questões referentes às questões administrativas e funcionamento da UBS, organização do processo de trabalho, diagnóstico e monitoramento do território, planejamento das ações, educação permanente, avaliação e integração com troca de experiências e conhecimentos, discussão de casos, planejamento e organização das visitas domiciliares, avaliação dos grupos que estão sendo desenvolvidos na comunidade, discussão de casos pela equipe (eventos sentinelas, casos complexos), qualificação clínica com participação de equipes de apoio matricial (NASF, CAPS, CEO, especialistas da rede e da vigilância), construção/discussão de projeto terapêutico singular, monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde, dentre outros. É importante que a equipe realize junto com o ACS as o planejamento das ações no território.</p>		

4.16	A equipe de atenção básica realiza a alimentação do Sistema de Informação vigente da Atenção Básica de forma regular e consistente.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A equipe mantém atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal. Registra informações referentes aos serviços ofertados pela UBS, e utiliza, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local.</p>		

4.17	A equipe realiza monitoramento e avaliação das ações e resultados alcançados.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A equipe monitora e avalia as ações desenvolvidas no território. Discute sobre o seu fazer cotidiano e os resultados obtidos, identifica e implementa estratégias de intervenção para o enfrentamento e a redefinição de rumos. Monitora, avalia e discute resultados em equipe, com vistas à melhoria dos processos de trabalho, amplia a possibilidade de resultados satisfatórios, de qualificação dos serviços prestados e de satisfação dos profissionais e usuários.</p>		

ANEXO G - ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

L – SUBDIMENSÃO: ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

A atenção integral à saúde envolve o acolhimento, tanto da demanda programada, quanto da espontânea, em todas as fases do desenvolvimento humano (infância, adolescência, ADULTOS E IDOSOS), por meio de ações individuais e coletivas de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação. COMPREENDE uma abordagem que não se limita aos aspectos físicos e patológicos, considerando também o sofrimento psíquico e os condicionantes sociais de saúde.

4.29	A equipe de atenção básica organiza a atenção às pessoas com hipertensão, diabetes e obesidade com base na estratificação de risco.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A equipe desenvolve ações de atenção à saúde às pessoas com hipertensão, diabetes e obesidade com base na estratificação de risco. Para isso, considera o cálculo do risco cardiovascular, o controle dos níveis pressóricos e/ou glicêmicos, a avaliação antropométrica, a motivação da pessoa, adesão e resposta ao tratamento, presença de fatores de risco e outras doenças associadas, suporte social e familiar e grau de autonomia para o autocuidado. Programa o cuidado (ex.: frequência de consultas, grupos e exames) baseando-se na estratificação de risco, nas necessidades individuais e nos determinantes sociais da saúde. A equipe não limita dias específicos na agenda para cuidado das pessoas com doenças crônicas. A equipe oferece opções de grupos terapêuticos e de atividades educativas sobre alimentação saudável e incentivo à prática de atividade física na UBS ou em outros espaços do território, como Academia da Saúde, praças e associações. Planeja ações para tratamento dos indivíduos com obesidade, inclusive nos casos em que estes não apresentem outras doenças crônicas associadas.</p>		

ANEXO H – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DOS ARTIGOS À REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA

ScholarOne Manuscripts

27/07/15 20:54

ScholarOne Manuscripts™

Liane Soares ▾

Instructions & Forms

Help

[Main Menu](#) / [Author Dashboard](#) / [Submission Confirmation](#)

Submission Confirmation

Thank you for submitting your manuscript to *Ciência & Saúde Coletiva*.

Manuscript ID: CSC-2015-1403

Title: ADAPTAÇÃO DE UM MODELO LÓGICO DA ATENÇÃO À HIPERTENSÃO ARTERIAL
NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Authors: Soares, Liane

Date Submitted: 27-Jul-2015

Print

Return to Dashboard

SCHOLARONE™



© 2015

© Thomson Reuters | © ScholarOne, Inc., 2015. All Rights Reserved.
ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are registered trademarks of ScholarOne, Inc.
ScholarOne Manuscripts Patents #7,257,767 and #7,263,655.

<https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>

Página 1 de 2



Submission Confirmation

Thank you for submitting your manuscript to *Ciência & Saúde Coletiva*.

Manuscript ID: CSC-2015-1412

Title: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO HIPERTENSO NA ATENÇÃO BÁSICA EM UM DISTRITO DO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS MARANHÃO.

Authors: Soares, Liane

Date Submitted: 27-Jul-2015

Print

Return to Dashboard



ANEXO I - NORMAS DA REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA

Ciência & Saúde Coletiva INSTRUÇÕES AOS AUTORES

ISSN 1413-8123 *versão impressa*
ISSN 1678-4561 *versão online*

- Instruções para colaboradores
- Orientações para organização de números temáticos
- Recomendações para a submissão de artigos
- Apresentação de manuscritos

Instruções para colaboradores

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates inter pares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas

primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.

- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista *C&SC* adota as "Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas", da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico

(<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).
9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser indicadas no final do texto, apenas pelas iniciais (ex. LMF trabalhou na concepção e na redação final e CMG, na

pesquisa e na metodologia).

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).

5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.

6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as

ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:
 ex. 1: "Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF" 11 ...
 ex. 2: "Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade..."
 As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.
3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).
4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).
5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores)
 Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

 Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude*

Colet 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública;

2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em:<http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational

Systems; 1993.

[\[Home\]](#) [\[Sobre esta revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)
Av. Brasil, 4036 - sala 700 Manguinhos
21040-361 Rio de Janeiro RJ - Brazil
Tel.: +55 21 3882-9153 / 3882-9151



cienciasaudecoletiva@fiocruz.br