



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE  
COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE COMUNITÁRIA



**VERÔNICA COPQUE SILVA**

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA ATENÇÃO À HIPERTENSÃO ARTERIAL  
SISTÊMICA EM EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ESTUDO DE CASO**

**SALVADOR**

**2014**



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE COMUNITÁRIA



**VERÔNICA COPQUE SILVA**

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA ATENÇÃO À HIPERTENSÃO ARTERIAL  
SISTÊMICA EM EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ESTUDO DE CASO.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva (PPG-ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Comunitária.

Área de concentração: Política, Planificação e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Luiza Queiróz Vilasbôas

**SALVADOR**

**2014**



Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva – ISC  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

## VERÔNICA COPQUE SILVA

### ***Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial sistêmica em equipes de saúde da família: estudo de caso***

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde da Universidade Federal da Bahia.

**Data de defesa:** 12 de novembro de 2014.

**Banca Examinadora:**

*Ana Luiza Queiroz Vilasbôas*

Prof.<sup>a</sup> Ana Luiza Queiroz Vilasbôas - ISC/UFBA

*Maria Guadalupe Medina*

Prof.<sup>a</sup> Maria Guadalupe Medina - ISC/UFBA

*Lucelia Batista Neves Cunha Magalhães*

Prof.<sup>a</sup> Lucelia Batista Neves Cunha Magalhães - CEDEBA/SESAB

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a ADONAI (MEU SENHOR DEUS) e às duas pessoas que mais amo neste mundo: meu amor Léo e minha filha Sam.

Minha família é o meu maior tesouro.

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer ao SENHOR e DEUS por me dar Vida e Sustentar meus passos durante esta jornada desafiadora durante estes dois anos intensos em que tive alegrias, algumas perdas, fiz novos companheiro e me aproximei de tantos outros. Agradeço a ELE por ter me ajudado a manter a fé nas situações em que faltaram forças e sobraram lágrimas, a manter a persistência e a firmeza. Por Ele me conceder sempre muito mais daquilo que mereço.

Agradeço ao meu esposo e companheiro de toda vida, pela paciência nas minhas inúmeras ausências, por ser um pai presente e por cada palavra de apoio. Só você sabe como foi chegar aqui.

À minha pequena Sam, meu anjo e meu raio de sol, a ela agradeço como a mais ninguém. Teremos muito dias agora pra brincar no parquinho e desejo devolver a você estes dois anos.

Aos meus pais que sempre me incentivaram a ir mais além e me deram os meios para isto, através do apoio aos meus estudos. Agradeço a minha irmã Cris que trilhou os caminhos do mestrado na minha frente servindo como inspiração. À Carol por ela existir em nossas vidas e me fazer repensar sempre como preciso ser uma pessoa cada vez melhor.

Agradeço a minha amiga mais que irmã Sandra Macedo por ser minha família em todo tempo, perto ou longe, não existem distancias e nossos corações sabem o caminho de volta. Sua presença em minha vida foi um diferencial de Deus.

Aos meus Apóstolos Antônio e Dirlei Lima por terem recebido a minha família este ano com tanto amor e servirem de referência de vida com Deus para nós.

Aos pastores Jutay e Alice pela amizade, apoio e cuidado que sempre me deram, por cada momento da nossa caminhada juntos.

À minha orientadora e amiga Ana Luíza por ser um espelho de dedicação, cuidado, por cada gesto de apoio e por cada palavra de incentivo. Você é muito especial pra mim, “estamos juntas!”

Aos amigos pela compreensão em tantas ausências.

Aos colegas do GRAB pelo apoio, em especial, á Valéria Coutinho por sempre ter um colinho pronto pra mim.

Aos meus amigos de luta da Secretaria Municipal de Saúde de Camaçari-Ba, em especial aos amigos Lúcio, Cemi, Lidiane, Tão, Letícia, Célia Baqueiro.

Aos colegas do DEPLAN (Camaçari) e das Unidades de Saúde da família que me acolheram e me apoiaram durante a coleta.

E enfim agradeço a todos os profissionais que, assim como eu, ainda mantém os “pés no chão da fábrica”, tentando, errando, tentando de novo, às vezes acertando, mas não desistindo de lutar pelo SUS real, da prática, que se constrói dia-a-dia, às vezes entre as nossas lágrimas, nosso cansaço e nossa persistência.

...aprendi a viver... sob toda e qualquer circunstância. Sei bem o que é passar necessidade e sei o que é andar com fartura. Aprendi o mistério de viver feliz em todo lugar e em qualquer situação, esteja bem alimentado, ou mesmo com fome, possuindo fartura, ou passando privações. Tudo posso aquele que me fortalece!

Filipense 4

SILVA, Verônica Copque. **Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial sistêmica em unidades de saúde da família: estudo de caso.** Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2014.

## RESUMO

A elevada prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, que vêm se tornando “o padrão epidemiológico dominante” em todos os países, tem trazido impacto importante crescente em termos de custos assistenciais e gerados perdas na funcionalidade e na qualidade de vida dos pacientes. Dentre estas doenças, as doenças cardiovasculares se destacam como principais causas dos óbitos no Brasil e a Hipertensão Arterial Sistêmica é um importante fator de risco para a ocorrência destas doenças. Pesquisas brasileiras vêm demonstrando o aumento da prevalência da HAS, apesar da existência de diversas políticas públicas no país direcionadas ao tratamento, prevenção e controle do agravo, principalmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Este estudo teve como objetivo geral analisar a implantação da atenção à HAS em Equipes de Saúde da família de um município da Região Micro Leste do Estado da Bahia no ano de 2013. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, do tipo análise de implantação 1B, orientada pelo estudo de caso único, com dois níveis de análise, foi elaborado um modelo lógico com os componentes da atenção à HAS. Para identificar os determinantes contextuais da gestão municipal da atenção primária que podem ter influência na implantação foram analisados os aspectos estruturais (recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para garantia do cuidado), planejamento, acompanhamento e avaliação das ações das Equipes de Saúde da Família. A produção dos dados foi obtida com a realização de entrevistas, análise documental e observação não participante. Este estudo permitiu uma aproximação à dinâmica do trabalho em saúde da família para atenção à HAS, evidenciado distanciamento entre aquilo que está preconizado e ao que de fato se efetiva na prática. Os resultados demonstraram que na Equipe Verde a atenção ao agravo está parcialmente implantada e na Equipe Amarela não está implantada, o que indica um possível comprometimento no controle dos níveis pressóricos dos portadores acompanhados, bem como fragilidades no desenvolvimento de ações para a prevenção das complicações e consequentemente pouco impacto na redução da incidência da doença. A análise do contexto na busca de fatores influenciadores do grau de implantação da atenção à HAS possibilitou identificar como principais fragilidades as questões organizacionais da gestão municipal da APS, tais como: baixa cobertura da ESF e do PACS, pouco apoio logístico e técnico para as equipes, insuficiência dos insumos, equipamentos, ações de qualificação dos profissionais, dificuldades de acesso à rede de referência e pouca priorização do agravo nas ações planejadas, bem como inexistência de dotação orçamentária para lidar com o problema das doenças crônicas não transmissíveis. Aponta-se a necessidade de acompanhar e avaliar as práticas das equipes através de mecanismos potencializadores de mudanças, com destaque para os processos de educação permanente e apoio institucional, dispositivos que objetivam evidenciar os problemas na organização dos serviços da APS e buscar soluções com vistas a atender as necessidades da população, dos trabalhadores e dos gestores, acionando movimentos de recomposição dos meios de trabalho, da reestruturação do trabalho propriamente dito e da redefinição das relações sociais e técnicas.

**Palavras chaves:** Avaliação em saúde; Atenção primária à saúde; Doenças crônicas não transmissíveis; Hipertensão arterial sistêmica.

SILVA, Verônica Copque. **Evaluation of the implementation of health care for hypertension in units of family health: a case study.** Thesis (MS in Community Health). Institute of Collective Health, Federal University of Bahia, Salvador. In 2014.

## ABSTRACT

The high prevalence of chronic noncommunicable diseases, which have become "the dominant epidemiological pattern" in all countries, has caused growing major impact on healthcare costs and losses generated on functionality and quality of life of patients. Among these diseases, cardiovascular diseases stand out as the main causes of deaths in Brazil and the Hypertension is an important risk factor for the occurrence of these diseases. Brazilian research has demonstrated the increased prevalence of hypertension, despite the existence of various public policies in the country directed to treatment, prevention and control of the disease, especially in the context of Primary Health Care. This study aimed to analyze the overall deployment of attention SAH in family Health Teams in a municipality in Region Micro eastern state of Bahia in the year 2013. This is an evaluation research, the implementation analysis 1B, guided by the single case study with two levels of analysis, a logic model was developed with the components of attention to hypertension. To identify the contextual determinants of municipal management in primary care that may affect the implementation structural aspects (physical human and financial resources necessary to guarantee care resources, materials), planning, monitoring and evaluation of the actions of the Health Teams were analyzed family. The production data was obtained by conducting interviews, document analysis and non-participant observation. This study allowed an approximation to the dynamics of working in family health care for SAH, evidenced gap between what is recommended and what is actually effective in practice. The results showed that the Green Team's attention to the offense is partially deployed and Team Yellow is not deployed, indicating a possible involvement in the control of blood pressure accompanied the carriers as well as weaknesses in developing actions for the prevention of complications and consequently little impact on reducing the incidence of the disease. The analysis of the context in the search for factors that influence the degree of implementation of the SAH attention as possible to identify major weaknesses organizational issues of municipal management of APS, such as low coverage of ESF and PACS, some logistical and technical support for teams, failure of supplies, equipment, qualification actions of professionals, difficulties of access to the reference network and low prioritization of planned actions in tort as well as lack of budget allocation to deal with the problem of non-communicable chronic diseases. Points up the need to monitor and evaluate the practices of teams through potentiating mechanisms of change, especially the process of permanent education and institutional support, devices that aim to highlight the problems in the organization of primary care services and to seek solutions with a view meet the needs of the population, workers and managers, triggering movement of recomposition of the working media, the restructuring of the work itself and the redefinition of social and technical relations

**Key-Words:** Health Evaluation; Primary health care; Chronic diseases; Hypertension.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

**Figura 01:** Modelo lógico da atenção à HAS em equipes de saúde da família.

**Quadro 01:** Matriz de análise da avaliação da implantação da atenção à HAS em Equipes de Saúde da Família.

**Figura 02:** Mapa do Município lócus da pesquisa.

**Gráfico 01:** Evolução da mortalidade proporcional do município lócus segundo as principais causas de 2001 a 2010.

**Gráfico 02:** Evolução da mortalidade proporcional por doenças cardiovasculares do município lócus de 2001 a 2010.

**Gráfico 03:** Grau de implantação dos componentes da atenção à HAS da Equipe Verde

**Quadro 02:** Classificação da Equipe Verde quanto ao grau de implantação da atenção á HAS por componente analisado.

**Gráfico 04:** Grau de implantação dos componentes da atenção à HAS da Equipe Amarela

**Quadro 03:** Classificação da Equipe Amarela quanto ao grau de implantação da atenção á HAS por componente analisado.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**DCNT** - Doenças crônicas não transmissíveis  
**OPAS/OMS**- Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde  
**DCV**- Doenças cardiovasculares  
**HAS**- Hipertensão Arterial Sistêmica  
**PA**- Pressão arterial  
**DNDCD**- Divisão Nacional das Doenças Crônicas Degenerativas  
**NOB-SUS**- Normas Operacionais Básicas do SUS  
**PSF**- Programa de Saúde da Família  
**NOAS**- Norma Operacional de Assistência à Saúde  
**CONASS**- Conselho Nacional dos Secretários de Saúde  
**CONASEMS**- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde  
**HIPERDIA**- Sistema Informatizado de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos  
**VIGITEL**- Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico  
**PNPS**- Política Nacional de Promoção da Saúde  
**UBS**- Unidades Básicas de Saúde  
**USF**- Unidades de Saúde da Família  
**ESF**- Estratégia de Saúde da Família  
**SUS**- Sistema Único de Saúde  
**APS**- Atenção primária à saúde  
**PAB**- Piso da Atenção Básica  
**PROESF**- Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família  
**PACS**- Programa de agentes comunitários de saúde  
**SIAB**- Sistema de Informação da Atenção Básica  
**PNH**- Política Nacional de Humanização  
**E-SUS-AB**- Estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações  
**DM**- Diabetes mellitus  
**SISPN**- Sistema de Informações sobre Pré-Natal  
**SISCOLO**- Sistema de Informações sobre Câncer do Colo do Útero  
**PMAQ**- Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica  
**IBGE**- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
**PMS**- Plano Municipal de Saúde  
**IDH**- Índice de desenvolvimento humano  
**SIH/SUS**- Sistema de Informações Hospitalares do SUS  
**IAM**- Infarto agudo do miocárdio  
**AVC**- Acidente Vascular Cerebral  
**SIM**- Sistema de Informações sobre Mortalidade  
**PROVAB**- Programa de Valorização da Atenção Básica  
**HIV**- Vírus da Imunodeficiência Adquirida

## SUMÁRIO

1. Introdução.....	13
2. Bases teóricas conceituais.....	18
2.1. Panorama das principais políticas brasileiras direcionadas ao controle e atenção à hipertensão arterial sistêmica.....	19
2.2. O controle da HAS: um desafio para a saúde pública brasileira.....	23
2.3. O processo de trabalho em saúde da família na atenção à HAS.....	26
3. Objetivos .....	36
4. Percurso metodológico.....	38
4.1. Tipo de estudo.....	39
4.2. Procedimentos para seleção do município e das equipes de saúde da família.....	52
4.3. Procedimentos para coleta de dados e evidências.....	56
4.4. Aspectos éticos.....	58
5. Resultados.....	59
5.1. Estimativa do grau de implantação da atenção à HAS em equipes de saúde da família.....	60
5.2. Análise contextual.....	72
6. Discussões.....	79
7. Considerações finais.....	90
8. Referências bibliográficas.....	94
9. Apêndices.....	107

**AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA DESDE QUE CITADA A FONTE.**

Ficha Catalográfica  
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

---

S586a Silva, Verônica Copque.

Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial sistêmica em Equipes de Saúde da Família: estudo de caso / Verônica Copque Silva. -- Salvador: V.C.Silva, 2014.

130f.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Avaliação em Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Doenças Crônicas Não Transmissíveis. 4. Hipertensão Arterial Sistêmica. I. Título.

CDU 614.2

---

## 1. Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são problemas de saúde que afetam a população em diversos países. Atualmente, podem ser consideradas como ameaças ao desenvolvimento humano, pois relacionam-se diretamente à redução da expectativa de vida, principalmente nas populações dos extratos sociais baixos, devido à exposição maior aos fatores de risco e acesso limitado às ações de saúde (SCHMIDT et. al., 2011).

Para a saúde pública brasileira, o controle destas doenças constitui-se como um desafio, devido à complexidade dos fatores de riscos predisponentes, o que exige a adoção de intervenções articuladas com outros setores governamentais (educação, esportes e lazer, cultura, etc.). Existe uma tendência mundial destas patologias se constituírem como padrão epidemiológico dominante, pois estão associadas às intensas transformações sociais e culturais, tais como: aumento da expectativa de vida, mudanças de padrões alimentares, bem como redução de atividades físicas.

AS DCNT possuem elevada magnitude no Brasil, sendo responsáveis por grande parte da carga de morbidade, em comparação com as doenças transmissíveis. Em 2007, a taxa de mortalidade por DCNT no país foi de 540 óbitos para cada 100 mil habitantes. Em 2009, as DCNT corresponderam a 72,4% dos óbitos (Malta 2014). Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), 58% destes óbitos podem ser atribuídos a quatro causas principais, a saber: doenças do aparelho circulatório, doenças respiratórias crônicas, diabetes e câncer (BRASIL, 2011a).

Destaca-se que o aumento da ocorrência das DCNT vem gerando impactos crescentes em termos de custos assistenciais, previdenciários (por conta da redução da funcionalidade e qualidade de vida dos pacientes) e têm sido responsáveis pelo elevado número de mortes prematuras, embora a maior parte destas doenças tenham considerável possibilidade de prevenção, através da intervenção conjunta sobre os seus fatores de risco, assim como através da organização da rede de atenção à saúde. (OPAS/OMS, 2011; Malta, 2014).

Dentre as DCNT, as doenças cardiovasculares (DCV) destacam-se como principais causas dos óbitos no Brasil e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é o seu principal fator

de risco, causando eventos como insuficiência cardíaca congestiva, edema agudo de pulmão, cardiopatia isquêmica e acidente vascular cerebral (COSTA et. al., 2011).

De acordo com as Sociedades Brasileiras de Cardiologia, Hipertensão e Nefrologia (2010), a HAS é uma síndrome clínica, de origem multifatorial, caracterizada por elevação e sustentação da pressão arterial (PA), seguida de alterações em órgãos alvos e alterações metabólicas, o que predispõe a uma maior ocorrência de eventos cardiovasculares.

O diagnóstico clínico da HAS é realizado a partir da média de duas ou mais aferições casuais da pressão arterial (PA), em períodos diferentes, incluindo medidas domiciliares e em consultório. A definição dos limites normais de pressão arterial é arbitrária e os parâmetros brasileiros atuais para o diagnóstico consideram valores com medidas a partir de 140 mmHg para PA sistólica e 90 mmHg para PA diastólica (Sociedades Brasileiras de Cardiologia, Hipertensão e Nefrologia, op. cit.).

A literatura aponta para a inexistência de uma causa única responsável pelo surgimento da HAS, mas para uma diversidade de fatores que aumentam a probabilidade de sua ocorrência, entre os quais se destacam:

1. Idade: embora a HAS incida em qualquer idade, estudos demonstram uma associação direta e linear entre a doença e a idade. O novo perfil demográfico da população brasileira contemporânea acarretou ao setor saúde a preocupação com a prevenção da HAS, pois os processos crônicos e degenerativos tendem a aumentar e agravar com o envelhecimento (HARTMANN et. al. 2007; MINAYO, 2014).
2. Raça/Etnia: A literatura aponta que a HAS é mais prevalente nos indivíduos afro descendentes, entretanto, estes estudos são pouco conclusivos (Kimura, 2010). Pode-se sugerir que isto se relaciona às questões sociais e econômicas que geram maior vulnerabilidade a este grupo étnico, pois a ocorrência da HAS está estreitamente relacionada à maior exposição aos estressores sociais. Devido a forte miscigenação entre as raças no Brasil, é muito difícil estabelecer com precisão a prevalência da HAS entre os grupos étnicos, por outro lado, é possível avaliar o impacto da doença em termos de perfil fenotípico. Moraes (2012) aponta que nos EUA a mortalidade por complicações da hipertensão é de cinco a sete vezes maior na população americana e afrodescendente em comparação à população branca.
3. Estilos de vida: são características comportamentais e hábitos individuais que se relacionam aos aspectos sociais, da vida cotidiana. Este conjunto de fatores tem preponderância na determinação das DCNT, destacando-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a obesidade, as dislipidemias

(determinadas principalmente pelo consumo excessivo de gorduras saturadas de origem animal e colesterol), ingestão insuficiente de frutas, legumes e verduras, ingestão elevada de sódio e inatividade física. Estudos têm apontado que a proporção de adultos com excesso de peso tem aumentando de forma progressiva em todos os inquéritos realizados no Brasil, o que predispõe à ocorrência de morbidades crônicas. A elevação no índice de massa corporal acarreta maior risco de desenvolvimento da hipertensão para todas as faixas etárias. O ato de fumar e o consumo prolongado de álcool aumentam a pressão arterial e levam a maiores riscos de complicações como IAM e AVC. O consumo elevado de sódio e o sedentarismo estão fortemente associados com o aumento dos níveis pressóricos. (Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010); Kimura (2010), Brasil (2011a);

4. Fatores genéticos: segundo Kimura (2010) “a compreensão genética da HAS não é simples”, existem evidências que apontam para a agregação familiar dos casos de hipertensão, porém o tipo de transmissão genética envolvida na determinação da doença ainda não está bem documentado (Drager, 2004). Sabe-se que a predisposição potencializa a ocorrência da doença quando associada aos outros fatores de risco;
5. Características sociais, econômicas e culturais: trata-se da inserção dos indivíduos na estrutura produtiva como definidora das distintas posições sociais que determinam acesso distinto às condições materiais necessárias à sobrevivência. Existem evidências de que existe uma associação inversa entre pressão arterial e condição social e econômica, havendo indicativos de maior prevalência do agravo nas populações de menor nível socioeconômico (MOLINA et. al., 2003; BRASIL, 2011a);
6. Organização do sistema e dos serviços de saúde: a HAS é sensível às intervenções de promoção da saúde, para tanto, o sistema de saúde necessita ser organizado com vistas a prestar atenção ao hipertenso em todos os níveis (atenção primária, secundária e terciária), integrando ações de prevenção, promoção da saúde e reabilitação. Um dos princípios para a organização dos sistemas de atenção à saúde para a abordagem de DCNT é o fortalecimento da atenção primária e sua articulação aos demais serviços da rede. É necessário que seja feita uma abordagem ampla do processo saúde-doença para compreensão das relações

complexas que determinam o adoecer por HAS, sendo importante considerar todos os fatores a fim de promover intervenções mais resolutivas. No âmbito dos serviços de saúde, aspectos relacionados à vinculação, responsabilização do cuidador e os estímulos para a corresponsabilização e autonomia dos usuários favorecem a adesão ao tratamento, podendo, portanto, contribuir no controle da HAS. De acordo com Brasil (2013), Cuba é “o segundo país com os melhores indicadores em relação ao diagnóstico, ao acompanhamento e ao controle da HAS” e isto por conta de maiores investimentos na organização do sistema de saúde e da implementação de uma política nacional de atenção à saúde que prioriza a redução das mortalidades por IAM e AVC.

Apesar da instituição de políticas públicas para o controle das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, bem como investimentos importantes em relação às normatizações referentes ao controle da HAS, o aumento da prevalência da doença vem sendo reportado ao longo dos anos. Não existem estimativas precisas para os indicadores de morbidade por HAS, pois os estudos existentes retrataram realidades regionais (a exemplo do VIGITEL) e não seguiram metodologias padronizadas. De acordo com Lessa et. alii. (1996, 2001), Passos et. al. (2006) e Brasil (2007), a prevalência do agravo variou entre 20 e 40% entre os anos de 1980 a 2006.

Neste sentido, considerando que a Estratégia de Saúde da Família é a política prioritária para reorganização da atenção primária no país, tendo como principais objetivos a indução de mudanças nas práticas nos serviços de saúde e do modelo de atenção, assim como a prevenção e o controle das doenças, torna-se necessário avaliar as ações direcionadas à atenção e ao controle da HAS que são desenvolvidas pelas equipes.

Esta dissertação teve como objetivo geral analisar a implantação da atenção à hipertensão arterial sistêmica em duas equipes de Saúde da Família do município de Camaçari-Ba, estado da Bahia, entre os anos de 2013-2014. Para isto, foi realizada uma estimativa do grau de implantação da atenção à hipertensão arterial em duas equipes e identificados obstáculos e facilidades para a implantação da atenção ao agravo.

O estudo tomou como referencial teórico os estudos sobre processo de trabalho em saúde, modelos de atenção, bem como da avaliação em saúde. Para definir as ações que devem nortear o trabalho das equipes de saúde da família em relação à atenção à HAS foi realizada uma busca na literatura das principais políticas instituídas pelo Ministério da Saúde

nos últimos 20 anos. Estes referenciais subsidiaram a elaboração de critérios para medir a implantação da atenção à HAS, bem como permitiram caracterizar as práticas das equipes investigadas.

## *2. BASES CONCEITUAIS E TEÓRICAS*

### **2.1. PANORAMA DAS PRINCIPAIS POLÍTICAS BRASILEIRAS DIRECIONADAS AO CONTROLE E ATENÇÃO À HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

O aumento do número de portadores de HAS, situação verificada a partir da década de 1950, desencadeou no Brasil a realização de estudos objetivando identificar a distribuição do agravo na população e seus impactos. As primeiras intervenções direcionadas ao controle da doença foram feitas em algumas regiões do país, porém até o final da década de 1970, não existiam ações preconizadas em âmbito nacional. Em 1980 foi criada a Divisão Nacional das Doenças Crônicas Degenerativas (DNDCD), responsável pela elaboração de programas de prevenção, tratamento e controle de doenças crônicas (LESSA, 1988).

Ainda de acordo com esta autora, a partir de 1986, a Divisão (DNDCD) mobilizou algumas instituições de ensino, pesquisa e sociedades científicas a fim de elaborar propostas direcionadas prioritariamente ao controle da HAS, do Diabetes Mellitus e do câncer, visando à redução da mortalidade por complicações, bem como o direcionamento do trabalho das equipes de saúde no acompanhamento dos casos e disseminação de programas de saúde específicos para todas as regiões do país. Como resultado desta mobilização, foi publicado o primeiro manual sobre a HAS e formado um Comitê de Educação e Controle da Hipertensão e Diabetes, responsável por elaborar outros estudos.

No ano de 1988, o projeto denominado “*Estudo Multicêntrico da Hipertensão Arterial no Brasil*”, foi proposto para ser disseminado nas diversas regiões do país, porém dificuldades operacionais limitaram a sua realização a duas localidades: Ilha do Governador, no Rio de Janeiro, região escolhida por ser área programática do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho e Universidade Federal do Rio de Janeiro e no Rio Grande do Sul, por conta da existência de estudo anterior sobre a prevalência do agravo (KLEIN et. al.,1995).

Os dois estudos subsidiaram a elaboração do Programa Nacional de Controle da HAS, que foi lançado no ano de 1989, orientado pelo modelo tecnológico das ações programáticas que tinha como principais características a atuação em territórios definidos, ênfase nos centros de saúde, atenção individual e coletiva integrando a clínica e a epidemiologia, ações domiciliares e educativas, como estímulo à formação de grupos de portadores.

Este Programa norteou a atenção à HAS nos serviços de saúde por mais de 10 anos, porém teve pouco êxito, segundo Costa et. al. (2011), por conta de problemas como irregularidade na provisão dos insumos, desorganização do processo de trabalho nos serviços, fragilidades da rede assistencial, bem como falta de qualificação dos profissionais de saúde.

De acordo com Brasil (2004a), em referência ao programa instituído em 1989:

Apesar da existência de várias experiências municipais bem sucedidas quanto à garantia do acompanhamento dos casos de HA e DM no âmbito da atenção básica, se observava em grande parte do país uma falta de vínculo entre os portadores desses agravos e as unidades de saúde. O atendimento a esses indivíduos ocorria de modo não continuado nos serviços de urgência/emergência, sem a garantia da identificação de lesões em órgãos alvo e do tratamento adequado a cada caso. Da mesma forma, atividades de promoção da saúde e redução de fatores de risco não são realizadas sistematicamente nos serviços de saúde de nosso país.

A instituição das Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB SUS), no ano de 1991, bem como a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), no ano de 1994, contribuiu para a ampliação do acesso à população aos serviços básicos e, conseqüentemente, para favorecer o acesso aos portadores da HAS ao diagnóstico e ao tratamento (BRASIL, 1993; BRASIL 2000; BRASIL 2011b).

A publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), em 2001, incluiu as ações de controle da hipertensão como uma das principais responsabilidades da atenção primária (BRASIL, 2001a), o que levou o Ministério da Saúde, com apoio das sociedades científicas (Cardiologia, Diabetes, Hipertensão e Nefrologia), das federações nacionais dos portadores, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), a reformular o Programa de Controle da Hipertensão.

Foram elaborados dois documentos iniciais, o Plano de Reorganização da Atenção à HAS/DM e os Cadernos da Atenção Primária nº 07 e nº15 que indicaram como principais ações a serem desenvolvidas pelas equipes da atenção primária: o rastreamento da HAS na população adulta acima de 18 anos, a identificação e diagnóstico dos casos, vinculação às unidades de saúde através do cadastramento e visitas domiciliares, tratamento dos casos, busca ativa de faltosos, diagnóstico das complicações, atendimento às urgências hipertensivas e desenvolvimento de medidas de promoção da saúde (BRASIL, 2001b; BRASIL, 2001c; BRASIL 2006a).

Em 2002, como reforço ao Plano de Reorganização da Atenção ao Hipertenso e Diabético, foi implantado o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para a Hipertensão arterial e o Diabetes Mellitus, por meio da Portaria nº 371/GM de quatro de março de 2002, objetivando o aumento do acesso da população portadora a algumas medicações como: captopril, hidroclorotiazida e propranolol.

Esta portaria instituiu o Sistema Informatizado de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) visando à geração de informações para a aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos, com vistas ao monitoramento das ações desenvolvidas nas unidades e reconhecimento do perfil epidemiológico da hipertensão arterial e do diabetes mellitus (BRASIL, 2002).

Em 2005, como estratégia de enfrentamento da epidemia das doenças não transmissíveis, foi publicada a portaria do nº. 2.608/GM de 28 de dezembro que definiu recursos financeiros para o desenvolvimento de ações de vigilância e prevenção destes agravos nos municípios brasileiros (BRASIL, 2005b).

No ano seguinte, com base em pesquisas epidemiológicas desenvolvidas pela Universidade de São Paulo, foi implantada a vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal (BRASIL, 2007; BRASIL, 2009a; BRASIL 2009b; BRASIL 2010a; BRASIL 2011c; BRASIL, 2012).

Destaca-se que os resultados do inquérito VIGITEL apresentaram limitações relacionadas, principalmente, ao diagnóstico ser auto referenciado. De acordo com Schmidt et. al. (2011) uma pesquisa para validação das informações sobre a hipertensão arterial indicou que o auto relato superestimou a prevalência do agravo em aproximadamente 10%, comparando-se ao diagnóstico clínico. Assim, os dados do VIGITEL para as capitais do país devem ser contrastados com outros estudos que utilizem o diagnóstico clínico da doença como critério para identificação dos casos confirmados de hipertensão.

Outra iniciativa importante para a incorporação das ações de controle da HAS nos serviços de atenção primária foi a instituição do Pacto pela Saúde, no ano de 2006, em seu componente Pacto pela Vida, que através do estabelecimento de metas, responsabilizou os gestores no enfrentamento dos problemas de relevância epidemiológica identificados nos territórios das equipes da atenção primária. Neste contexto, foram indicadas como estratégias para o fortalecimento da atenção primária as ações com vistas à redução das taxas de internação por acidente vascular cerebral e ampliação do acesso ao tratamento e controle da HAS (RABETTI, et. al., 2011).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2010c), bem como a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006b) foram importantes incentivos para o desenvolvimento de ações integradas e coordenadas, com vistas ao controle dos determinantes da ocorrência da HAS nos municípios. Em relação à alimentação e nutrição, estas políticas

governamentais passaram a dar maior relevância à promoção da alimentação saudável através da publicação do Guia de Alimentação Saudável, da rotulagem dos alimentos e dos acordos com as indústrias para a eliminação das gorduras saturadas do tipo trans e para a redução de sal nos alimentos (BRASIL, 2005c). Em 2011, a Organização Mundial da Saúde propôs o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, para o período 2011-2022.

Baseado em intervenções conjuntas sobre os fatores de risco, este plano propôs a articulação das diversas políticas já existentes no país, como a organização da Vigilância de DCNT, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), o Programa Academia da Saúde, as ações regulatórias para enfrentamento do tabagismo como a proibição da propaganda de cigarros, advertências sobre o risco de problemas nos maços do produto e adesão à Convenção Quadro do Controle do Tabaco.

Como principais objetivos o plano objetivou:

Promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados às doenças crônicas... preparar o país para enfrentar e deter as DCNT nos próximos dez anos (BRASIL, 2011 a, p. 06).

Visando facilitar o acesso às medicações do elenco básico das unidades de saúde para o tratamento da HAS, em 2011, o Ministério da Saúde expandiu a assistência farmacêutica, incrementando o elenco básico de medicamentos anti-hipertensivos, que passaram a ser distribuídos em farmácias, sem custos diretos para os pacientes, através do programa Farmácia Popular/Saúde Não Tem Preço (SCHMIDT et. al., 2011).

## **2.2. O CONTROLE DA HAS: UM DESAFIO PARA A SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA**

O número de indivíduos que referiram diagnóstico clínico de hipertensão arterial no conjunto da população adulta (maior de 18 anos) nas capitais dos estados brasileiros vem aumentando, conforme apontam os dados do VIGITEL (BRASIL, 2007; BRASIL. 2009a ; BRASIL 2009b; BRASIL 2010).

Entretanto, avaliações realizadas no Brasil têm demonstrado que o controle dos níveis pressóricos não tem sido efetivo no âmbito da atenção primária, considerando-se como parâmetros de pressão arterial medidas menores que 140 mmHg em sístole e 90 mmHg em diástole (SALA, 1996; GUS et. al., 2004; COELHO, 2006; SOUSA, 2008; MALFATTI, 2011).

Hoepfner (2010), em um estudo transversal, avaliou o cuidado prestado aos pacientes em uma unidade básica de saúde, evidenciando precariedade do controle da HAS: 62,2 % dos pacientes estavam com medidas de pressão arterial anormais, em 12 % destes casos houve incremento da terapêutica pelos médicos, exames anuais foram recomendados apenas para 72% dos pacientes e não foram encontrados nos prontuários registros que indicassem a estratificação do estágio da HA e das lesões de órgãos alvo, conforme preconizado.

Um estudo realizado no Rio Grande do Sul revelou que 80% dos pacientes, que reconheciam serem portadores da HAS, apresentavam níveis pressóricos elevados, apenas 30% destes seguiam o tratamento recomendado e alcançavam os níveis tensionais normalizados, 50% desconheciam ser portador da doença e 11% reconheciam o problema, mas estavam sem o devido tratamento No Paraná e em São Paulo foram encontradas taxas de controle da HAS em torno de 30 e 40% (HOEPFNER, op. cit.; GUS et. al., 2004; SOUSA et. al., 2006).

Carvalho et. al.(2012) realizaram pesquisa quantitativa e transversal com usuários (hipertensos e/ou diabéticos) cadastrados no sistema HIPERDIA e demonstraram que a adesão terapêutica foi inferior a 80%, semelhante ao que foi referido por Barbosa et. al.(2006) nos países desenvolvidos como Japão (65%), Estados Unidos (51%) e Alemanha (32,3%).

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, publicadas em 2010, 14 estudos populacionais consultados e realizados nos últimos quinze anos no país revelaram baixos níveis de controle da HAS (19,6%). Como fator agravante, atualmente o Brasil encontra-se em uma situação de saúde singular, marcada pela associação tripla de doenças (as infecciosas e carenciais, as causas externas e as condições crônicas), o progressivo envelhecimento da população (estimativas apontam que para a duplicação da população idosa nos próximos 20 anos) e uma crise no sistema público de saúde. Isto sugere que o controle da HAS necessita ser priorizado, já que existe possibilidade de aumento de 60% dos casos de HAS em todo o mundo até 2025 (KEARNEY et.al., 2005).

Os resultados destes estudos estão em conformidade com outros encontrados na literatura estrangeira, a exemplo das pesquisas amostrais realizadas por Wolf Mayer et. al.

(2004), em países da Europa e nos EUA sobre o impacto das estratégias de tratamento da HAS, que apontaram que apenas 66% dos hipertensos nos Estados Unidos tiveram sua pressão arterial controlada em comparação com 49% no Canadá e 23% a 38% na Europa.

Para que a incidência da HAS seja reduzida são necessárias intervenções efetivas, com destaque para promoção da saúde, o que inclui mudanças nas condições sociais econômicas, nos hábitos e estilos de vida e na reorganização do sistema e serviços de saúde. Em relação à redução e ao controle dos níveis pressóricos dos portadores, Santa Helena (2010) destaca que a organização do cuidado é essencial para obtenção de resultados desejáveis, sendo importante a garantia do acesso ao diagnóstico oportuno, às medicações, aos exames diagnósticos, bem como maior estímulo à adesão terapêutica através da vinculação entre o profissional e o paciente.

Oshiro et. al. (2010), analisando os fatores que levaram os pacientes abandonarem o programa de hipertensão arterial em unidades básicas de saúde (UBS) de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, apontaram para a importância de serem consideradas algumas características individuais, a exemplo da situação conjugal, idade maior que 60 anos, escolaridade e presença de comorbidades, acessibilidade aos serviços de saúde. Estes fatores podem favorecer ou dificultar o diagnóstico, a adesão ao tratamento e às ações de promoção da saúde e conseqüentemente refletir no baixo controle pressórico.

Problemas referentes à baixa qualidade técnica das ações nas unidades de saúde da família (USF), pouca adesão dos profissionais aos protocolos e diretrizes orientadoras das práticas, problemas relacionados à organização dos processos de trabalho e desarticulação da rede de atenção contribuem para a baixa efetividade da atenção à HAS (SIMONETTI et. al., 2002). Aliado a isto, a falta de institucionalização do planejamento, monitoramento e avaliação e ações de educação permanente na rotina das equipes de saúde dificultam o alcance dos resultados desejáveis da atenção à HAS, ou seja, a redução dos níveis pressóricos dos portadores acompanhados e da ocorrência de novos casos.

Pode-se afirmar que se as intervenções direcionadas à HAS, que envolve cuidado (avaliação diagnóstica, instituição da terapêutica), prevenção do adoecimento e do agravamento da doença, promoção da saúde, bem como se relacionam ao contexto organizacional das equipes (planejamento, monitoramento e avaliação, infraestrutura, gestão dos sistemas de informação e educação permanente) não estiverem implantadas em sua integridade e suficiência haverá o comprometimento dos resultados esperados e menores chances da Estratégia de Saúde da Família alcançar os objetivos esperados.

### **2.3. O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO À HAS**

Para avaliar a implantação da atenção à HAS no processo de trabalho em saúde da família é necessário recorrer aos estudos de Mendes Gonçalves sobre a Teoria do Processo de Trabalho em Saúde. Isto porque o trabalho no setor saúde pode ser compreendido como uma prática histórica e social, uma atividade distinta que se encontra em articulação com outras práticas sociais.

O trabalho em saúde possui características peculiares e objetivas, distinguindo-se em um modo particular de trabalho, relacionando-se de forma intrínseca com o modo de produção social vigente. É uma ação transformadora da natureza que possibilita a afirmação da vida, a produção e a reprodução social, tanto no que se refere ao plano material quanto ao subjetivo (MARX, 1994; PEDUZZI, 1998).

O trabalho incorpora elementos estruturais em seu processo, a saber: agentes e finalidades, os objetos, instrumentos e as atividades. Estes componentes devem ser analisados de forma articulada, já que existe uma relação recíproca, uma interação e interligação que configura determinado processo de trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1992). A Teoria do Processo de Trabalho foi elaborada com base nos fundamentos marxistas, é um marco para os estudos sobre a organização das práticas de saúde e sobre modelos de atenção e possibilita a compreensão das especificidades que trabalho em saúde abriga.

De acordo com o autor da teoria, transpondo as categorias explicativas de Marx, no trabalho em saúde, a depender do modelo de atenção instituído os agentes podem ser os profissionais de saúde e/ ou população. Os objetos são as necessidades humanas, que não estão dadas ou dispostas, seu reconhecimento depende dos saberes, crenças, projetos dos agentes que operam o trabalho e da apreensão e cultura social, já que as necessidades de saúde vão-se modificando na medida em que a sociedade vai também se modificando, existindo uma determinação social das necessidades. É aquilo que será transformado pelas ações dos agentes, portanto é recortado por um olhar, uma finalidade. Para Mendes-Gonçalves (1992), nos processos de trabalho não existem objetos definidos invariavelmente, ou seja, nenhum objeto é “natural”, eles são constituídos social e historicamente.

As finalidades dos agentes representam as intencionalidades, ou seja, a perspectiva que guia a transformação do objeto em produto, a linha condutora que leva ao alcance dos resultados (PEDUZZI, 2007). Representam os diferentes projetos políticos que norteiam a ação dos profissionais, gestores e dos técnicos, bem como guiam a percepção das necessidades dos usuários/pacientes.

Os instrumentos são os meios de trabalho que potencializam a ação dos agentes sobre os objetos, direcionando as atividades e ampliando as possibilidades de intervenção sobre o objeto. Segundo Marx (1994) é tudo aquilo que se coloca entre o agente e se constituem nas ferramentas de trabalho que fundamentam o recorte dado ao objeto. Estas podem ser materiais (instrumentais, aparelhos) ou imateriais (conhecimentos, saberes).

Existe uma relação entre os objetos do trabalho, finalidades e instrumentos, pois ao realizar o trabalho os agentes apoiam-se nas tecnologias apropriadas e em saberes que organizam e presidem suas ações, os meios imateriais ou saberes operatórios:

O saber operatório projeta o modo de organizar o trabalho: realiza as relações entre o agente, seus instrumentos e seu objeto, na atividade do trabalho, relações que são de natureza técnica...natureza ética-política da vida social. É neste sentido ampliado...que os diferentes modos de organizar o trabalho podem ser entendidos enquanto modelos tecnológicos diversos (MENDES-GONÇALVES (1994) apud NEMES (1993), p. 49).

A Teoria do Processo de Trabalho em Saúde auxilia na compreensão dos pressupostos que norteiam o modo de organização dos serviços e das ações de saúde. Para por Pereira (2008), os componentes do processo de trabalho constituem-se em abstrações teóricas que permitem compreender como se conformam as práticas de saúde, o que leva às reflexões sobre os modelos assistenciais, que se referem aos componentes ou conteúdos dos sistemas de saúde.

Para Paim (2003), os modelos assistenciais:

(são) combinações tecnológicas estruturadas em função de problemas de saúde (danos e riscos) que compõem o perfil epidemiológico de uma dada população e que expressam necessidades sociais de saúde, historicamente definidas. Portanto, não se trata de normas ou exemplos a serem seguidos, mas sim de racionalidades diversas que informam as intervenções em saúde (pág. 02).

As reflexões sobre os modelos de atenção surgem a partir de debates em torno das reformas dos sistemas de saúde, existindo atualmente distintas formas de apreensão conceitual, decorrentes das distintas correntes teórico-metodológicas dos pesquisadores da área da saúde coletiva (TEIXEIRA E VILASBÔAS, 2014).

Para estas autoras, os modelos de atenção podem ser compreendidos de distintas formas, a saber:

A. Derivadas das proposições concebidas pela Organização Pan Americana de Saúde que concebe modelo de atenção como uma forma de organização do sistema de saúde em níveis de atenção (atenção primária, secundária e terciária) ou em redes de atenção (arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que se integram por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão);

B. Derivadas das discussões em torno da lógica que organiza a prestação da atenção nos serviços de saúde, ou seja, modelo de atenção é a forma de organização dos serviços de saúde para atender a demanda espontânea e a demanda organizada.

C. Fundamentadas nas reflexões sobre os componentes intrínsecos das ações, ou seja, como se efetivam as relações dinâmicas entre profissionais e pacientes nos micro espaços. Assim, os modelos assistenciais seriam as combinações dos elementos do processo de trabalho em saúde (agentes, objeto, relações, instrumentos, finalidade) cujo propósito é intervir nos problemas de saúde. Para Merhy et. al. (1991), os modelos de atenção direcionam a organização dos serviços e práticas, comportado um arranjo de saberes da área, bem como projetos políticos específicos de determinado agrupamento social.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) pode ser considerada uma forma peculiar de organização dos serviços e ações de saúde no âmbito da atenção primária, é um modelo de atenção que objetiva promover mudanças em todo o sistema. A Estratégia tem como marco histórico a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma Ata, no ano de 1978.

Segundo Brasil (2002) e Aquino et. al.(2014), a partir desta conferência intensificaram-se em todo o mundo as discussões sobre a necessidade de intervenções urgentes com vistas a promover saúde de todos os povos, partindo do reconhecimento das iniquidades sociais e iniquidades da saúde, bem como das críticas aos programas verticais da Organização Mundial da Saúde (OMS), e ao modelo biomédico. O documento resultante da conferência de Alma Ata reforçou a importância da atenção primária à saúde (APS), elencando seus princípios fundamentais.

Assim, três concepções distintas de APS e formas de organização foram concebidas: nos países da Europa, prevaleceu uma lógica da APS abrangente, com a garantia do acesso universal aos serviços de saúde e amplo espectro de serviços ofertados; nos países em desenvolvimento foi implementada a APS seletiva, através da oferta de ações específicas às populações em situação de vulnerabilidade social; nos países socialistas a atenção ambulatorial foi complementada com a oferta de ações preventivas, sendo garantido o acesso universal (PAIM, 2003)

A Atenção Primária à Saúde (APS) foi afirmada como meio para alcance de uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial: “Saúde para todos no ano 2000” (BUSS, 2003). Diversos países deram início às reformas nos sistemas de saúde, sendo impulsionados por agências internacionais (GIOVANELLA, 2008; AQUINO e t al., 2014)

No Brasil, a promulgação da Constituição de 1988 e o Movimento da Reforma Sanitária (MRS) foram eventos importantes do processo de democratização da saúde e da luta em busca da equidade no acesso aos bens e serviços, culminando na instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), fortemente marcado pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade (PAIM, 2003).

Nos anos 90, a instituição do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) deu início ao processo de reorganização da APS no país, que se convencionou denominar “Atenção Básica”:

Essa experiência permitiu mais veiculação de informações importantes para as ações de vigilância e para a própria organização da atenção à saúde nos municípios, favorecendo a gestão dos processos de descentralização e regionalização do SUS. Tornou-se política oficial do Ministério da Saúde em 1991, com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em todo o território nacional (FARIA et. al., 2010, pág. 38).

Segundo Aquino et. al. (op. cit.), o Programa de Agentes Comunitários em Saúde tinha como objetivo prioritário a redução da mortalidade materno-infantil no Nordeste e incorporou alguns elementos da APS, tais como a adscrição da clientela, enfoque nas famílias, ações de vigilância à saúde e preventivas. Posteriormente a proposta foi disseminada para outras regiões do país.

Em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF) foi proposto para a organização dos sistemas municipais de saúde, objetivando a expansão e consolidação da atenção básica à

saúde, através da transformação gradativa das equipes embrionárias do PACS em equipes de saúde da família. O Programa alcançou grande repercussão nacional, por conta de suas peculiaridades e potencialidades inovadoras para a reorganização das práticas. Foi apresentado como uma nova forma de organização dos serviços da atenção básica, visando substituir os modos tradicionais de cuidado, a partir da conformação de equipes multiprofissionais mínimas (médicos, equipe de enfermagem, agentes comunitários de saúde) responsáveis pelo acompanhamento da condição de saúde de populações em territórios delimitados (BRASIL,1997).

O processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família tem como objeto de trabalho os indivíduos e suas famílias em seus reais contextos de vida. Como principal finalidade, a promoção da atenção integral à saúde, o que supõe a agregação e desenvolvimento de saberes e habilidades distintas, portanto, a valorização do trabalho multiprofissional.

Para tanto, os profissionais de saúde da família necessitam desenvolver ações voltadas para o atendimento da demanda espontânea, para o atendimento de demanda programada e ações de vigilância à saúde.

A atuação em territórios pressupõe a utilização dos instrumentais da epidemiologia, das ciências sociais, da clínica, da administração (planejamento), bem como a gestão dos sistemas de informações, o que possibilita a compreensão dos determinantes sociais e dos aspectos relativos ao processo de saúde e doença a nível individual e coletivo.

Paim (2008) destaca que, inicialmente, o Programa de Saúde da Família foi estruturado com base no modelo sanitarista, como exemplo das ações dirigidas a grupos excluídos e pobres, sem muita diferenciação dos modelos verticais, já que a princípio assumiu o caráter restritivo da atenção primária. Teixeira (2006a) aponta que a “Saúde da Família” foi implantada enquanto um programa vertical nas regiões Norte e Nordeste do país, por conta da necessidade de interromper ou redefinir o ritmo de expansão da epidemia de cólera no início dos anos 90.

A primeira fase do programa foi implantada em pequenos municípios, porém o programa tinha pouca possibilidade de garantir a continuidade da atenção, devido à necessidade de estar interligada aos outros níveis de atenção (BRASIL, 2000; GIOVANELLA, MENDONÇA, 2008).

Após a publicação da NOB-SUS 96 e eleição da atenção primária (que no Brasil convencionou-se chamar de “Atenção Básica”) como primeiro nível de acesso da população ao

sistema de saúde, o PSF foi assumido nos discursos oficiais como uma estratégia para reversão do modelo assistencial:

...a Saúde da Família, a única que, por ter sido elevada à categoria de estratégia de mudança do modelo assistencial pelo Ministério da Saúde, particularmente a partir de 1998, vem sendo implantada de forma a abarcar, paulatinamente, toda a rede de serviços básicos do SUS (TEIXEIRA, 2006a, p. 61).

A Saúde da Família, desenhada inicialmente como um programa, passou a ser considerada pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de Saúde, visando à reorientação do modelo de atenção e a uma nova dinâmica da organização dos serviços e ações de saúde... (BRASIL, 2005 d , p. 17)

O estímulo para que os municípios aderissem à proposta foi feito através de repasses financeiros da porção variável do Piso da Atenção Básica (PAB), sendo recomendado que a estratégia fosse implantada de forma adequada às diferentes realidades locais, desde que mantidos os seus princípios e diretrizes fundamentais como elementos estratégicos para consolidar o SUS (BRASIL, 2011b).

A partir de 2003, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi ampliada para municípios acima de 100.000 habitantes mediante a implantação do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), financiado por recursos internacionais.

Giovanella e Mendonça (2008) apontam que em paralelo mantiveram-se nos municípios outros modelos organizativos tradicionais dos serviços da atenção básica e naqueles com maior porte a ESF permaneceu focalizada para população de baixa renda.

No que diz respeito à organização do sistema de saúde, algumas peculiaridades interferem no alcance dos objetivos propostos pela ESF, impedindo o cumprimento de suas diretrizes principais, com repercussões sobre o acesso a utilização dos serviços de saúde da atenção primária e na qualidade da atenção. Nunes (2011), em um estudo de avaliação da atenção na ESF com vista à garantia da integralidade, identificou que as características do sistema de saúde (como a oferta e regulação dos serviços), a articulação intersetorial, os problemas relacionados à gestão, bem como as características dos profissionais (formação, experiência) são elementos que favorecem ou dificultam o alcance dos objetivos propostos.

De acordo com Teixeira (2006a, p.66):

Principalmente nos municípios de pequeno porte, que constituem a imensa maioria dos municípios brasileiros, a implantação da Saúde da Família, ainda que represente a garantia do direito constitucional do acesso a serviços de saúde, não se fez acompanhar de impacto positivo sobre as condições de saúde da população como um todo, concentrando, na maioria das vezes, os efeitos positivos sobre alguns indicadores de saúde como é o caso da mortalidade infantil.

Entretanto, apesar dos problemas apontados acima, em relação ao cuidado às doenças crônicas, devido às suas características peculiares, a Estratégia de Saúde da Família “coloca-se como base primordial” de atenção (Brasil, 2006a). Sabe-se que o cuidado aos portadores de HAS não é de exclusividade da atenção primária, porém este ponto da rede de cuidados deve nortear a atenção nos outros pontos assistenciais. De acordo com Mendes (2012), na atenção primária as equipes de saúde devem desenvolver ações tanto à nível promocional até o nível de gestão de casos, a depender das necessidades de saúde da população, o que potencializa mudanças comportamentais com vistas à redução dos fatores predisponentes da HAS, bem como acompanhamento dos portadores visando reduzir as complicações.

Dentre as principais finalidades da atenção primária em relação à HAS destacam-se: a detecção precoce, a redução das complicações, bem como desenvolvimento de ações com vistas à prevenção e promoção de hábitos saudáveis. Para isto, as equipes necessitam organizar o trabalho considerando como prioridade (BRASIL, 2000; BRASIL, 2001b; BRASIL, 2001c):

A. Rastreamento: é uma das estratégias possíveis para a detecção precoce da HAS e consiste na aferição da P.A. em populações saudáveis ou assintomáticas, de forma abrangente e ampliada. De acordo com Brasil (2010 d), o rastreamento pode ser realizado de forma organizada através de programas ou de forma oportunista, que ocorre quando os indivíduos buscam os serviços de saúde. A hipertensão arterial sistêmica tem grau de recomendação A, segundo os parâmetros da Força Tarefa Americana para Serviços Preventivos adotados pelo Ministério da Saúde, que indica a realização do rastreamento em serviços da atenção primária, devido à confirmação científica de que a ação agrega benefícios substanciais para a população.

Recomenda-se que as equipes realizem o rastreamento da HAS anualmente, através de pelo menos duas medidas da P.A. ao longo de uma ou mais semanas, priorizando os indivíduos com mais de 18 anos. Entretanto, todas as faixas etárias devem ser alvo de ações de rastreio da HAS, por conta da prevalência crescente já reconhecida na literatura em

crianças e adolescentes. Segundo Brasil (2006), a doença tem-se instalado cada vez mais precocemente, sendo estimado que em torno de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras.

Deve-se realizar o rastreamento da HAS em todos os ciclos de vida, desde atenção pré-natal até o cuidado ao idoso, incluindo a medição da TA dos usuários que frequentam os serviços e busca ativa em outros que não são frequentes, o que aponta para a necessidade do desenvolvimento de ações intersetoriais e em espaços comunitários.

B. Avaliação Diagnóstica: objetiva identificar os portadores de HAS e estabelecer o diagnóstico clínico o mais precocemente possível. As ações incluem a medida da pressão arterial, avaliação dos hábitos e estilo de vida, avaliação do risco cardiovascular, lesões em órgãos alvo e investigação clínico-laboratorial. Estas subsidiam a decisão terapêutica e o estabelecimento do tratamento individualizado.

C. Vinculação: objetiva garantir o acompanhamento regular dos pacientes, tendo os ACS um papel importante no cadastramento e garantia das visitas domiciliares regulares. De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH), a vinculação da população se relaciona à garantia dos direitos, qualidade do cuidado prestado no que se refere aos aspectos técnicos, organizacionais, associados ao reconhecimento das especificidades e referências culturais dos pacientes, o que implica na sua valorização enquanto ser biopsicossocial (BRASIL, 2004). Recomenda-se que as equipes desenvolvam ações interdisciplinares e visitas domiciliares visando o reconhecimento da dinâmica familiar, da rede de apoio social, com vistas ao estímulo corresponsabilização e maior interação com os pacientes e familiares buscando favorecer a condução do plano terapêutico e a adesão terapêutica.

D. Instituição da terapêutica: o tratamento da hipertensão arterial inclui ações de educação em saúde e o aconselhamento, que visam estimular mudanças nos hábitos e estilos de vida, bem como a adoção de terapia medicamentosa, nos casos em que existem comorbidades, níveis pressóricos mais elevados e múltiplos fatores de risco. É preconizado o encaminhamento à atenção secundária e terciária, principalmente nos casos em que existem comorbidades.

E. Prevenção e Promoção da Saúde: as equipes devem desenvolver estratégias para ampliação da autonomia e da responsabilização da população no que se refere o cuidado e a promoção da cidadania para promover mudanças socioambientais. Outras ações incluem o estímulo às mudanças no estilo de vida das pessoas, com reforço à redução dos fatores que predispõe ao surgimento da HAS como: o sedentarismo, tabagismo, obesidade e alcoolismo,

estimula a adoção de dietas saudáveis (redução do consumo de sódio, diminuição da ingestão de gorduras saturadas, colesterol e sódio, aumento da ingestão de fibras). A disseminação das informações sobre a doença na comunidade objetiva reduzir a ocorrência do agravo, reforçar a importância do tratamento, reduzir a incidência das complicações, retardar a progressão do quadro clínico e promover a reabilitação. As equipes poderão atuar de forma interssetorial, promover grupos educativos e outras intervenções educacionais.

O conceito de Promoção da Saúde vem sendo enriquecido ao longo da última década (Teixeira, 2006b) e, atualmente, relaciona-se com intervenções que tomam como objeto as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes sociais, o que requer a implantação de políticas de Estado interssetoriais que venham a incidir sobre as condições de vida das populações. Entretanto, os documentos técnicos do Ministério da Saúde, que normatizam a atenção à HAS na Estratégia de Saúde da Família consultados e disponíveis, ainda utilizam o conceito restrito de promoção da saúde, ou seja, aquele que está associado à noção de eliminação ou redução de comportamentos que expõe aos riscos, tais como: mudanças de hábitos alimentares, indução às práticas de atividades físicas, cessação do hábito do tabagismo ou etilismo, etc.

F. Gestão dos Sistemas de Informações: Preconiza-se o gerenciamento das informações da população e dos pacientes em acompanhamento nas unidades, o que poderá apoiar o processo de aquisição e dispensação de medicamentos, bem como direcionar as estratégias de cuidado. No ano de 2014, o Ministério da Saúde criou uma estratégia para reestruturar as informações da Atenção Básica, à nível nacional, através da implantação de um novo sistema de informação para a atenção primária, o E-SUS AB. Este sistema objetiva agregar as informações de todos os outros sistemas que, atualmente, funcionam desarticulados, gerando um compilado de informações individuais e familiares (BRASIL, 2013).

G. Educação Permanente: Os documentos técnicos do Ministério da Saúde enfatizam a realização de atividades de capacitação dos profissionais de nível médio e ACS. Entretanto, para efetivar mudanças no modelo de atenção à saúde, objetivo principal da ESF, faz-se necessário o desenvolvimento de ações de educação permanente para todos os profissionais, de forma a atender às múltiplas necessidades e problemas que emergem do cuidado comunitário, bem como promover reflexões que impulsionem a modificação das práticas organizativas dos serviços de saúde, o que implica em trabalhar o desenvolvimento de novas habilidades específicas.

Em relação ao contexto organizacional das equipes de saúde da família alguns aspectos considerados importantes e podem favorecer ou dificultar o processo de implantação das ações para atenção e controle da HAS (GUS et. al., 2004; ARAÚJO, 2010; COSTA, 2011):

(1) Infraestrutura: é necessário que existam condições mínimas para a prestação da atenção à saúde, bem com o fornecimento de equipamentos e insumos (Tensiômetros, estetoscópios, balanças antropométricas, fita métrica, etc.), alocação de equipe de profissionais com capacidade técnica, instalações das unidades de saúde, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, rede de referência para atenção secundária e terciária, incluindo a atenção às urgências e o apoio psicossocial aos portadores e familiares.

(2) Planejamento, acompanhamento e avaliação: os gestores devem estimular as equipes a realizarem continuamente avaliações, o que inclui a necessidade de monitoramento dos sistemas de informações objetivando subsidiar o processo de planejamento do cuidado com base nas necessidades de saúde da população. Este processo deve envolver toda a equipe multiprofissional, sendo de forma ascendente. Outro aspecto referente ao planejamento é que no plano municipal da saúde devem estar cortejadas as estratégias para conter a epidemia das DCNT, incluindo a HAS.

Goulart (2011) afirma que intervir com sucesso para o controle de doenças crônicas não transmissíveis, se constitui como um desafio significativo para os sistemas de saúde. O desafio é ainda muito maior para aqueles que estão pouco organizados no que se refere à integração da rede ou ainda quando a Atenção Primária à Saúde (APS) assume papel pouco relevante. Sendo assim, o fortalecimento da atenção primária é uma necessidade imperiosa para que os sistemas de saúde realmente produzam impacto efetivo sobre a atual epidemia de DCNT.

### 3. OBJETIVOS

### **3. OBJETIVOS**

**3.1. OBJETIVO GERAL:** Analisar a implantação da atenção à hipertensão arterial sistêmica no processo de trabalho de duas equipes de Saúde da Família do município de Camaçari-Ba, entre os anos de 2013-2014.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

3.2.1. Estimar o grau de implantação da atenção à hipertensão arterial no processo de trabalho de duas equipes de saúde da família do município de Camaçari-Ba entre os anos de 2013 -2014.

3.2.2. Identificar obstáculos e facilidades para a implantação da atenção à HAS no processo de trabalho das equipes de saúde da família investigadas.

#### **4. PERCURSO METODOLÓGICO**

## **4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

### **4.1. TIPO DE ESTUDO**

Esse estudo foi desenvolvido utilizando-se como método a pesquisa avaliativa, do tipo análise de implantação 1B, orientado pelo estudo de caso único, com dois níveis de análise: o contexto organizacional das unidades de saúde e as práticas desenvolvidas por duas equipes de saúde da família para atenção à HAS.

A pesquisa avaliativa pode ser decomposta em seis tipos, sendo uma delas a análise de implantação que consiste na investigação das relações possíveis entre o contexto, intervenções e os resultados. Este tipo de pesquisa permite a apreciação da influência do contexto no qual a intervenção está sendo implantada e a identificação de fatores que podem agir favorecendo ou dificultando o alcance dos resultados esperados (Denis, Champagne, 1997)

Medina (2006) compreende por implantação a operacionalização concreta de uma intervenção, tanto no que se refere a sua integridade, respeito às normas e uso apropriado, quanto no que se refere à sua suficiência.

Existem quatro tipologias distintas para análise de implantação, propostas por Denis e Champagne (1997), este estudo utilizou a tipologia 1B, que se destina à responder às questões:

- (a) Qual o grau de implantação da atenção à HAS no processo de trabalho das equipes investigadas?
- (b) Quais fatores favorecem ou dificultam a implantação da atenção à HAS?

Para estimar o grau de implantação de uma intervenção é necessário especificar os seus componentes, as práticas requeridas, bem como identificar os elementos que podem interferir em sua integridade, o que pode ser feito mediante a elaboração de um modelo lógico. A modelização de uma intervenção consiste na representação esquemática dos componentes da intervenção, recursos, ações, produtos, resultados intermediários e finais (HARTZ, 1997; MEDINA et. al., 2005; SAMICO, 2010)

Neste estudo, foi elaborado um modelo um lógico da atenção à HAS em equipes de saúde da família (Figuras 01), em versão preliminar, a partir da consulta às VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010) e aos seguintes documentos técnicos do Ministério da Saúde:

(a) Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus;

(b) Cadernos de Atenção Básica 07 e 15 (BRASIL 2001c; BRASIL 2006a);

(c) Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 (BRASIL, 2011a).

O grau de implantação da atenção à HAS no processo de trabalho das equipes de saúde da família foi tratado como variável dependente, sendo o modelo lógico organizado em sete componentes: (1) Rastreamento, (2) Avaliação diagnóstica, (3) Vinculação, (4) Instituição da terapêutica, (5) Ações para prevenção e de promoção da saúde, (6) Manejo dos sistemas de informações e (7) Ações de educação permanente.

Os aspectos do contexto organizacional das unidades de saúde foram tratados como variável independente e considerados na perspectiva do modelo estrutural, em que eficácia na implantação de uma intervenção está diretamente relacionada ao processo de centralização ou gerência das ações, à infraestrutura, bem como outros atributos, tais como: formalização ou planejamento das ações (DENIS, CHAMPAGNE, 1997). Deste modo, neste estudo os aspectos do contexto investigados foram: infraestrutura, planejamento, acompanhamento e avaliação das ações das ESF e gestão do processo de trabalho das equipes.

É importante destacar que na avaliação de implantação do tipo 1B não são considerados os efeitos das intervenções.

Figura 01

# Atenção à HAS em Equipes de Saúde da Família

Componentes	Recursos	Ações	Res. Intermediários	Res. Final
<b>A. RASTREAMENTO</b>	Tensiômetros Estetoscópios Impressos	Medição da PA dos indivíduos residentes nas áreas de abrangência das equipes Encaminhamento dos casos suspeitos ao diagnóstico médico Aferição da PA em indivíduos da demanda espontânea	Identificar na população adstrita aqueles com PA acima de 120/80 mmHg	<p>Identificação oportuna de novos portadores</p> <p>Maior vinculação dos pacientes com a equipe de saúde da família</p> <p>Maior controle dos níveis pressóricos dos portadores</p> <p>Prevenção das complicações decorrentes da HAS</p> <p>Redução da ocorrência de novos casos através de ações</p>
<b>B. AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA</b>	Equipe de Saúde Consultórios Tensiômetros Estetoscópios Prontuários	Avaliação da TA antes das consultas com aparelhos calibrados Avaliação casual da TA – mínimo três Avaliação dos hábitos e estilo de vida Avaliação do risco cardiovascular e das lesões em órgãos alvo Investigação clínico-laboratorial. Confirmação diagnóstica	Estratificação os portadores por riscos Estabelecer o diagnóstico oportuno	
<b>C. ACOLHIMENTO E VINCULAÇÃO</b>	Equipe de ACS Impressos dos SIS	Cadastramento dos ACS nos sistemas de informações da APS Realização de visitas mensais aos pacientes Acolhimento nas unidades de saúde	Garantir acesso e o acompanhamento regular dos pacientes pelas equipes de saúde da família	
<b>D. INSTITUIÇÃO DA TERAPÊUTICA</b>	Equipe de Saúde Consultórios Referência para exames diagnósticos e atenção especializada Prontuários Medicamentos	Instituição do tratamento medicamentoso Estímulos às mudanças de estilo de vida Dispensação de medicações Acompanhamento do retorno às consultas Encaminhamento para consultas especializadas	Redução dos níveis pressóricos Identificação de complicações em órgãos alvo Incentivos às mudanças nos estilos de vida	
<b>E. AÇÕES DE PREVENÇÃO E DE PROMOÇÃO DA SAÚDE</b>	Materiais educativos Materiais audiovisuais Equipe de saúde	Realização de ações com vistas à promoção da cidadania e mudanças nas condições de vida Realização de atividades educativas para portadores e não portadores	Incentivar mudanças dos hábitos e das condições de vida da população	
<b>F. GESTÃO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÕES</b>	SIS em saúde Impressos	Atualização dos cadastramentos dos portadores Preenchimento Preenchimento das fichas de acompanhamento Avaliação dos relatórios gerados e planejamento das atividades	Subsidiar o planejamento e avaliação do processo de trabalho das ESF	
<b>G. AÇÕES DE EPS</b>	Equipe técnica Materiais	Disponibilidade de cursos, rodas de conversas, dentre outros	Atualização dos profissionais das ESF	

**Contexto Organizacional das USF: Infraestrutura; Planejamento, acompanhamento e avaliação das ações; Gestão do Processo de trabalho das ESF**

**QUADRO 1**  
**MATRIZ DE ANÁLISE**

<b>COMPONENTE A</b>	<b>ATIVIDADES</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>	<b>FONTE DE VERIFICAÇÃO</b>	<b>EVIDÊNCIAS</b>
<b>RASTREAMENTO (12 PONTOS)</b>	Medição da PA dos indivíduos residentes nas áreas de abrangência das equipes	<b>04 Pontos</b>	<b>Entrevistas</b>	<b>A ESF receberá a pontuação caso realize as atividades previstas.</b>
	Identificação de casos suspeitos (cefaleia, tontura, etc.) durante as visitas domiciliares	<b>01 Ponto</b>	<b>Entrevistas Observação direta</b>	
	Encaminhamento dos casos suspeitos (TA elevada) para diagnóstico	<b>04 Pontos</b>	<b>Entrevistas</b>	
	Aferição da pressão arterial em indivíduos da demanda espontânea da unidade de saúde, incluindo crianças, gestantes e idosos.	<b>03 Pontos</b>	<b>Entrevistas Observação direta</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Componente não implantado: até 04 pontos</li> <li>• Componente parcialmente implantado: 05 a 08 pontos</li> <li>• Componente implantado: 09 a 12 pontos</li> </ul>				
<b>COMPONENTE B</b>	<b>ATIVIDADES</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>	<b>FONTE DE VERIFICAÇÃO</b>	<b>EVIDÊNCIAS</b>
<b>AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA (13 PONTOS)</b>	Avaliação da TA antes das consultas com tensiômetros calibrados	<b>04 Pontos</b>	<b>Análise de registros</b>	<b>A ESF receberá a pontuação caso realize as atividades previstas e esteja relatado nos prontuários analisados.</b>
	Avaliação clínica inicial com levantamento da história clínica e exame físico	<b>02 Pontos</b>	<b>Análise de registros</b>	
	Encaminhamento para investigação laboratorial inicial e complementar	<b>02 Pontos</b>	<b>Análise de registros</b>	
	Estratificação do risco através da pesquisa da presença dos fatores de	<b>03 Pontos</b>	<b>Análise de registros</b>	

	risco e lesões em órgão-alvo			
	Solicitação de exames complementares se caso suspeito de complicações ou comorbidades	02 Pontos	Análise de registros	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Componente não implantado: até 06 pontos</li> <li>• Componente parcialmente implantado: 07 a 09 pontos</li> <li>• Componente implantado: 10 a 13 pontos</li> </ul>				
COMPONENTE C	ATIVIDADES	PONTUAÇÃO	FONTE DE VERIFICAÇÃO	EVIDÊNCIAS
<b>ACOLHIIMENTO E VINCULAÇÃO (12 PONTOS)</b>	Realização do cadastramento dos portadores	04 Pontos	Análise de documentos Entrevistas	<b>A ESF receberá a pontuação caso realize as atividades previstas, o que será confirmado através da observação da rotina e dos livros de registros internos.</b>
	Realização de visitas mensais a no mínimo 80% dos pacientes cadastrados pelos ACS	04 Pontos	Análise de documentos	
	Existência de acolhimento dos pacientes nas USF	04 Pontos	Análise de documentos Entrevistas Observação direta	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Componente não implantado: até 04 pontos</li> <li>• Componente parcialmente implantado: 08 pontos</li> <li>• Componente implantado: 12 pontos</li> </ul>				
COMPONENTE D	ATIVIDADES	PONTUAÇÃO	FONTE DE VERIFICAÇÃO	EVIDÊNCIAS
<b>INSTITUIÇÃO DA TERAPÊUTICA (13 PONTOS)</b>	Aconselhamento para mudanças no estilo de vida (redução do tabagismo, etilismo, aumento do consumo de frutas, verduras e hortaliças, estímulos às práticas de atividades físicas)	08 Pontos	Análise de registros Entrevistas	<b>A ESF receberá a pontuação caso realize as atividades previstas, o que será confirmado através da observação dos livros de registros internos e prontuários analisados.</b>
	Prescrição e dispensação de medicamentos para pacientes	02 Pontos	Análise de registros Entrevistas	

	hipertensos com risco médio, alto e muito alto			
	Consultas clínicas, acompanhamento do retorno e busca ativa dos faltosos	03 Pontos	Análise de registros Entrevistas	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Componente não implantado: até 06 pontos</li> <li>• Componente parcialmente implantado: 07 a 09 pontos</li> <li>• Componente implantado: 10 a 13 pontos</li> </ul>				
COMPONENTE E	ATIVIDADES	PONTUAÇÃO	FONTE DE VERIFICAÇÃO	EVIDÊNCIAS
<b>PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE (30 pontos)</b>	Ações na comunidade de incentivo à promoção da cidadania e mudanças socioambientais	06 Pontos	Observação direta Análise de registros Entrevistas	<b>A ESF receberá a pontuação caso realize as atividades previstas, o que será confirmado através da observação da rotina entrevistas e análises dos livros de registros internos.</b>
	Ações na comunidade de incentivo às mudanças nos hábitos e estilos de vida	12 Pontos	Observação direta Análise de registros Entrevistas	
	Promoção de atividades em grupos de portadores de HAS	06 Pontos	Observação direta Análise de registros Entrevistas	
	Promoção de atividades em grupos de não portadores com vistas à mudança nos estilos de vida	06 Pontos	Observação direta Análise de registros Entrevistas	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Componente não implantado: 12 pontos</li> <li>• Componente parcialmente implantado: 18 pontos</li> <li>• Componente implantado: 24-30 pontos</li> </ul>				

<b>AVALIAÇÃO DOS COMPONENTES DO CONTEXTO ORGANIZACIONAL</b>				
<b>COMPONENTE F</b>	<b>ATIVIDADES</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>	<b>FONTE DE VERIFICAÇÃO</b>	<b>EVIDÊNCIAS</b>
<b>GESTÃO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO (10 PONTOS)</b>	Cadastramento dos portadores atualizados periodicamente	04 Pontos	Entrevistas Análise de registros	<b>A ESF receberá a pontuação caso realize as atividades previstas, o que será confirmado através das entrevistas e análises dos livros de registros internos.</b>
	Avaliação dos relatórios gerados	02 Pontos	Entrevistas	
	Planejamento do cuidado com base nas informações geradas	04 Pontos	Entrevistas Análise de registros	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Componente não implantado: 04 pontos</li> <li>• Componente parcialmente implantado: 06 pontos</li> <li>• Componente implantado: 08-10 pontos</li> </ul>				
<b>COMPONENTES G</b>	<b>ATIVIDADES</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>	<b>FONTE DE VERIFICAÇÃO</b>	<b>EVIDÊNCIAS</b>
<b>AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE (10 PONTOS)</b>	Capacitação contínua dos profissionais	05 Pontos	Entrevistas	<b>A ESF receberá a pontuação caso realize as atividades previstas, o que será confirmado através das entrevistas.</b>
	Participação da equipe em treinamentos, rodas de conversa, cursos, dentre outros relacionados à HAS ou outras cardiopatias.	05 Pontos	Entrevistas	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Componente não implantado: 00 pontos</li> <li>• Componente parcialmente implantado: 05 pontos</li> <li>• Componente implantado: 10 pontos</li> </ul>				

COMPONENTES DO CONTEXTO ORGANIZACIONAL	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	FONTE DE VERIFICAÇÃO
INFRAESTRUTURA	Disponibilidade de recursos humanos	<b>Entrevistas</b> <b>Observação</b>
	Instalações físicas das unidades de saúde	
	Disponibilidade de equipamentos (tensiômetros, estetoscópios, balanças antropométricas, fitas métricas)	
	Manutenção regular dos equipamentos	
	Disponibilidade de materiais educativos (folders, cartazes, álbuns seriados, etc.)	
	Disponibilidade de impressos	
	Disponibilidade de medicamentos para cuidado aos portadores de HAS	
PLANEJAMENTO, ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO	Ações de controle da HAS previstas no PMS	<b>Entrevistas</b> <b>Análise documental</b>
	Definição orçamentária prevista para as ações de controle da HAS no PMS	
	Acompanhamento e avaliação das ações pela equipe gestora	
GESTÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DAS ESF	Modelo de gestão do processo de trabalho das ESF	<b>Entrevistas</b> <b>Observação</b>

Foi elaborada uma matriz de análise (Quadro 01) especificando as atividades previstas para os componentes com seus respectivos critérios de pontuação, definidos a partir de um sistema de escore com base na importância atribuída a cada componente no que se refere à atenção à HAS em equipes de saúde da família.

Destaca-se que o componente cinco (5) “Ações de Prevenção e de Promoção da Saúde” recebeu maior pontuação por conta das potencialidades da Estratégia de Saúde da Família em atuar com foco nas mudanças de hábitos e estilos de vida da população através da educação em saúde, bem como para atuação intersetorial com vistas à redução das vulnerabilidades sociais.

Após ampliação da revisão bibliográfica, a versão preliminar do modelo lógico e da matriz de análise foi submetida ao julgamento de três especialistas (02 médicos com experiências na gestão da atenção primária e no trabalho em saúde da família, 01 enfermeira que atuou na gestão estadual das doenças crônicas não transmissíveis).

Realizou-se a técnica simplificada de consenso em que os especialistas, num primeiro momento, foram convidados, por correio eletrônico, a analisar a pertinência dos componentes, atividades previstas e critérios de pontuações estabelecidos (VIEIRA DA SILVA, 2005).

Posteriormente as respostas dos especialistas foram transpostas para planilha do programa Microsoft Excel e os critérios de pontuação tratados estatisticamente através do cálculo das medidas de tendência central e de dispersão, resultando nos critérios finais para medir o grau de implantação da atenção à HAS nas equipes de saúde da família.

Os especialistas não opinaram quanto às categorias definidas no modelo lógico, entretanto houve divergência quanto a definição de atividades e critérios de pontuação para avaliar a implantação dos componentes III (Avaliação Diagnóstica) e IV (Instituição Terapêutica), que obtiveram maiores desvios. Os critérios para avaliar estes componentes foram revistos após nova consulta aos documentos normatizados pelo Ministério da Saúde e repontuados como sugerido.

Ainda em relação ao componente III, houve a sugestão de inclusão da atividade “Aferição da TA utilizando tensiômetros calibrados e ajustados por IMC”, o que foi considerado pertinente, tendo em vistas a importância de serem utilizados aparelhos com medidas confiáveis para diagnóstico da doença.

A medida do grau de implantação da atenção à HAS foi feita mediante a atribuição de uma pontuação para as atividades e ao final para cada componente estabelecido no modelo lógico (Quadro 01). O somatório final dos componentes totalizou 100 pontos e após o somatório de cada um deles as equipes de saúde da família foram classificadas em:

- Atenção à HAS não implantada: zero até 33,3 pontos;
- Atenção à HAS parcialmente implantada: 33,4 até 66,6 pontos;
- Atenção à HAS implantada: acima de 66,7 pontos.

## **4.2. PROCEDIMENTOS PARA SELEÇÃO DO MUNICÍPIO E DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Para selecionar o caso foram definidos alguns critérios:

- (1) Município pertencente a Região Microrregião Leste da Bahia;
- (2) Adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ);
- (3) População acima de 100.000 habitantes;
- (4) Tempo de implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) maior do que cinco anos;
- (5) Cobertura populacional da ESF de 70 %, considerado como percentual mínimo para que as ações tenham impacto no perfil de saúde da população.

Estes critérios indicavam a possibilidade de observar a implantação da atenção à HAS em um município de médio porte, com boa cobertura da estratégia. Entretanto, após a estratificação dos municípios da Microrregião Leste da Bahia verificou-se que nenhum deles atendia ao critério, sendo estabelecido percentual mínimo de cobertura da Estratégia de 50%.

Além dos critérios acima descritos foram realizadas conversas com gestores estaduais, especificamente com dois (02) apoiadores institucionais da microrregião, a fim de analisar aspectos do contexto político dos municípios que pudessem ser favoráveis à avaliação, já que no período da investigação o Estado da Bahia encontrava-se em período eleitoral, com a possibilidade de mudanças dos gestores municipais e de profissionais nas equipes na APS, fato que poderia comprometer os resultados.

### **4.2.1. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI-BA**

O município de Camaçari-Ba foi selecionado, localiza-se na região litorânea do estado da Bahia, possui área de extensão territorial de 784,658 km<sup>2</sup>, dista 45 km da região metropolitana de Salvador, sendo considerado sede de microrregião, sendo referência para outros cinco municípios (IBGE, 2012).

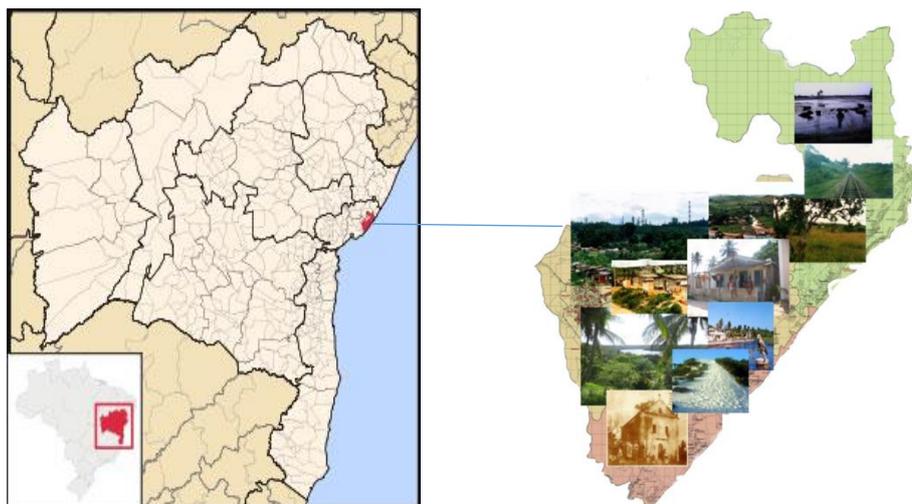


Figura 02: Mapa do Município de Camaçari-Ba, 2009.

Em relação à composição etária, o município está em fase de recomposição da pirâmide populacional, sendo observada redução da participação do grupo populacional na faixa etária entre 15 e 19 anos, aumento da população com mais de 20 anos e, de forma significativa, o crescimento da população acima de 60 anos.

Comparando-se os censos realizados em 2000 e 2010 houve aumento de 84,7% da população idosa e a taxa de envelhecimento em 2010 foi de 3,64 %, o que demonstra a necessidade de efetivação das políticas de saúde para grupo e para o cuidado às condições crônicas, em especial a hipertensão arterial (PMS, 2010-2013).

No que se refere ao perfil socioeconômico, o município responde pelo segundo maior PIB da região e tem na estrutura econômica o predomínio das indústrias. No ano de 2010, o Índice de desenvolvimento humano (IDH) do município foi 0,694 (categoria de médio desenvolvimento humano), entretanto, outros índices que analisam a distribuição de renda apontam que entre os anos de 1991 e 2010 houve pouca redução das desigualdades sociais e econômicas, sendo que aproximadamente 40% da população tem renda domiciliar per capita igual ou inferior a R\$ 250,00 mensais (ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO, 2013).

Houve uma redução da taxa de analfabetismo entre os censos do IBGE 1991(18,6%) e 2010 (7,3%), sendo que neste mesmo período a média de anos de estudo foi de 9,4 e a taxa de pessoas ocupadas com nível fundamental foi de 62,64% , de nível médio 44,69% e com formação superior completo foi 5,91% (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2010-2014).

Quanto ao saneamento básico, 89,03% da população têm em seus domicílios banheiros com água encanada, 96,30% contam com a coleta de lixo e 99,81% com energia elétrica (M.S./DATASUS/SIM, 2013).

O município está habilitado pelas Normas Operacionais Básicas do SUS na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, atualmente possui 180 estabelecimentos de saúde, sendo 36% de administração municipal, 63% privada e 1% da administração estadual (único hospital geral da microrregião), o que demonstra uma relação de dependência aos serviços conveniados ao SUS.

A atenção primária à saúde tem cobertura estimada em 54%, tomando como referência a competência do Sistema de Informação (SIAB) do mês de Julho 2013. No total existem vinte e quatro (24) unidades de saúde da família, trinta (30) equipes e nove (09) unidades básicas que funcionam no modelo tradicional de cuidado.

Os dados do Sistema de Informações Hospitalares/SUS referentes às internações demonstram que no ano de 2012 a principal causa foi a gravidez, o parto ou o puerpério (38%), seguida pelas neoplasias (10%), doenças do aparelho digestivo e causas externas (9%). As doenças do aparelho circulatório respondem a 5% das causas.

Entre os anos de 2001 a 2010, a evolução da mortalidade por grupos de causas no município demonstra que as neoplasias, causas mal definidas, as doenças do aparelho circulatório e as causas externas são, respectivamente, as quatro principais causas mais importantes. Em relação às doenças cardiovasculares, destacam-se os óbitos por acidente vascular cerebral (AVC), infarto agudo do miocárdio (IAM) e Hipertensão Arterial Sistêmica. (SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DO SUS-SIH/SUS, 2013; SIM/IBGE, 2012).

Pode-se observar que o município encontra-se em fase de transição e /ou polarização epidemiológica, caracterizada pela diminuição progressiva dos óbitos por doenças infecciosas e parasitárias, elevação das mortes por doenças crônicas e persistência ou reaparecimento de doenças relacionadas às condições de pobreza.

Para selecionar as equipes foram consultados os relatórios da avaliação externa do PMAQ, a fim de analisar o desempenho destas em relação ao cuidado às doenças crônicas. Do total de equipes existentes no município, 20% fez adesão ao PMAQ, sendo que 50% destas tiveram desempenho acima da média e 50% mediano ou abaixo da média.

Para refinar a escolha das equipes foi realizada análise do subcomponente PMAQ IV.10 que se refere ao “Conceito das equipes sobre Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho para as Condições Crônicas (Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus)”, sendo que das seis (06) USF, quatro (04) USF foram certificadas com desempenho acima da média e 02 USF com desempenho mediano ou abaixo da média.

Em seguida foram realizadas consultas à Coordenação municipal da atenção primária que participou ativamente do processo de seleção das unidades, fornecendo informações atualizadas sobre o contexto das equipes, o que possibilitou comparar as informações do PMAQ e selecionar duas equipes de saúde da família, uma delas com desempenho acima da média no que se refere ao processo de trabalho para as condições crônicas e outra com desempenho mediano ou abaixo da média.

#### **4.2.2. CARACTERIZAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA INVESTIGADAS**

Em relação à composição das equipes, destaca-se que a Equipe Verde (Desempenho acima da média para atenção às condições crônicas) é responsável por acompanhar a população de território correspondente à zona rural do município, em um local bastante isolado, com grande extensão geográfica. A comunidade da área de abrangência foi fundada por filhos de descendentes dos negros trazidos da África pela Casa García D’Ávila, segundo informações dos ACS.

Atuam na equipe um enfermeiro, um médico integrante do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), um odontólogo, um auxiliar de saúde bucal, onze agentes comunitários de saúde e três técnicos de enfermagem que acompanham, em média, mil e seiscentas famílias. Destaca-se que este quantitativo pode estar subdimensionado, pois os dados dos sistemas de informações estão desatualizados.

A Equipe Amarela (Desempenho abaixo da média para a atenção às condições crônicas) é corresponsável pela saúde da população que reside em uma região urbana, na orla do município, em um bairro pertencente a uma área de proteção ambiental que tem grande importância histórica por ser considerada a sede da primeira composição administrativa do município. É composta por um médico advindo do PROVAB, um enfermeiro, quatro ACS e

dois técnicos de enfermagem, responsável pelo acompanhamento de aproximadamente 532 famílias, em torno de mil quinhentas e noventa e seis pessoas. A unidade não tem equipe de saúde bucal

#### **4.3. PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS E EVIDÊNCIAS**

O trabalho de coleta das evidências foi realizado durante o período de dois a três meses, sendo operacionalizada através da triangulação metodológica com entrevistas, observação não-participante, análise documental e consulta aos sistemas de informação da base municipal.

Procedeu-se o contato prévio com os profissionais para o agendamento das entrevistas e das visitas exploratórias, onde foram observadas as atividades desenvolvidas nas unidades de saúde que se relacionavam ao cuidado ao hipertenso. Não foi possível observar a atuação dos profissionais nas comunidades em ações de promoção da saúde, dado que as equipes não tinham programações no período da coleta.

Os roteiros para realização das entrevistas (Apêndices A e B) foram aprimorados após aplicação piloto com um técnico da gestão municipal e um profissional de outra equipe de saúde da família.

Os dados consultados dos sistemas de informação relacionaram-se ao HIPERDIA e ao SIAB (Apêndice C). Importante ressaltar que no período da coleta não foi possível o acesso ao banco de dados do SISHiperdia, por conta da transição para o novo sistema de informações da Ministério da Saúde.

A análise documental incluiu a análise aleatória de 10 prontuários de pacientes hipertensos em cada equipe, que tiveram consultas no ano de 2013, seguindo um roteiro pré-definido (Apêndice D). Foram também observados registros internos das unidades, bem como plano municipal de Saúde para os anos 2010 a 2013.

Para observação não participante, a pesquisadora acompanhou algumas atividades diárias da equipe, relacionadas ao cuidado de pacientes hipertensos, utilizando um diário de campo para registrar as observações conforme roteiro pré-elaborado (Apêndices E). Neste tipo de observação, Kauark (2010) destaca que o pesquisador permanece fora da realidade a ser

estudada e aplica atentamente os sentidos ao objeto, buscando seu reconhecimento claro e preciso.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 23 informantes-chave: um (01) coordenador municipal do PACS/PSF, (01) coordenador municipal do sistema de informação em saúde, dois (02) apoiadores institucionais do PACS/PSF, dois (02) supervisores municipais da área técnica de saúde do adulto, dois (02) enfermeiros, um (01) médico, um (01) odontólogo, treze (13) agentes comunitários de saúde. As entrevistas foram gravadas com consentimento dos informantes e transcritas pela pesquisadora. Através da análise de conteúdo norteada por Bardin (2009) buscou-se selecionar trechos e significados das falas dos entrevistados que se relacionavam às categorias elencadas na matriz de análise.

Em seguida, realizou-se a leitura dos conteúdos das observações registradas no diário de campo, bem como das análises dos documentos buscando extrair os excertos que se relacionavam aos componentes estabelecidos na matriz. Isto possibilitou avaliar a realização das atividades, analisar os aspectos do contexto organizacional da gestão municipal da atenção primária, bem como identificar as convergências e divergências das informações fornecidas pelas distintas fontes de evidências.

#### **4.4. ASPECTOS ÉTICOS**

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva, atendendo as normas emanadas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, com parecer de autorização nº 346.293. A pesquisa foi realizada após autorização do secretário de saúde, sendo solicitada sua anuência (Apêndice F), assim como todos os sujeitos participantes foram esclarecidos sobre os objetivos e procedimentos do estudo e sobre eventuais desconfortos provocados pela coleta dos dados, sendo preservado o direito ao sigilo das informações prestadas. Todos os participantes assinaram termos de consentimento livre e esclarecido (Apêndice G).

## *5. RESULTADOS*

## **5.1. ESTIMATIVA DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DA ATENÇÃO À HAS EM EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

### **COMPONENTE A: RASTREAMENTO**

A Equipe Verde desenvolve 67% das atividades previstas para o componente. Observou-se que a identificação de novos casos da HAS é feita durante as visitas domiciliares, principalmente através dos ACS que mantém rotina de investigação dos familiares de portadores. Outra forma de rastreio ocorre em ações educativas, porém estas não são realizadas com frequência:

Eu faço isso (rastreamento) através de visitas domiciliares, quando a gente faz atividades educativas nas comunidades a gente verifica a pressão e chama a atenção para os sintomas fatores de risco sempre pedindo que os pacientes estejam indo ao posto fazer a medida e o diagnóstico. (Profissional 02 Equipe Verde )

Os profissionais demonstraram dificuldades para compreender o que seria a realização do rastreamento, relacionando esta atividade a identificação de complicações decorrentes do agravo. Aliado a isto, a incipiência de ações educativas na comunidade não favorece uma abordagem populacional mais ampla para que seja realizado o rastreamento da HAS, o que inclui a medição de TA de maneira aleatória em indivíduos “não portadores” e sem fatores de riscos, com ênfase para a população acima de 18 anos.

Em geral, a equipe verde focaliza a identificação de portadores que podem ser classificados como de alto risco e que já apresentam alguma sintomatologia da doença, tais como cefaleia, tonturas, zumbido no ouvido, etc., sendo que os ACS relataram que foram inseridos na equipe sem o treinamento introdutório, por isso têm dificuldades para compreensão da lógica da estratégia de saúde da família em relação ao cuidado à HAS, evidenciando fragilidades no desenvolvimento de ações de promoção da saúde e de prevenção de complicações.

Qualquer usuário adulto que compareça à unidade pode aferir a pressão arterial, entretanto a unidade não dispõe de tensiômetros infantis ou para pacientes portadores de obesidade.

Analisando o processo de trabalho da equipe amarela, observou-se que poucas ações de rastreamento da HAS são realizadas e limitam-se às ações dos ACS nas visitas domiciliares. A equipe desenvolve 42 % das atividades previstas para o rastreamento da HAS.

Os profissionais da equipe amarela também demonstraram pouca compreensão do que seria o rastreio da doença, relacionando este componente ao cadastramento do HIPERDIA:

Em relação ao rastreamento da HAS, a gente fez há pouco tempo um mutirão de cadastramento do HIPERDIA para tentar atualizar porque estava muito deficiente. (Profissional 03 Equipe Amarela)

Do rastreamento de HAS na área, acredito que tenha feito uma boa parte, a gente criou uma estratégia com a equipe, com médico, para dar continuidade a este cadastramento no dia- a –dia. (Profissional 06 Equipe Amarela)

Os ACS da equipe amarela apontaram a inexistência de processos institucionalizados para o encaminhamento dos casos suspeitos, identificados nas visitas domiciliares, às consultas médicas para a confirmação diagnóstica. Entretanto, foi relatada facilidade de acesso à marcação das consultas médicas:

Nas visitas a gente pergunta se tem HAS ou DM, observa as queixas, tira a pressão e encaminha para a unidade. Aqui o médico pede os exames para decidir se é ou não HAS, o paciente que tem HAS ou suspeita quando chega à unidade ele não tem prioridade, ele marca a consulta como todo mundo, mas tem um número maior de vagas na agenda do médico. Ele é atendido como uma pessoa normal. (Profissional 07 Equipe Amarela)

Não tem dificuldade para marcar, porque eles têm prioridade, quando o paciente é hipertenso ou suspeito eles (recepcionistas) sempre dão um jeitinho de marcar. Todos os pacientes são atendidos. Profissional 06 Equipe Amarela)

Em relação à verificação da PA, destaca-se que a avaliação é realizada apenas para os usuários adultos e que já tem confirmação diagnóstica. Para aqueles que acessam o serviço por demanda espontânea não existe a garantia da execução do procedimento, principalmente por conta da sobrecarga de trabalho dos técnicos de enfermagem, que por vezes, são deslocados para dar apoio às atividades na farmácia, devido à inexistência de funcionários para este setor.

A unidade não dispõe de aparelhos para verificação da PA de crianças e pacientes portadores de obesidade, fator que dificulta a identificação de portadores nestes grupos. Para as gestantes, a avaliação da PA é realizada no ato das consultas de pré-natal.

Os TE atuam na verificação da TA dos pacientes cadastrados, quando eles verificam que a PA está muito elevada eles encaminham para avaliação, para alguma conduta. Eles também ficam dando suporte na farmácia.  
(Profissional 08 Equipe Amarela)

O estudo apontou que a equipe verde desenvolvia apenas 67% das atividades preconizadas para o rastreamento da HAS, estando o componente parcialmente implantado, enquanto a equipe amarela 42% das atividades, componente parcialmente implantado.

As principais dificuldades identificadas foram: falta de protocolos norteadores, qualificação da equipe para realização das ações de rastreamento na atenção primária, falta de tensiômetros, pouca acessibilidade ao procedimento de medição da pressão arterial para demanda espontânea e dificuldades para realização das ações educativas na comunidade, relacionadas à falta de materiais educativos e veículo para deslocar a equipe.

Apesar das recomendações de que sejam realizadas medidas da pressão arterial em toda avaliação clínica de crianças maiores de dois anos, como parte do seu atendimento, o procedimento não é realizado na rotina da equipe, estando isto relacionado ao desconhecimento da importância do rastreio para este grupo populacional, falta de protocolos norteadores das condutas, mas também devido à ausência de tensiômetros infantis na unidade.

#### **COMPONENTES B E D: AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA E INSTITUIÇÃO DA TERAPÊUTICA**

Os componentes B e D (Avaliação Diagnóstica e Instituição da Terapêutica) estão implantados no processo de trabalho da equipe verde que desenvolvia 77% das atividades previstas para ambos.

Destaca-se ausência de registros sobre a estratificação do risco cardiovascular dos pacientes atendidos, constatado através da observação dos prontuários. Isto demonstra que as equipes não atendem aos portadores conforme abordagem de risco, o que aumenta as chances de ocorrência das complicações, tais como IAM, AVC.

Os profissionais da equipe verde demonstraram boa relação interpessoal, fator que apareceu como facilitador para o reconhecimento e encaminhamento ao diagnóstico oportuno, sendo garantidas cotas na agenda médica, destinadas aos pacientes atendido pela enfermagem e odontologia, existindo fluxo definido para estes encaminhamentos. Entretanto, os profissionais não acompanham o retorno às consultas programáticas, nem fazem busca de usuários faltosos.

A principal abordagem terapêutica da equipe verde aos pacientes portadores de HAS foi a adoção de terapia medicamentosa, sendo verificado que em 60% dos prontuários houve registros de orientações para mudanças de estilos de vida, com foco na prática de atividades físicas, alimentação adequada, redução do tabagismo e etilismo.

Quanto à equipe amarela, o componente B (Avaliação Diagnóstica) foi considerado implantado (77%) e o que obteve maior pontuação no processo de trabalho da equipe. O componente D ( Instituição da Terapêutica ) não estava implantado (15%).

Em relação à equipe amarela, o componente B foi o que obteve maior grau de implantação, sendo que em todos os prontuários investigados haviam registros de tomadas de pressão arterial antes das consultas, dos históricos de saúde e estilos de vida dos pacientes, bem como detalhamentos do exame físico e solicitações de exames diagnósticos.

Foram destacados pelos profissionais da equipe amarela problemas em relação à falta de manutenção regular dos tensiômetros, bem como inadequação dos mesmos em relação ao peso e idade dos pacientes, o que foi confirmado por um dos gestores entrevistados:

É mais a questão do aparelho para aferir a TA que as vezes falta, esta questão. Tinha até regularidade para a manutenção dos aparelhos, mas parece que o município está com problemas com o contrato de manutenção, mas quando tinha o contrato a manutenção era regular, o pessoal fazia a calibragem dos equipamentos direitinho. (Profissional 05 Gestão)

É importante considerar que este estudo considerou o componente B (Avaliação Diagnóstica) implantado apenas no que se refere à atenção aos adultos.

Alguns aspectos que comprometem a avaliação dos pacientes foram: inexistência de critérios para a definição do número de exames necessários para atender à população da área, disponibilização de vagas apenas uma vez ao mês, o que vem ocasionando constantes insatisfações da população:

Eles (pacientes) queixam em relação à marcação dos exames, porque não está tendo para marcar, ai consegue a consulta fácil, mas os exames não tem como marcar, várias vezes eles têm que vir para conseguir marcar. É uma insuficiência de vagas mesmo, é o mais comum. E isso faz o que? Desestimula eles, porque vem na segunda, vem na terça, ai na terceira terça que ele vem que não consegue marcar, não vem mais não. Ai a gente não pode fazer nada. Ainda tem aqueles que trabalham né? Que vem no dia da consulta para marcar e não consegue, porque tem a diária. E os que não trabalham e precisam de um acompanhante, e esta pessoa trabalha? Ai fica sem fazer os exames. (Profissional 09 Equipe Amarela)

Ultimamente a gente este tendo dificuldades com os exames, acredito que as vagas diminuíram, porque não tínhamos problemas antes, sempre que chegava aqui se marcava exames, saia com os exames agendados. Hoje em dia abrem as vagas no final do mês e dentro de uma semana ou menos acabam as vagas e agora só no final do mês. Estamos com muitas dificuldades. ((Profissional 08 Equipe Amarela)

Avaliando o componente D (Instituição da terapêutica), foram observadas nos prontuários das equipes quais indicações foram destinadas aos pacientes hipertensos, ou seja, se houve a realização do aconselhamento para mudanças no estilo de vida ou a indicação de tratamento medicamentoso. Em apenas um dos prontuários aparece o registro de orientações sobre a dieta com foco na redução do peso e consumo de frutas e verduras, por profissional de enfermagem, nos outros não foi possível confirmar a realização de orientações sobre as mudanças de estilos de vida na rotina no ato das consultas, sendo estas importantes para diminuir os fatores de risco associados, já que em alguns casos (hipertensão leve) os pacientes conseguem alcançar níveis pressóricos ótimos apenas com mudanças de hábitos.

Em contrapartida, havia a indicação de, pelo menos, um dos três dos anti-hipertensivos disponíveis no elenco da rede básica (captopril, propranolol e HCTZ) em todos os prontuários, apesar de não constar evidências de realização de estratificação do risco cardiovascular para estimar o perfil global e nortear a decisão terapêutica. Verificou-se como abordagem principal da equipe amarela no tratamento da hipertensão a indicação de medicamentos, independente do perfil de risco cardiovascular.

Os ACS da equipe amarela apontaram problemas relativos a aceitação do adoecimento por HAS e resistências em seguir o tratamento instituído, bem como outros problemas relativos a adesão terapêutica dos portadores idosos, daqueles com pouca instrução e rede de apoio frágil. Sendo que para suplantar estas dificuldades foram instituídas algumas estratégias, tais como: a utilização de desenhos nas receitas, cores diferentes para cada

medicação e maior reforço nas orientações. Porém, relatado que estas ações vêm tendo pouco efeito:

A gente já tentou um monte de coisas, desenhos, usar um papel diferente, uso de vasilhas de plástico, mas sem sucesso, eles misturam tudo (Profissional 05 Equipe Amarela)

Às vezes eles (os pacientes da área) têm dificuldades em aceitar a HAS e são resistentes aos medicamentos, a aceitação da doença para mim é um dos problemas. ((Profissional 07 Equipe Amarela)

Para mim a dificuldade, minha dúvida, é separar os remédios porque as vezes o paciente é idoso e mora sozinho, ai eu vou lá e tenho que explicar os horários, mas quando eu volto na visita ele já tomou a medicação e misturou tudo, o que era para tomar apenas uma vez ele toma três, e é assim. (Profissional 10 Equipe Amarela)

A equipe amarela não realiza o acompanhamento do retorno às consultas, nem a busca de faltosos, tampouco qualquer critério para seguimento dos pacientes ou calendário mínimo das consultas que determina a quantidade e os prazos para reavaliação:

O cartão de acompanhamento, por exemplo, poucos hipertensos têm aquele cartãozinho de acompanhamento, para vir a unidade e marcar direitinho, poucos têm este cartão, eles pedem muito e a maioria não tem. Isto dificulta nosso trabalho porque a gente chega e pergunta se ele mediu a pressão, ele não lembra ou então mediu a pressão, mas perdeu o papel. E aquele cartãozinho nos ajuda bastante, até saber se ele esteve na consulta ou não.. (Profissional 03 Equipe Amarela)

Todas as atividades preconizadas estão implantadas para este componente no processo de trabalho das duas equipes, com exceção da “estratificação do risco através da pesquisa da presença dos fatores de risco e lesões em órgãos-alvos”, item que não foi verificado em nenhum dos prontuários e que compromete o estabelecimento das decisões terapêuticas e definição de consultas por categoria.

## COMPONENTE C: ACOLHIMENTO E VINCULAÇÃO

As duas equipes de saúde da família desenvolviam apenas 33% das atividades preconizadas, sendo o componente C classificado como não implantado. Em relação aos hipertensos acompanhados/visitados pelos ACS, no ano de 2013 as equipes obtiveram percentuais abaixo do esperado (68,5% para equipe verde e 74% para equipe amarela). De acordo com o instrutivo do PMAQ para uma base de dados confiável este percentual deve variar entre 80 a 90%.

A equipe verde não definiu nenhum mecanismo para o acolhimento dos usuários, apesar disto, os profissionais apontaram facilidades para os agendamentos das consultas, com relatos de vagas disponíveis semanalmente para atendimento médico.

O atendimento odontológico estava suspenso no período da coleta devido a falta de materiais.

É razoável o “acolhimento” aqui na unidade, o paciente chega ele é triado, orientado, os ACS fazem sala de espera e faz as orientações. Não tem dificuldade de marcar as consultas, às vezes acontece ter fila pela incompreensão do “ povo de fora” porque vem pessoas de outros lugares, porque acham que marcar aqui é fácil, é bom, ai fica aquele tumulto, mas as pessoas daqui eles não reclamam. (Profissional 06 Equipe Verde)

Tem marcação aqui na unidade na última segunda feira do mês e ai mesmo assim sendo um único dia de marcação não gera aquela fila ou confusão. Não temos mais marcação para odontólogo porque está sem material, não está tendo atendimento só estamos esperando chegar material para ela trabalhar. (Profissional 03 Equipe Verde)

Observou-se que nas visitas domiciliares dos ACS os cadastros são realizados, porém sem a utilização dos instrumentos do SIAB, por conta do desabastecimento das fichas A e B-HAS:

Não tem ficha aqui na unidade, a gente vai começar a utilizar agora porque a apoiadora passou para gente a informação que tem que ser pela ficha, mas a gente não tem as fichas, estamos pedindo, para poder iniciar este cadastramento pelas fichas.(Profissional 03 Equipe Verde)

Isto aponta para a existência de falhas na geração das informações das famílias adstritas à equipe verde, sendo os dados do SIAB de pouca confiabilidade para serem utilizados como base para avaliação e planejamento das ações. Não existem mecanismos instituídos para favorecer o acolhimento na unidade.

Foram destacadas dificuldades para a realização das visitas domiciliares, existência de micro áreas muito distantes e pacientes cadastrados que estão sendo acompanhados em outros serviços.

A equipe amarela havia realizado, no período de coleta da pesquisa, uma ação destinada a atualizar os cadastros dos portadores no SIAB, com a finalidade de reconhecimento e vinculação dos pacientes da área, bem como melhorar os indicadores de acompanhamento, já que o percentual dos hipertensos acompanhados de Janeiro a Agosto (2013) foi em média de 73%.

A pouca regularidade no provimento das fichas e de outros impressos foi destacado pelos profissionais da equipe amarela como um problema de gestão que interfere na atualização do sistema de informação. Destaca-se que os ACS não utilizam as fichas do SIAB durante as visitas e criaram um sistema paralelo, com registros feitos em cadernos, o que pode contribuir para a perda das informações.

As fichas do SIAB são um problema, a gente teve que confeccionar, escanear uma ficha de cadastramento e reproduzir aqui na unidade mesmo. Não há abastecimento de fichas, é uma certa dificuldade esta questão de insumos na atenção básica. (Profissional 09 Equipe Amarela)

Outro ponto relevante é que algumas micro áreas haviam sido inseridas recentemente à área de abrangência da equipe amarela e a população destes territórios ainda não havia estabelecido uma relação de vinculação, com o devido reconhecimento da equipe como referência do cuidado:

Na minha área, a maioria dos hipertensos vão lá para cima (UBS) porque é mais próximo, eles sempre iam para lá e depois que o posto veio para cá eles já estavam acostumados com a equipe de lá. (Profissional 09 Equipe Amarela)

Eles (pacientes) reclamam, isso porque a área ficou muito tempo descoberta e agora com o ACS está sendo tudo novo para eles, eles estão acostumados na UBS por causa disto, não tinham ACS. Na verdade, até agora eu consegui poucos vindo para cá, eu vou orientando que a unidade é para eles, deles é aqui, oriento o que é o PSF, que é o acompanhamento da família toda para tentar fazer o elo na unidade com a comunidade. (Profissional 03 Equipe Amarela)

## **COMPONENTE E: PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Analisando a realização das ações de educação e de promoção da saúde pelas equipes no território foi possível perceber que este componente obteve menores pontuações na avaliação da implantação.

A equipe verde não recebeu pontuação para este componente e apenas 20% das atividades preconizadas estão implantadas no processo de trabalho da equipe amarela. Verificou-se ênfase em ações objetivando a prevenção de complicações decorrentes da falta de tratamento e seguimento das orientações.

Observou-se priorização da abordagem individual nas orientações sobre mudanças no estilo de vida e foi apontado pelos profissionais o reduzido tempo das consultas para esta finalidade, assim como se percebeu a falta de valorização das abordagens coletivas de educação em saúde.

A equipe amarela realizava salas de espera durante os atendimentos, porém esporadicamente e apenas os ACS ficam responsáveis por estas ações, fazendo orientações gerais sobre sintomas da doença, enquanto os técnicos de enfermagem realizam a verificação dos sinais vitais (medição da TA, glicemia e peso). Percebeu-se a ênfase em abordagens prescritivas, normativas e distanciadas da realidade dos indivíduos, bem como a utilização de poucos materiais de apoio:

Fazemos atividades educativas orientando a importância do medicamento, da alimentação, a gente realiza café da manhã com os hipertensos, passando o que ele pode comer o que não pode comer, atividades físicas, a gente orienta. (Profissional 05 Equipe amarela)

Temos um grupo de HAS/DM que faz atividades, já trouxemos nutricionista, profissional para fazer atividade física, para falar um pouco da importância desta atividade, no grupo os pacientes são muito comprometidos, eles sempre comparecem. (Profissional 07 Equipe Amarela)

Como justificativas foram apontados problemas relacionados à acessibilidade geográfica e necessidade de priorização das visitas domiciliares em detrimento às ações educativas. Destaca-se que a secretaria de saúde disponibilizou um automóvel para transporte diário dos profissionais, por conta da distância do centro do município à unidade, sendo que este poderia ser utilizado para apoio às ações na comunidade.

Uma queixa recorrente dos ACS a falta de apoio da gestão em relação à provisão de insumos para desenvolvimento de ações educativas na comunidade. A equipe destacou como impedimento principal para abordagens visando à promoção da saúde a insuficiência de materiais educativos e de treinamentos, sendo destacado que para promover a adesão da comunidade faz-se necessário a oferta de incentivos, tais como: lanches, camisetas e brindes. Isto vem contribuindo para pouca participação nas poucas atividades que haviam sido planejadas, já que a equipe não se dispõe a fazer mais o custeio destes recursos.

É uma área de pessoas muito pobres e também não tem tanto conhecimento assim, eles vão para a reunião, mas eles querem algo de troca, aí a gente faz uma caminhada, mas não tem camiseta, se tem a camiseta é o suficiente para eles irem... ((Profissional 06 Equipe Amarela)

... eles perguntam "eu vou na unidade e vou ganhar o que?" e a gente responde "nada, eu só quero falar com você!" , é tanto que quando fazemos café da manhã aqui com os hipertensos são os próprios funcionários que bancam, estas coisas também é uma dificuldade. Até quando a gente faz uma sala de espera não tem nenhum folheto (Profissional 10 Equipe Verde)

Ainda em relação às ações educativas foi relatada a falta de espaços comunitários adequados como impedimento:

Tem uma igreja que cede o espaço, só isso, mas a minha atividade mesmo da próxima quarta-feira é em um bar, a dona a senhora vai fechar, não tem atendimento dos clientes dela na hora em que a gente estiver lá, a gente vai fazer durante a hora que ela não está lá e entregar 10:30h e é um bar. Aqui não tem associação, nas escolas têm aula. (Profissional 06 Equipe Verde)

Verificou-se que os ACS, apesar de relatarem segurança no desenvolvimento de ações educativas, porém quando questionados sobre o modo de realização destas, destacaram que se restringem à realização de palestras, uma abordagem baseada na transmissão de conhecimentos, com pouco estímulo ao diálogo troca de saberes com a população.

Foi apontada necessidade de apoio da gestão para qualificação das equipes em relação às abordagens educacionais na comunidade e ações de promoção da saúde. Como barreiras para a realização das ações de promoção da saúde foram destacadas: dificuldade de acesso às micro áreas e irregularidade na disponibilização de meio de transporte:

Na área mesmo, a gente fica impossibilitado de fazer uma palestra porque o carro que vem é a cada quinze dias para uma equipe e aqui são duas, ai não pode marcar neste dia que o carro vem porque tem as visitas dos acamados e como é que o médico e a enfermeira vai se deslocar para a área e fazer a palestra, só se for no carro deles. Isto também é uma falta de apoio. Ai não pode nem contar este carro também porque se a gente faz uma palestra pode ter a verificação de pressão, medir o açúcar. A gente vai ate fazer na próxima semana, mas sem a equipe.( Profissional 07 Equipe Amarela)

## **COMPONENTE F: GESTÃO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÕES**

Analisando os dados dos sistemas de informações de base municipal referentes à Equipe Verde foi possível concluir que o cadastramento dos portadores de HAS não estavam atualizados. Foi observado que os profissionais não utilizavam tais informações para o planejamento das atividades no território. A equipe não obteve pontos no componente VI (Gestão dos Sistemas de informações).

Em contrapartida, para equipe amarela as atividades do componente encontram-se parcialmente implantadas (40%). Apesar da atualização periódica do cadastramento dos pacientes e preenchimento das fichas de acompanhamento nas consultas, estes dados não são utilizados como base para o planejamento das intervenções da equipe.

## **COMPONENTE G: EDUCAÇÃO PERMANENTE**

Quanto às ações de educação permanente, a equipe verde apontou que, por vezes, a gestão municipal realiza capacitações sobre temas relacionados à HAS visando o aperfeiçoamento técnico dos profissionais de nível superior, porém de forma incipiente. Entretanto, estas ações se distanciam das discussões do processo de trabalho da equipe e eventualmente se dirigem aos profissionais de nível médio. Porém, os profissionais de nível superior investem na capacitação dos ACS e, por vezes, capacitam os técnicos de enfermagem, ação conjunta com a apoiadora institucional.

O grau de implantação das atividades de educação permanente da equipe verde foi 50%, componente classificado como parcialmente implantado.

Em contrapartida, a equipe amarela não realiza nenhuma das atividades previstas.

Observou-se a necessidade de ações de qualificação dos técnicos para desempenho da função apoiador institucional, que requer conhecimentos e habilidades com vistas a reforçar uma atuação que favoreça a responsabilização e o protagonismo dos trabalhadores, não somente na análise e intervenção dos seus processos de trabalho, mas também na produção e/ou ressignificação do conhecimento sobre seu trabalho e da busca de soluções dos problemas cotidianos.

## 5.2. ANÁLISE DO CONTEXTO ORGANIZACIONAL

Para avaliar os aspectos relacionados à infraestrutura das foram observados os seguintes itens: composição das equipes, instalações físicas das unidades, disponibilidade de materiais, equipamentos, recursos audiovisuais e educativos, assim como manutenção dos equipamentos.

No que se refere à estrutura física das unidades foi possível perceber adequação no dos espaços para atendimentos individuais, realização de reuniões e atividades educativas. Entretanto, em relação à equipe amarela, apesar dos espaços observados terem potencial para o desenvolvimento das atividades necessárias à estratégia de saúde da família, o imóvel é alugado e readaptado, favorecendo o desenvolvimento de ações interdisciplinares.

Quanto aos insumos necessários para atenção à HAS, os principais achados referem-se à falta ou inadequação de aparelhos para verificação da pressão arterial, balanças antropométricas quebradas, insuficiência de materiais para o desenvolvimento de ações educativas e impressos, incluindo fichas para geração das informações.

Não existe suficiência de insumos não, até mesmo porque de um modo geral para a HAS a gente vê que tem coisas que ainda faltam para abordar, não é 100%. O que falta nas unidades dos insumos, às vezes tem aparelhos como tensiômetros e estetoscópios quebrados, faltando manutenção, eu vejo os profissionais reclamarem desta questão, mas no geral para outras coisas não... (Profissional 04 Gestão)

Um aspecto recorrente nas falas dos entrevistados foi dificuldade de apoio logístico para as equipes de saúde da família, tais como: meios para deslocamento às micro áreas mais distantes, falta de treinamentos, descontinuidade no fornecimento de medicações, dificuldades relacionadas à regulação, bem como provisão contínua de insumos necessários para ações de prevenção e promoção da saúde.

Foram evidenciados problemas na programação orçamentária para aquisição de medicamentos para tratamento do agravo, por conta da redução da contrapartida estadual, sendo referida pelos profissionais a existência de manutenção regular de apenas duas medicações contidas na lista do componente básico da assistência farmacêutica, o Captopril e a Hidroclorotiazida, sendo que as outras medicações têm abastecimento é intermitente.

O insumo que a gente vê, do ponto de vista mais gritante de descontinuidade de atenção é a parte dos medicamentos, a parte terapêutica, porque de uns dois ou três anos para cá o repasse do recurso estadual para o município foi alterado, a parte estadual era para medicamentos, de uns dois ou três últimos anos esta contrapartida foi alterada e dificultou muito a programação municipal para aquisição dos medicamentos e a consequência disto foi a descontinuidade. Para a HAS algumas vezes a gente percebe a descontinuidade do abastecimento dos medicamentos que fazem parte da relação municipal, não chega a faltar, mas fica desabastecido, não é um abastecimento regular, o usuário não encontra num período mas depois ele encontra. (Profissional 01 Gestão)

Foram relatadas dificuldades de acesso aos exames complementares (Ecocardiograma, Raio-X, Ultrassonografia, dentre outros), pois o município vem enfrentando problemas relacionados à extrema dependência da iniciativa privada, pois apenas 37% dos equipamentos de saúde estão sob gestão própria.

Não existe facilidade de acesso aos exames, a gente fica muito sem vagas de exames de laboratório, de sangue, de regulação, ECG e todos os outros. Eles têm muitas dificuldades de marcação. As vezes a gente vê os bolinhos de requisições, as vezes da médica que estava aqui antes. E eles não conseguem realizar estes exames. Ultrassom chega e faz na hora, no dia da marcação eles conseguem, mas alguns exames não marca, não consegue marcar, como Rx e agora de uns dois ou três meses para cá exames de laboratório. A gente está com problemas sérios para marcar. (Profissional 01 Equipe).

A limitação do acesso às consultas especializadas também foi apontado como um problema atual da gestão da atenção primária, principalmente para as referências em cardiologia e nefrologia:

Eles (usuários) queixam em relação à marcação dos exames, porque não está tendo para marcar, ai consegue a consulta fácil aqui na unidade, mas os exames não tem como marcar, várias vezes eles têm que vir na unidade para conseguir marcar. É uma insuficiência de vagas mesmo, é o mais comum. E isso faz o que? Desestimula, porque eles vêm na segunda, vem na terça, ai na terceira terça que ele vem que não consegue marcar, não vem mais não. Ai a gente não pode fazer nada. (Profissional 03 Equipe Amarela)

O relato acima demonstra que apesar da facilidade de acesso à marcação de consultas nas unidades de saúde da família (relato dos profissionais entrevistados) existem dificuldades para regulação dos pacientes às especialidades. As unidades estão informatizadas o que

favorece a marcação, entretanto, a regulação disponibiliza cotas apenas uma vez ao mês e estas não são distribuídas com base nas necessidades de saúde da população. Prevalece a lógica de chegada às filas, o que compromete o princípio da equidade.

Um fator agravante é a falta dos protocolos de atenção e de regulação que se destinam a auxiliar no manejo dos problemas da clínica (protocolos de atenção), bem como favorecer a organização da gestão da rede assistencial da saúde (protocolos de regulação). Os protocolos baseiam-se em informações científicas atualizadas, facilitam o fluxo dos usuários no sistema e podem aumentar a qualidade dos serviços, beneficiando a população por promover a garantia de acesso oportuno ( WERNECK, 2009).

Os profissionais relataram que utilizam os manuais técnicos do Ministério da Saúde, porém as unidades não dispõem destes instrumentos, já que não foram disponibilizados pela equipe gestora.

Evidenciou-se em relação à infraestrutura uma série de problemas que comprometem a qualidade da atenção à HAS e se referem, principalmente, a falta de materiais para ações de promoção da saúde, materiais básicos para as ações clínicas, falta de protocolos clínicos e reguladores que favoreçam a integração entre os pontos de atenção e insuficiência de apoio logístico. Estes achados assemelham-se a outros (FACCHINI, et. al., 2006; PEDROSA, 2011; ARANTES, 2014) e demonstram que parte das limitações da APS relaciona-se às condições deficitárias das unidades de saúde. Este estudo aponta que o município necessita valorizar a infraestrutura como um aspecto que interfere diretamente na qualidade da atenção, sendo fundamentais investimentos em equipamentos e insumos que potencializem o cuidado.

Em relação ao planejamento das ações direcionadas ao controle e cuidado da HAS, a análise do Plano Municipal de Saúde do triênio de 2010 – 2013, elaborado através da técnica de planejamento e programação local em saúde, com efetiva participação da comunidade através da realização de 35 oficinas em áreas cobertas pelas unidades de saúde. Do total de manifestações, foram identificados os problemas mais frequentes, sendo priorizados três principais: (1) dificuldade de acesso aos serviços ofertados; (2) baixa qualidade da atenção; (3) elevada vulnerabilidade de adolescentes e jovens, principalmente em relação ao uso e abuso das drogas.

A HAS foi citada em várias oficinas pela população como um problema de saúde comum, por conta disso no plano de saúde é citada a necessidade a adoção de intervenções resolutivas para conter a epidemia das doenças crônicas não transmissíveis, principalmente através de ações de promoção da saúde, demonstrando reconhecimento da importância destas doenças no estado de saúde da população.

A Estratégia de Saúde da Família aparece no plano das intenções de governo como uma política estruturante da atenção primária no município. Outra prioridade foi a implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo.

Entretanto, apesar do reconhecimento do impacto das doenças cardiovasculares no perfil de saúde da população do município, a análise do plano municipal de saúde evidenciou que as ações planejadas e direcionadas à melhoria do perfil epidemiológico não estavam relacionadas a estes agravos. A atenção à HAS não foi priorizada e paradoxalmente aparecem ações para o controle do HIV, sífilis e de alguns agravos de notificação compulsória.

Observou-se ausência de um planejamento estruturado da gestão municipal da atenção primária para controle do agravo, bem como a inexistência de ações estratégicas que possam ter impacto direto na redução da incidência da HAS e de outras doenças cardiovasculares.

Eu não acho que a gente tenha um plano, a gente tem atividades sendo realizadas, mas eu não acho que a gente tenha um plano definido, com metas definidas, estruturado, um plano redigido para ser discutido sobre o agravo para que a gente possa estar constantemente avaliando a redução dos indicadores relacionados a este agravo. A gente não tem um plano institucionalizado, eu acho que a gente tem atividades relacionadas a este agravo. (Profissional 02 Gestão)

Aliado à isto se percebeu a inexistência de métodos de avaliação e acompanhamento do cuidado prestado pelas equipes de saúde da família objetivando medir o impacto das ações no perfil de saúde da população. Também não foram previstos recursos financeiros específicos para apoiar o desenvolvimento das ações para a atenção à HAS no Plano Municipal de Saúde (2010-2013), sendo esta uma das dificuldades para a implantação da atenção ao agravo.

Em 2011, através de um convênio com o Ministério da Saúde, foi elaborado um projeto específico para o controle da HAS no município, incluindo recursos para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde. Algumas atividades deste projeto foram desenvolvidas, mas por questões não explicitadas com clareza pelos gestores entrevistados, o projeto foi descontinuado:

Não existem recursos no PMS, dentro do que a gente realiza de atividades (HAS), temos recursos específicos para o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde. Especificamente para a HAS em 2010 ou 2011 a gente fez adesão junto ao Ministério da Saúde a um convênio que estimulava a prática de atividades físicas e agente desenhou este projeto para relacionar a HAS, o convênio era para saúde, para estimular a atividade física, a gente (equipe da atenção básica) fez o desenho para que ele tivesse mais relacionado a área de HAS. (Profissional 01 Gestão)

Na dimensão técnico-gerencial, destaca-se a existência de uma área técnica que atua na coordenação geral da atenção à HAS/DM na atenção primária, composta por dois enfermeiros supervisores, com formação especializada. Entretanto, estes profissionais oferecem, prioritariamente, apoio logístico às equipes, tais como: monitoramento do envio de insumo, de outros materiais solicitados e organização de treinamentos, que têm pouca frequência segundo os profissionais das equipes.

Destaca-se que mensalmente os supervisores realizam a análise das informações do HIPERDIA, bem como enviam relatórios às unidades. Entretanto, foi referenciado que a base de dados não é fidedigna:

...a gente tem uma falha grande no HIPERDIA em relação ao registro, tem um sub-registro grande do HIPERDIA, os dados que a gente tem de cadastramento e acompanhamento são muito aquém da realidade quando a gente cruza estes dados com os do SIAB, que é um dado que também tem uma deficiência porque grande parte do que está no SIAB sobre HAS é coletado pelos ACS e como a gente não tem 100% de cobertura a gente tem umas falhas. (Profissional 01 Gestão)

Eu acho que precisava ser feita crítica das informações geradas no HIPERDIA porque a gente ainda recebe muita ficha de cadastro com problemas, aí entra o fluxo de envio destas fichas, temos dois tipos de fichas a de cadastro e a de acompanhamento do Hipertenso e diabético, se a unidade manda a ficha de cadastro incompleta o sistema não aceita. (Profissional 03 Gestão)

Visando apoiar a reorganização do processo de trabalho das equipes de saúde da família, no ano de 2012 foi implantado o dispositivo de apoio institucional no município. Os apoiadores têm como papel principal atuar no “entre” gestão da atenção primária e os profissionais, servindo como um elemento mediação de interesses:

Principalmente depois que a apoiadora tem vindo às reuniões a gente tem tido um bom apoio, a quantidade de medicações aumentou, a gente não vem tendo problemas com relação a isso, sempre que a gente precisa de um impresso a gente conversa com ela, então depois que a apoiadora passou a vir para as reuniões semanais a gente passou a ter um suporte maior, o suporte aumentou. Hoje a gente pode dizer que a gestão contribui de forma mais positiva para o cotidiano aqui da unidade. (Profissional 02 Equipe Verde)

Entretanto, a falta de apoio logístico, principalmente de meio de deslocamento às unidades vem comprometendo o trabalho dos apoiadores:

a gente tem tido dificuldades de apoio logístico em relação a transporte, porque a gente está na sede e tem que ir para a orla, agora a gente está com dois apoiadores na orla, mas só temos dois dias de carro. Então a gente tem que estar se desdobrando e tentando ver, acaba acompanhando todas as atividades das equipes por telefone ou e-mail, mas em loco a gente não consegue estar muito presente não. Quando dá atenção a uma (unidade) não pode dar atenção a outra. É muito difícil neste sentido. (Profissional 02 Gestão)

As equipes apontaram a importância do trabalho do apoiador institucional, porém relataram o distanciamento destes atores do cotidiano dos serviços e uma tendência ao desenvolvimento de ações de apoio logístico e de fiscalização do trabalho, aproximando-os mais às figuras de supervisores. Isto foi confirmado pelos discursos dos apoiadores que apontaram dificuldades organizacionais da gestão para a provisão do apoio técnico necessário às equipes.

A equipe da gestão da atenção primária discutindo a possibilidade de reorganização do trabalho dos supervisores e dos apoiadores, através da incorporação de alguns dispositivos, tais como: ações de educação permanente, implantação de rodas de conversas, sessões científicas, etc., com vistas a qualificar a atenção das equipes, o que poderá contribuir para potencializar o cuidado à HAS, através das:

Temos tentado, em 2013, inverter este acompanhamento, os apoiadores e as áreas técnicas não só acompanhar, mas ofertar para a equipe algumas práticas de apoio, algumas ferramentas mesmo de como discutir projeto terapêutico singular nas unidades, as discussões das equipes, qualificar o cuidado ao usuário, mas é uma prática que ainda está em construção, nem todas as equipes estão preparadas para este tipo de discussão. (Profissional 01 Gestão)

Foi possível perceber que, apesar do reconhecimento dos gestores da importância da HAS no perfil de adoecimento e mortalidade da população, não foram planejadas ações estratégicas, orçados recursos ou previstos indicadores para avaliar o cuidado prestado pelas equipes de saúde da família. Foram constatadas fragilidades em relação ao monitoramento e acompanhamento das equipes, principalmente por conta das dificuldades logísticas que a equipe gestora enfrenta para estar em lócus acompanhando o processo de trabalho nas unidades, bem como pela falta de potencialização do dispositivo apoio institucional.

## 6. DISCUSSÕES

## 6. AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA ATENÇÃO À HAS NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI-BAHIA

Utilizando os critérios adotados para avaliação da implantação da atenção à HAS, a Equipe Verde atingiu o escore de 37% ao somar as pontuações de cada uma das atividades preconizadas, estando a atenção ao agravo parcialmente implantada.

Dentre os componentes avaliados, 29% estão implantados (Diagnóstico; Instituição da Terapêutica), 29% estão parcialmente implantados (Rastreamento e Educação Permanente) e 42% não foram implantados (Vinculação; Prevenção e Promoção da saúde; Gestão dos sistemas de informação).

Em relação ao grau de implantação de cada componente o gráfico abaixo demonstra o percentual alcançado pela equipe verde.

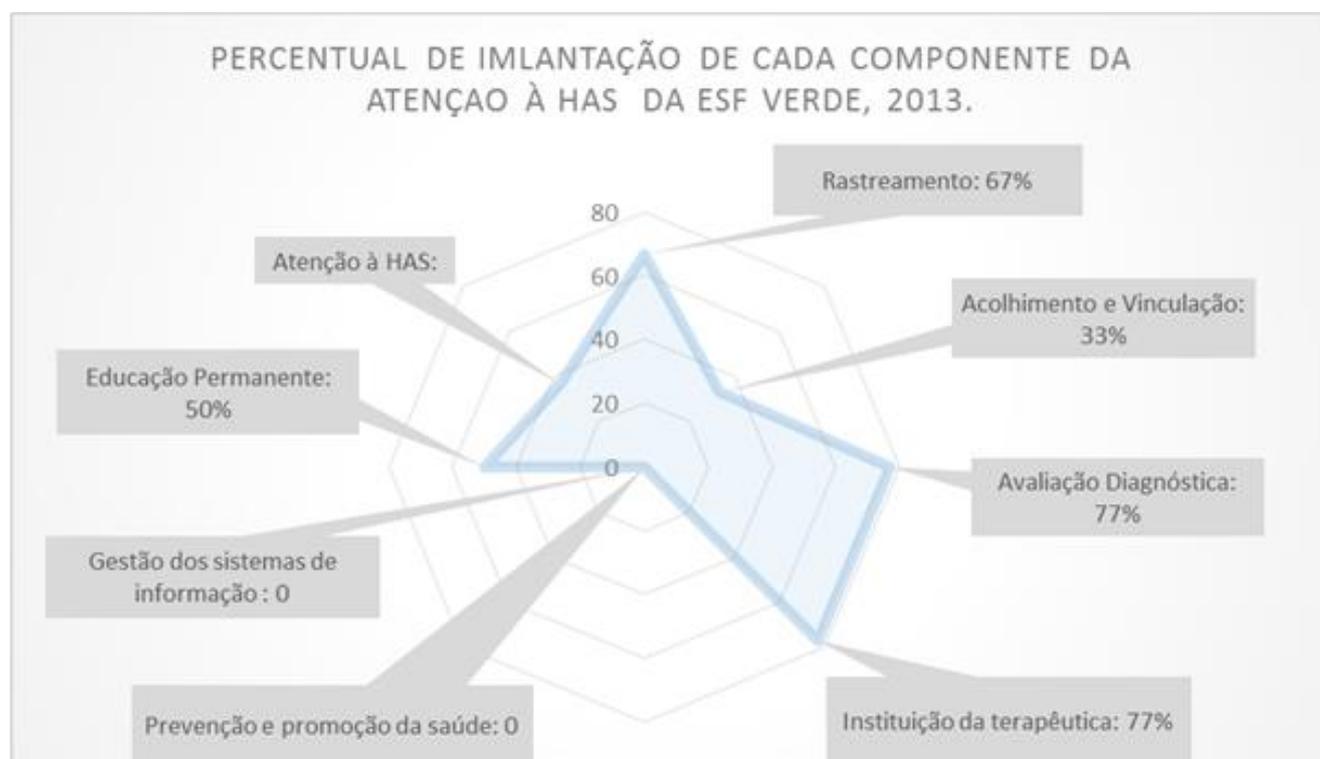


Gráfico 03: Grau de implantação dos componentes da atenção à HAS na Equipe de Saúde da Família Verde, 2013. Fonte: Elaboração da autora

O quadro 02 abaixo informa o grau de implantação que a Equipe Verde alcançou em cada componente :

<b>EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA VERDE</b>				
<b>COMPONENTES</b>	<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	<b>PONTUAÇÃO ALCANÇADA</b>	<b>PERCENTUAL REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES DO COMPONENTE</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>
<b>Rastreamento</b>	<b>12</b>	<b>08</b>	<b>67</b>	<b>PARCIALMENTE IMPLANTADO</b>
<b>Acolhimento e Vinculação</b>	<b>12</b>	<b>04</b>	<b>33</b>	<b>NÃO IMPLANTADO</b>
<b>Avaliação Diagnóstica</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>77</b>	<b>IMPLANTADO</b>
<b>Instituição da terapêutica</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>77</b>	<b>IMPLANTADO</b>
<b>Prevenção e promoção da saúde</b>	<b>30</b>	<b>00</b>	<b>00</b>	<b>NÃO IMPLANTADO</b>
<b>Gestão dos sistemas de informação</b>	<b>10</b>	<b>00</b>	<b>00</b>	<b>NÃO IMPLANTADO</b>
<b>Educação Permanente</b>	<b>10</b>	<b>05</b>	<b>50</b>	<b>PARCIALMENTE IMPLANTADO</b>
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>37</b>	<b>37</b>	<b>PARCIALMENTE IMPLANTADO</b>

Quadro 02: Classificação da Equipe Verde quanto ao grau de implantação da atenção à HAS, por componente analisado.

É possível concluir que apesar da atenção à HAS estar parcialmente implantada no processo de trabalho da equipe verde, os profissionais tomam como objeto de intervenção indivíduo doente, principalmente nos estágios avançados da patologia, já que focalizam o rastreamento nos indivíduos com altos riscos.

A principal finalidade do trabalho da equipe verde é impedir o surgimento de novas complicações, porém as ações educativas privilegiam a abordagem individual em detrimento das ações coletivas e de prevenção e promoção da saúde. Embora os profissionais demonstrem boa relação interpessoal, percebeu-se que o cuidado é fragmentado, já que não existem mecanismos instituídos para abordagem interdisciplinar dos casos.

A atenção medicalizante, abordagem individual, fragmentada por categorias, bem como foco na avaliação diagnóstica e instituição da terapêutica são características marcantes do modelo médico assistencial. Isto sugere a necessidade de reorientação do processo de trabalho da equipe, tanto no que se refere à implantação de todos os componentes preconizados para atenção ao agravo, bem como objetivando a reversão do modelo de atenção e qualificação dos profissionais.

Analisando o processo de trabalho da equipe amarela, foi possível perceber que dos sete componentes avaliados, 14,3% estão implantados (Avaliação Diagnóstica), 14,3% encontram-se parcialmente implantados (Rastreamento) e 71,4% dos componentes não estão implantados (Vinculação, Instituição da terapêutica, Prevenção e promoção da saúde, Educação Permanente, Gestão dos Sistemas de informações). A equipe desenvolve 31% das atividades previstas, estando a atenção à HAS não implantada.

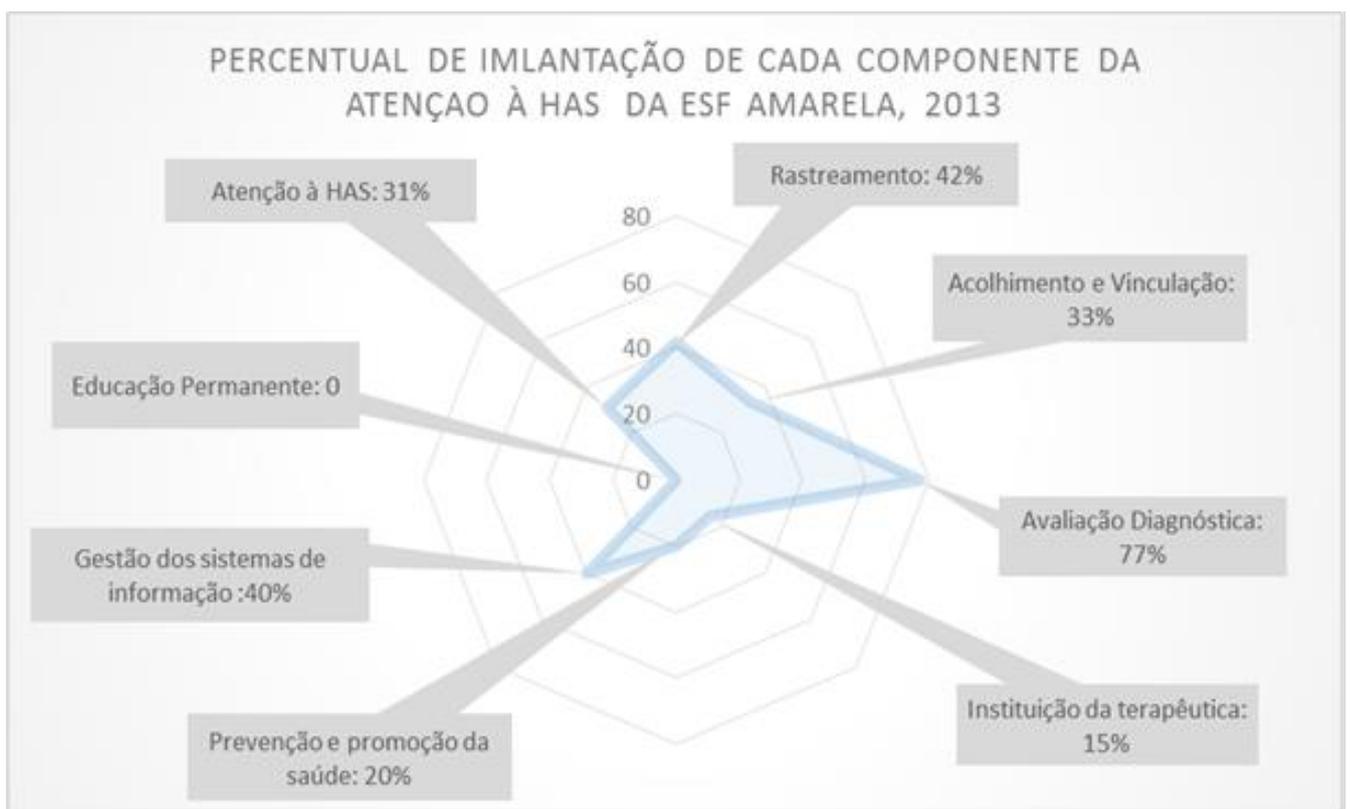


Gráfico 04: Grau de implantação dos componentes da atenção à HAS na Equipe Amarela, 2013.

<b>EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA AMARELA</b>				
<b>COMPONENTES</b>	<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	<b>PONTUAÇÃO ALCANÇADA</b>	<b>PERCENTUAL DE REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DO COMPONENTE</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>
<b>Rastreamento</b>	<b>12</b>	<b>5</b>	<b>42</b>	<b>Parcialmente implantado</b>
<b>Acolhimento e Vinculação</b>	<b>12</b>	<b>04</b>	<b>33</b>	<b>Não implantado</b>
<b>Avaliação Diagnóstica</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>77</b>	<b>Implantado</b>
<b>Instituição da terapêutica</b>	<b>13</b>	<b>02</b>	<b>15</b>	<b>Não implantado</b>
<b>Prevenção e promoção da saúde</b>	<b>30</b>	<b>06</b>	<b>20</b>	<b>Não implantado</b>
<b>Gestão dos sistemas de informação</b>	<b>10</b>	<b>04</b>	<b>40</b>	<b>Não implantado</b>
<b>Educação Permanente</b>	<b>10</b>	<b>00</b>	<b>00</b>	<b>Não implantado</b>
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>31</b>	<b>31</b>	<b>Atenção à HAS não implantada</b>

Quadro 03: Classificação da Equipe Amarela quanto ao grau de implantação da atenção à HAS, por componente analisado.

Associando ao fato de que apenas o tratamento medicamentoso está fortemente instituído para a equipe, pois as ações de prevenção e de promoção da saúde não são desenvolvidas com muita frequência, a terapêutica aos hipertensos acompanhados pela equipe amarela está fortemente comprometida.

Este estudo evidenciou que o grau de implantação da atenção à HAS nas equipes de saúde da família não é suficiente para que se tenha um impacto positivo na redução da incidência da doença, bem como sugere pouca qualidade do cuidado prestado aos portadores.

Em relação aos componentes estabelecidos para avaliação do processo de trabalho das equipes, destaca-se que as duas equipes tiveram maior grau de implantação no componente C (Avaliação Diagnóstica), entretanto os problemas de acesso aos exames e às consultas especializadas compromete o estabelecimento do diagnóstico preciso, bem como a adoção de metas terapêuticas adequadas ao perfil de risco dos pacientes.

As equipes não realizam a estratificação do risco cardiovascular e utilizam como tratamento prioritário a terapia medicamentosa, sendo evidenciada pouca abordagem para as modificações dos hábitos e estilos de vida que predispõe à ocorrência da HAS.

De acordo com as VI Diretrizes, do ano de 2010, as decisões terapêuticas para o tratamento da HAS têm como base a identificação dos riscos, para os pacientes com PA limítrofe (130-139 /85-89 mmHg) e baixo risco cardiovascular a abordagem para mudanças nos estilos de vida deverá ser a principal indicação durante seis meses, no máximo. Indica-se abordagem combinada ( não-medicamentosa e medicamentosa) para todos os outros perfis de pacientes portadores de HAS (riscos médios, altos ou muito altos, independentemente da PA).

Para proceder a estratificação dos riscos deve-se considerar além dos valores da PA (CESARINO et al., 2012):

(1) Fatores de risco maiores: diabetes mellitus (DM), tabagismo, dislipidemia, idade superior a 60 anos, gênero (homem ou mulheres pós-menopáusicas), história familiar de DCV (mulher abaixo de 65 anos ou homem abaixo de 55 anos);

(2) Lesões de órgãos-alvo e manifestações clínicas de DCV: doenças cardíacas (hipertrofia ventricular esquerda - HVE, angina ou IAM prévio, cirurgia de revascularização miocárdica (RM) prévia, insuficiência cardíaca congestiva - ICC); acidente vascular cerebral (AVC) ou ataque isquêmico transitório, nefropatia, doença arterial periférica e retinopatia;

A avaliação dos riscos possibilita evidenciar quais cuidados são necessários para o grupo de portadores de HAS, estabelecer metas terapêuticas, bem como identificar necessidades que podem extrapolar as responsabilidades da atenção primária.

Em relação aos sistemas de informações foram percebidas fragilidades e baixa confiabilidade no acompanhamento dos hipertensos pelos ACS das duas equipes, fato que pode estar relacionado à falta de supervisão do trabalho no território, falta de qualificação para manejo dos sistemas de informações, bem como provisão insuficiente dos impressos pela gestão municipal. Evidências também encontradas em outros estudos desenvolvidos sobre o SIAB em regiões do país (SILVA, 2005; BARBOSA, 2006; MARCOLINO, 2010).

Outro aspecto importante é a falta de valorização das informações geradas e não utilização destas como base para o planejamento do cuidado. Isto repercute no acompanhamento da população adstrita, comprometendo a avaliação das ações implementadas e garantia da resolutividade do trabalho das equipes.

Quanto aos aspectos organizacionais da gestão municipal da atenção primária foram percebidas dificuldades que se relacionam, principalmente, a falta de priorização da atenção ao agravo no planejamento institucional.

Os profissionais entrevistados relataram investimentos importantes no processo de expansão da Estratégia de Saúde na Família nos últimos anos, porém estes foram direcionados, principalmente, a construção de instalações próprias, o que vem garantindo infraestrutura adequada para funcionamento das unidades.

Entretanto, observou-se que materiais básicos, como estetoscópios, balanças, tensiômetros, em geral, encontram-se disponíveis, porém em condições de inadequação, insuficiência ou indisponibilidade, se considerada a sua indispensabilidade para atenção à HAS. Percebeu-se a irregularidade na manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos disponíveis, provisão insuficiente de impressos, materiais educativos e pouco apoio logístico para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde.

A falta de mecanismos facilitadores do deslocamento dos profissionais (apoiadores, supervisores e os profissionais das equipes), prejudica o desenvolvimento de atividades básicas previstas, tais como: visitas domiciliares, ações de promoção e educação em saúde, bem como das ações intersetoriais.

Os achados da pesquisa assemelham-se aos encontrados por Costa (2011), que realizou um estudo sobre atenção à HAS em unidades de saúde da família do Recife, identificando em relação à dimensão estrutura um nível crítico de implantação. Corroborando com Reiners (2008) pode-se afirmar que a infraestrutura adequada ao acompanhamento dos pacientes nas USF tem relação direta com a qualidade do cuidado, interferindo também na adesão ao tratamento.

Outro problema agravante é a baixa cobertura dos ACS no município que interfere principalmente no desenvolvimento das ações referentes aos componentes A e B (Rastreamento e Acolhimento/Vinculação).

Os mecanismos de captação dos portadores não são realizados de forma sistemática pelas equipes, sendo a identificação realizada prioritariamente por demanda espontânea. Não são desenvolvidas ações de rastreamento em pessoas ditas “saudáveis”, sendo que os ACS focalizam o trabalho no acompanhamento de portadores com altos riscos e realizam, de forma muito esporádica, atividades de prevenção de complicações e promoção da saúde. Recomenda-se que a população da área, em qualquer faixa etária, tenha acesso à verificação

da pressão arterial facilitado, entretanto, algumas barreiras de acesso ao procedimento foram: insuficiência de profissionais nas equipes de enfermagem e na assistência farmacêutica, bem como insuficiência de aparelhos ajustados por índice de massa corpórea.

Pinto e Fracoli (2010) destacam a importância de maiores investimentos no processo de qualificação dos ACS, inseridos nas equipes de saúde da família com a função primordial de desenvolver ações de educação e promoção da saúde, bem como a necessidade de “mudança do foco de atuação destes atores”, já que evidenciaram a incipiência das ações de promoção da saúde no cotidiano das práticas dos ACS.

Morosini (2007) afirma que a inserção dos ACS na equipe de saúde da família insere-se no campo de disputas de projetos de modelos de atenção. Pereira (2013) em um estudo de revisão da literatura que teve como objetivo avaliar as evidências disponíveis sobre o trabalho dos agentes comunitários de saúde e a promoção da saúde encontrou resultados semelhantes demonstrando no trabalho dos ACS a predominância do modelo tradicional da biomedicina, centrado na doença e nos fatores biológicos que resulta em uma atenção focal e fragmentada, distanciada da proposta da ESF.

Em referência aos exames e consultas com especialidades aponta-se a necessidade de maiores investimentos na atenção secundária, a fim de reduzir a dependência da rede conveniada e maior integração entre os serviços a fim de garantir a integralidade do cuidado, o que remete à necessidade de ofertar ações que atendam a todas as necessidades da população, incluindo a promoção, prevenção, cura e reabilitação (MENDES, 2011). Estas devem ser desenvolvidas em todos os serviços de saúde, independente da complexidade tecnológica.

De acordo com Brasil (2005), em regiões metropolitanas existem dificuldades para a implementação sucedida da lógica do trabalho em saúde da família, principalmente por conta do padrão de ofertas de serviços pautados pela fragmentação e especialização, por dificuldades de incorporação de modelos alternativos de práticas em saúde, bem como pela formação deficiente dos profissionais para atuação no SUS.

Apesar da Estratégia de Saúde da Família objetivar mudanças nas práticas, observou-se que os profissionais das duas equipes analisadas ainda pautam seus processos de trabalho embasados pelo modelo médico assistencial, o que pode ser evidenciado pela ênfase no acompanhamento individual em detrimento às ações de caráter coletivo, dificuldades em realizar ações de prevenção e promoção da saúde e rastreamento da HAS nos territórios, bem

como valorização da medicalização em detrimento às orientações para mudanças de hábitos e estilos de vida.

Articular o desenvolvimento de ações clínicas e de prevenção e promoção da saúde figura-se como um desafio para as equipes de saúde da família estudadas, tanto no que se refere às condições estruturais, pois foi evidenciada falta de infraestrutura, bem como em relação à formação dos profissionais, pouco aptos para atuação no campo da promoção da saúde e para o estabelecimento de relações dialógicas ou intersetoriais.

O processo de qualificação da atenção primária vem sendo confrontada com o perfil dos profissionais, por vezes despreparados para prestar cuidados contínuos e resolutivos à comunidade, de forma holística e humanizada. Buscando superar este obstáculo, gestores do SUS e das instituições acadêmicas vêm buscando estratégias que possibilitem uma formação que se aproxime às necessidades do SUS e da ESF, destacando-se: as mudanças curriculares nos cursos de graduação, incentivos à promoção de cursos de especialização na área da Saúde da Família e políticas específicas direcionadas à qualificação na área da saúde, com destaque para Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (FERRAZ, et al., 2012).

Aprovada no ano de 2003, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi uma das estratégias propostas pelo Ministério da Saúde para promover processos de educação dos profissionais do SUS, de forma contínua, tendo como eixo norteador a transformação do processo de trabalho e a mudança do modelo de atenção (CECIM, 2005; BRASIL, 2004).

Ações de educação permanente podem ser consideradas potentes para a qualificação da atenção à HAS, pela possibilidade de levar as equipes de saúde da família a refletirem sobre os desafios que o gerenciamento das doenças crônicas impõe, fomentar as discussões sobre o agir cotidiano, propiciar aproximação com os novos conhecimentos e avanços científicos, bem como das condutas terapêuticas que podem contribuir significativamente para mudar o estilo de vida e os comportamentos da população que levam a maior vulnerabilidade à HAS.

Outra estratégia de qualificação da atenção primária derivada da PNH é o “Apoio Institucional”, apontado como dispositivo de construção de espaços de análises e de reflexões que possibilitam intervenções no cotidiano dos serviços de saúde. Objetiva substituir o modelo de supervisão das equipes, sendo o apoiador institucional um potencializador de

espaços coletivos, de reflexões de saberes, de valores e das práticas em busca de mudanças coletivas (BRASIL, 2010b).

O apoio institucional é uma intervenção educativa, que juntamente com a política de EPS, tem potencial transformador das práticas na atenção primária. Para tanto, faz-se necessário entender que o papel do apoiador não deve se restringir a cumprir objetivos técnicos e gerenciais estabelecidos pela gestão.

Foram identificadas fragilidades em relação à participação da comunidade e controle social, não foi observado qualquer estímulo à participação social. As equipes identificaram como entraves ao processo de mobilização social a passividade da comunidade, que é fortalecida com a adoção de um modelo de saúde focado na doença, com o objetivo principal de assistir aos grupos programáticos (SORATTO, WITT, 2013). A inexistência de ações específicas para qualificar a atenção à HAS no município, mesmo o agravo sendo apontado como um dos mais prevalentes pela população resulta, em partes, da ausência de participação social na condução da política de saúde.

A qualidade da atenção aos portadores de HAS e as ações que objetivam reduzir sua incidência tem relação direta com a organização do processo de trabalho das equipes de saúde da família. Envolve várias dimensões do cuidado, mas também relaciona-se com as características individuais da população (aspectos socioculturais, estilo de vida, confiabilidade na equipe, etc.), características individuais dos portadores (adesão terapêutica, motivação para autocuidado), bem como à organização da rede de atenção (garantia de acessibilidade, atenção com qualidade, etc.).

As equipes de saúde da família têm uma dupla responsabilidade no que se refere à atenção à HAS: a redução da sua ocorrência e o acompanhamento regular dos portadores, segundo os principais documentos do Ministério da Saúde. Para isto, para além da utilização das abordagens tradicionais (prescritivas e medicamentosas), é necessária articulação de saberes de diversos campos do conhecimento para que se possa compreender de forma ampliada o processo do adoecimento, o que implicando em analisar a rede de determinações da doença.

A atuação eficaz com vistas ao controle da HAS depende do município assumir o controle das doenças crônicas não transmissíveis como prioridade, através de proposições estratégicas institucionalizadas, claras e validadas pelos profissionais de saúde.

Mendes (2012), que desenvolveu o Modelo de atenção às condições crônicas (MACC), com base em adaptações do Chronic Care Model (CCM) para o contexto do SUS, destaca a importância do fortalecimento da atenção multiprofissional, da articulação intersetorial para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e mudanças nas condições de vida da população.

De acordo com este autor, alguns modelos de atenção alternativos de proposições recentes têm sido implantados e avaliados nos EUA evidenciando a necessidade de adoção de sistemas de informações eficientes, sistemas de apoio e suporte às decisões das equipes, que podem ser potencializados através das diretrizes da Política de Educação Permanente em Saúde e da Política de Humanização com seus dispositivos (apoio institucional, colegiados de gestão, rodas de conversar, etc.).

Outro componente fundamental é o estímulo à participação comunitária para promoção do autocuidado e co-responsabilização que pode ser realizado a partir das orientações da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Sistema Único de Saúde (PNEPS – SUS).

## *7. CONSIDERAÇÕES FINAIS*

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposição da Estratégia de Saúde da Família como o dispositivo organizativo da atenção primária no Brasil insere-se em um campo de disputas políticas e teóricas dos diferentes modelos de atenção implantados nos diversos municípios. O debate sobre as potencialidades da Estratégia para promover mudanças nos modelos de atenção e consequentemente atuar de forma mais resolutiva sobre os principais problemas da população, através do ordenamento da rede de serviços implica em discutir alguns aspectos que dificultam sua operacionalização na prática.

A fragmentação do cuidado, priorização da atenção individual em detrimento às ações de caráter coletivo e de promoção da saúde, foco na atenção à demanda espontânea, baixa qualidade dos dados gerados pelos sistemas de informações, bem como a falta de acompanhamento longitudinal dos portadores de HAS apontam para a hegemonia da racionalidade médica no processo de trabalho das equipes de saúde da família que foram investigadas.

Da mesma forma, pode-se concluir que esta forma de organizar as ações nas unidades de saúde da família conduz à redução do objeto de trabalho a doenças, partes do corpo e procedimentos, realização de atividades parcelares e pouco complementares (não foi evidenciada coordenação das ações entre os diferentes profissionais), bem como a utilização da clínica como instrumento privilegiado de intervenção e foco na atenção médica.

Os resultados encontrados no estudo demonstram que apesar da atenção à HAS estar normatizada, existindo volume expressivo de publicações, o grau de implantação das ações tem relação direta com o modelo de atenção, ou seja, com os arranjos organizativos do sistema de saúde e dos processos de trabalho das equipes de saúde da família.

Aponta-se a necessidade de avaliações das práticas das equipes, através de mecanismos potencializadores de mudanças, com destaque para os processos de educação permanente e apoio institucional, dispositivos que objetivam evidenciar os problemas na organização dos serviços da APS e buscar soluções com vistas a atender as necessidades da população, dos trabalhadores e dos gestores, acionando movimentos de recomposição dos meios de trabalho, da reestruturação do trabalho propriamente dito e da redefinição das relações sociais e técnicas.

Outro aspecto relevante é a institucionalização de protocolos de atenção, com vistas a adequar o que é efetivamente realizado na prática clínica das equipes ao que está preconizado na literatura sobre o cuidado à HAS. É importante que os profissionais incorporem o princípio da corresponsabilidade sanitária, através da clínica ampliada, do estímulo à participação social e do estabelecimento de relações dialógicas entre trabalhadores, gestores e usuários em busca de projetos comuns.

A análise do contexto na busca de fatores influenciadores do grau de implantação da atenção à HAS possibilitou identificar como principais fragilidades as questões organizacionais da gestão municipal da APS, tais como: baixa cobertura da ESF e do PACS, pouco apoio logístico e técnico para as equipes, insuficiência dos insumos, equipamentos, ações de qualificação dos profissionais, dificuldades de acesso à rede de referência e pouca priorização do agravo nas ações planejadas, bem como inexistência de dotação orçamentária para lidar com o problema das doenças crônicas não transmissíveis.

Como aspectos facilitadores destacam-se a implantação do dispositivo do apoio institucional, investimentos nas instalações físicas e na contratação de novos profissionais.

Este estudo permitiu uma aproximação à dinâmica do trabalho em saúde da família para atenção à HAS, evidenciado distanciamento entre aquilo que está preconizado e ao que de fato se efetiva na prática. A implantação inadequada das ações previstas tem impacto direto no controle dos níveis pressóricos dos portadores, na evolução das complicações e na incidência da doença.

Considera-se que um dos caminhos possíveis para superar os desafios postos para a qualificação do cuidado à HAS na APS seja a constituição das redes de atenção, uma aposta recente do Ministério da Saúde, que tem o potencial de disparar transformações nos sistemas de saúde municipais, através da assunção da organização dos serviços de saúde com diferentes densidades tecnológicas em torno de objetivos comuns, de forma poliárquica, cooperativa e interdependente. Estes seriam corresponsáveis por determinados territórios e ordenados pela APS.

Nas redes de atenção, a APS tem papel fundamental e atua como elo entre os pacientes e a rede de serviços buscando garantir a integralidade do cuidado, através de fluxos comunicativos, do apoio técnico, logístico e de gestão, considerando as especificidades dos territórios.

Além da implantação das redes de atenção, a integração de outras políticas ministeriais, tais como a PNH, PNEPS, PNPS e Política de Educação Popular em Saúde podem se constituir como caminhos para o enfrentamento do problema complexo que é o controle da HAS.

Não se trata aqui de defender as proposições apresentadas pelos diversos teóricos da saúde coletiva existentes no Brasil, mas como afirma Paim (1999), torna-se imperioso diante da conjuntura epidemiológica do Brasil atual identificar as combinações tecnológicas adequadas para o cuidado aos portadores de doenças crônicas, visando a promoção da saúde, a qualidade de vida, com resolutividade. Apesar das potencialidades da Estratégia de Saúde da Família, este estudo aponta para necessidade de priorização da atenção à HAS, como da adoção de novas forma de atuação das equipes com vistas à qualificação do cuidado aos portadores nos devidos territórios.

## *8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AQUINO, R. et al. **Estratégia saúde da família e reordenamento do sistema de serviços de saúde**. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de (Org.). Saúde Coletiva: Teoria e Prática. 1ed. Rio de Janeiro: Medbook, Editora Científica Ltda., 2013, v.01.
2. ARANTES, R. B. **Avaliação da assistência pré-natal: em foco a estrutura e o processo assistencial**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2014. 128p.
3. ARAÚJO, L. C. L. de; SILVA, E. V. da. **Avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em pacientes atendidos na Unidade de Saúde de Cacalzinho de Goiás**. Rev. Tempus Actas Saúde Coletiva. Vol. 4, N 3 (2010).
4. BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.
5. BARBOSA, D.C.M. **Sistemas de informação em saúde: a percepção e a avaliação dos profissionais diretamente envolvidos na atenção básica de Ribeirão Preto /SP** [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2006.
6. BARBOSA, R.G.B.; LIMA, N.K.C. **Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo**. Rev. Bras. Hipertens. 2006; 13(1):35-38.
7. BARRETO, N.D.M. et al. **Prevalência da hipertensão arterial nos indivíduos de raça negra**. Arquivos Brasileiros de Medicina, v. 67, n. 6, p. 449-51, 1993.
8. BLOCH, K. V. et al. **Concordância em casais de HA, obesidade e tabagismo**. Arq. Bras. Cardiologia, 2003; 80: 171-78.
9. BRASIL. **Enfrentando o Desafio das Doenças Não Transmissíveis no Brasil**. Ministério da Saúde: Relatório No. 32576-BR. 2005a.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011a.148 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.297 p. : il. – (Série G. Estatística e Informação em

Saúde)

12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2007 : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília : Ministério da Saúde, 2009a. 136 p. : il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde)
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.554 p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde)
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 150 p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde)
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 64 p.: il. color. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 545/GM, de 20 de maio de 1993. **Norma Operacional Básica do SUS: NOB-SUS 01/93**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 24 maio 1993 Seção I, p. 6961
17. BRASIL, Ministério da Saúde. **A Implantação da Unidade de Saúde da Família**/Milton Menezes da Costa Neto, org. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000, 44 p.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010b.256 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS, v. 2).
19. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011b.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 95/GM, de 26 de janeiro de 2001. **Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, Seção I, p. 15 29 set. 2001a.

21. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus** / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo**. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001c. 96 p. il. (Cadernos de atenção Básica, 7).
23. BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 58 p. (Cadernos de Atenção Básica; 15) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
24. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 371/GM. **Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, publicado no DOU n.º 44, de 06/3/2002, Seção 1, página 88, 2002.
25. BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro** / Brasil. Ministério da Saúde – Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2005b.
26. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização Formação e Intervenção**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização-Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 242p.- (Série B. Textos Básicos de Saúde). Cadernos de HumanizaSUS,v.01
27. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde. 3ed.Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.
28. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.
29. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2011 : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 132 p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

30. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.152 p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
31. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 210p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
32. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.
33. BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados** / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; [elaborado por Sarah Escorel (Coord.); Lígia Giovanella; Maria Helena Mendonça; Rosana Magalhães; Mônica de Castro Maia Senna]. – 2. ed. atual. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005d , 210 p.: il. color.– (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
34. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010d. 95 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 29).
35. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **e-SUS Atenção Básica : manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada : CDS [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria-Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
36. BUSS, P. M. **Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde**. In: CZERESNIA, Dina. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
37. CARVALHO, A. L. M. et al. **Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI)**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2012, vol.17, n.7, pp. 1885-1892. ISSN 1413-8123.
38. CHAMPAGNE, F. **Análise de Implantação**. In: BROUSSELLE A, CHAMPAGNE F, CONTANDRIOPOULOS AP, HARTZ Z, organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011, Cap 03
39. CHIAVENATO, I. **Administração nos novos tempos**. 9.ed. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 2000.
40. COELHO, E.B., NOBRE, F. **Recomendações práticas para se evitar o abandono do**

- tratamento anti-hipertensivo.** Rev. Bras. Hipertens, 2006; 13 (1): 51-54.
41. CONTANDRIOPOULOS et al. **A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos.** In: In: Hartz, ZMA. (org.) Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais á prática da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.p. 27-47.
  42. COSTA, J. M. B. da S.; CARVALHO, E. F. de; SILVA, M. R. F. da. **Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de saúde da família do município do Recife (PE, Brasil).** Ciência & Saúde Coletiva, 16(2):623-633, 2011.
  43. CECCIM, R.B. **Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário.** Interface Comum Saúde Educ. 2005; 9 (16):161-8.
  44. CESARINO, E. J. et al. **Avaliação do risco cardiovascular de indivíduos portadores de hipertensão arterial de uma unidade pública de saúde.** Einstein (São Paulo) [online]. 2012, vol.10, n.1, pp. 33-38. ISSN 1679-4508.
  45. DENIS, J L; CHAMPAGNE, F. **Análise de implantação.** In: Hartz, ZMA. (org.) Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais á prática da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 49-88.
  46. DRAGER, L. F., KRIEGER, J. E.. **A genética das síndromes hipertensivas endócrinas.** Arq. Bras. Endocrinol. Metab. [online]. 2004, vol.48, n.5, pp. 659-665. ISSN 0004-2730. Disponível em:< <http://www.scielo.br/revistas/abem/paboutj.htm>>, Acesso em: 23/06/2013.
  47. FACCHINI, L.A et al. **Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, set. 2006.
  48. FARIA, H.P. de.(et al.). **Modelo assistencial e atenção básica.** 2.ed.-Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Seção 2, 31-45p.
  49. FELISBERTO, E. et. al. **Avaliação do processo de implantação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância no Programa Saúde da Família, no Estado de Pernambuco, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(6):1737-1745, Nov-Dez, 2002
  50. FERREIRA, S.R.G. et al. **Epidemiologia da hipertensão arterial associada à obesidade.** Revista Brasileira Hipertensão, Vol. 7, No 2, Abril/Junho de 2000.
  51. GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M.H.M. **Atenção Primária à Saúde.** In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, P. 575-626.
  52. GÓES, E. L. A.; MARCON, S. S. **A convivência com a hipertensão arterial.** Revista Acta Scientiarum, Maringá, v. 24, n. 3, p. 819-829, 2002.
  53. GUS, I. et al. **Prevalência, Reconhecimento e Controle da Hipertensão Arterial**

- Sistêmica no Estado do Rio Grande do Sul.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia. v. 83, n. 5, 2004.
54. HARTMANN, M. et al. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados: um estudo de base populacional em mulheres no Sul do Brasil. Cadernos de Saúde Pública. v. 23, n.8, p.1857-1866, 2007.
55. HARTZ, Z.M.A. (org.). Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p. ISBN 85-85676-36-1. Available from SciELO Books; <http://books.scielo.org>. Acesso em 23/04/2013.
56. HELENA, E. T. de S.; NEMES, M. I. B. e ELUF-NETO, J. **Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em Unidades de Estratégia Saúde da Família.** Saúde e sociedade [online]. 2010, vol.19, n.3, pp. 614-626. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em 17/03/2013.
57. HOEPFNER, C.; FRANCO, S. C.. Inércia clínica e controle da hipertensão arterial nas unidades de atenção primária à saúde. Arq. Bras. Cardiol. [online]. 2010, vol.95, n.2, pp. 223-229. Disponível: < <http://www.scielo.br/revistas/abc/paboutj.htm>> Acesso em: 03/01/2013.
58. IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível em <http://cod.ibge.gov.br/1GL7>. Acesso em 22/03/2013.
59. IPEA. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil.** Fundação João Pinheiro: Rio de Janeiro: 2013. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/o>. Acesso em: 15/04/2014.
60. KAUARK, F. **Metodologia de Pesquisa: guia prático** / Fabiana Kauark, Fernanda Castro Manhães e Carlos Henrique Medeiros. Itabuna: Via Literatum, 2010.
61. KEARNEY, P. M. M.D., et al. **A carga global de hipertensão: análise de dados em todo o mundo.** The Lancet, Vol. 365 No. 9455 p. 217-223, Jan, 2005
62. KLEIN, C. H. et al. **A Prevalência da Hipertensão Arterial na Ilha do Governador, Rio de Janeiro, Brasil.** Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, II (3): 389-394, Jul/Sep, 1995.
63. LAGUARDIA, Josué. **Raça, genética & hipertensão: nova genética ou velha eugenia?.** Hist. cienc. saúde-Manguinhos [online]. 2005, vol.12, n.2, pp. 371-393. ISSN 0104-5970.
64. LESSA I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis.** São Paulo: Hucitec; 1998
65. LESSA, I. **Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil.** Rev. Bras. Hipertens vol. 8(4): outubro/dezembro de 2001.
66. LESSA, I.; MENDONÇA, G. A. S; TEIXEIRA, M. T. B. **Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil: dos fatores de risco ao impacto social.** Boletín de la Oficina Sanitária Pan-Americana (OSP);120(5):389-413, Mayo 1996.

67. LIMA, L. L.; MOREIRA, T. M. M.; JORGE, M. S. B. **Produção do cuidado a pessoas com hipertensão arterial: acolhimento, vínculo e corresponsabilização.** Rev. bras. enferm. [online]. 2013, vol.66, n.4, pp. 514-522.
68. MALFATTI C.R. M; ASSUNÇÃO A.N **Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família.** Ciência & Saúde Coletiva, 16(Supl. 1): 1383-1388 2011.
69. MARCOLINO, J. de S; SCOCHI, M. J. **Informações em saúde: o uso do SIAB pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família.** Rev. Gaúcha Enferm. 2010, vol.31, n.2, pp. 314-320. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n2/16.pdf>. Acesso em Jan/2013.
70. MEDINA, F.G. et al. **Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais.** In: HARTZ, Z.M. de A.; VIEIRA-DA-SILVA L.M. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.** Salvador: EDUFBA, 2005.
71. MEDINA, M.G. **O contexto local, a organização da atenção primária e a implementação de redes integradas de atenção à saúde: resultados da avaliação de dois estudos de caso.** [Tese de doutorado: orientadora Zulmira Maria de Araújo Hartz.] Salvador, Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. 2006.
72. MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde.** / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf>. Acesso em 04/07/2014.
73. MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da saúde da família.** Brasília: OPAS, 2012. 512p.
74. MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://www.cff.org.br>>. Acesso em 04/07/2014.
75. MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2010, vol.15, n.5, pp. 2297-2305. Disponível em:< [http://www.conass.org.br/pdf/Redes\\_de\\_Atencao.pdf](http://www.conass.org.br/pdf/Redes_de_Atencao.pdf)> Acesso em 13/07/214.
76. MENDES-GONÇALVES, R.B. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades.** São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde, Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo; 1992. (Cadernos CEFOR, 1 - Série Textos).
77. MENDES-GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde.** São Paulo: Hucitec; 1994.

78. MERHY, E.E., CECÍLIO, L.C.O., NOGUEIRA, R.C. **Por um modelo tecnoassistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as Conferências de Saúde.** Saúde debate;(33):83-9, dez. 1991
79. MERHY, E.E.; MALTA,D.C.; SANTOS, F.P. **Desafios para os gestores do SUS, Hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira e a potência transformadora da gestão.** In: Freese, E. (org.). **Municípios: a gestão da mudança em saúde.** Recife-PE:UFPE, 2004.Disponível em: <[www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-30.pdf](http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-30.pdf)>, Acesso em 25/01/2013.
80. MINAYO, MARIA CECÍLIA DE SOUZA. Hipertensão, diabetes, obesidade e outros males do Brasil contemporâneo. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2014, vol.19, n.6, pp. 1640-1641. ISSN 1413-8123.
81. MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB .** Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABSBA.def>. Acesso em 30/012013.
82. MOLINA, M.C.B; CUNHA, R.S., HERKENHOFF, F.L., MILL, J.G. **Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana.** Revista Saúde Pública 2003;37(6):743-50.
83. MORAES, ALINE ALEXANDRA IANNONI DE; GONZAGA, CAROLINA; AMODEO, CELSO. **Hipertensão arterial em afrodescendentes.** [Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo](http://www.scielo.br/revsoccardiol);22(2):40-44, abr.-jun. 2012.
84. MOROSINI, M.V.G.C; CORBO A.D.A. (Orgs.). **Modelos de atenção e a saúde da família.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. P. 27-41. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br>, acesso em 22/12/2012.
85. MS/SVS/CGIAE - **Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.** Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10ba.def>. Acesso em: 30/01/2013.
86. NEMES, M.I.B. **Ação Programática em Saúde: recuperação histórica de uma política de programação.** In: SCHRAIBER, L. B. (Org.). **Programação em Saúde Hoje.** 2 ed. São Paulo. HUCITEC,1993.
87. NOVAES H. M. D. **Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde.** Rev. Saúde Pública, 34 (5): 547-59, 2000. Disponível em:< [www.fsp.usp.br/rsp](http://www.fsp.usp.br/rsp)> Acesso em Dez/2013.
88. NUNES, C.A. **A Integralidade da atenção e o Programa de Saúde da Família: estudo de caso em um município do interior da Bahia.** Salvador, 2011. Tese (Doutorado). Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.
89. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL

- DA SAÚDE. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde.** Goulart, F. A. de A(org.). 91p.Brasília, 2011.
90. OSHIRO, M. de L.; CASTRO, L.L.C; CYMROT, R. **Fatores para não-adesão ao Programa de Controle da Hipertensão Arterial em Campo Grande, M.S.** Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl., 2010;31(1):95-100.
91. PAIM, J. S. *Modelos de atenção e vigilância da saúde.* In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**, Rio de Janeiro. MEDSI: 2003, 6 ed., p. 567-71
92. PAIM, J.S. **Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde.** Notas para discussão nos Seminários Temáticos Permanentes –ANVISA/ISC-UFBA. Brasília, 28/03/2001.
93. PAIM, J.S. **Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: Giovanella, L (org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008, p. 547-576.
94. PASSOS, V.M.A; ASSIS, T.D.; BARRETO, S.M. **Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional.** Epidemiol. Serv. Saúde. 2006;15(1):35-45.
95. PEDROSA. I.C.F. **A infraestrutura de unidades básicas de saúde do município de Cuiabá-MT e sua relação com as práticas do enfermeiro** [dissertação]. Cuiabá: Universidade Federal de Mato Grosso; 2011. 122 p.
96. PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação** [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.
97. PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população.** / Marina Peduzzi. – São Paulo, 2007. Capítulo II, 18-41p.
98. PEREIRA, I. B.. **Dicionário da educação profissional em saúde** / Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.
99. PEREIRA, I. C. ; OLIVEIRA, M. A. de C. **O trabalho do agente comunitário na promoção da saúde: revisão integrativa da literatura.** Rev. bras. enferm. [online]. 2013, vol.66, n.3, pp. 412-419. ISSN 0034-7167.
100. PINTO, A.A.M.; Fracolli, L.A. **O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da promoção da saúde: considerações práticas.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010 out/dez;12(4):766-9
101. RABETTI, A. C; FREITAS, S. F.T. **Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica.** Rev. Saúde Pública 2011; .45(2):258-68

102. SAMICO, I; FELISBERTO, E., FIGUEIRÓ, A.C.; FRIAS, P.G. (organizadores). **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: Editora Medbook; 2010.
103. REINERS, A. A. O.; AZEVEDO, R. C. de S.; VIEIRA, M. A.; ARRUDA, A. L. G. de. **Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2008, vol.13, supl.2, pp. 2299-2306. ISSN 1413-8123.
104. RIBEIRO, Amanda Gomes et al. **Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família**. *Rev. Nutr.* [online]. 2012, vol.25, n.2, pp. 271-282. Disponível:< <http://www.scielo.br/pdf/rn/v25n2/09.pdf>>. Acesso em Dez/2013.
105. SALA, A. et al **Avaliação da efetividade do controle da hipertensão arterial em unidade básica de saúde**. *Rev. Saúde Pública*, 30 (2), 1996.
106. SANTOS, F. P. dos A.; NERY, A. A.; MATUMOTO, S. **A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde**. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2013, vol.47, n.1, pp. 107-114. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a14v47n1.pdf>>. Acesso em: Fev./2013.
107. SCHMIDT *et al.* **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais**. *Saúde no Brasil 4* Publicado online, 9 de maio de 2011 DOI:10.1016/S0140-6736(11)60135-9 The Lancet. Disponível:< <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>> Acesso em: Dez/2013.
108. SILVA, A. S. da ; LAPREGA, M. R. **Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil**. *Cad. Saúde Pública*. 2005, vol.21, n.6, pp. 1821-1828.
109. SILVA, A.S.; LAPREGA, M.R. **Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil**. *Cad. Saúde Pública*. 2005;21(6):1821-8.
110. SILVA, Christiana Souto et al. **Controle pressórico e adesão/vínculo em hipertensos usuários da Atenção Primária à Saúde**. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2013, vol.47, n.3, pp. 584-590.
111. SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. **Health Evaluation: Problemas and Perspectives**. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 10(1): 80-91, Jan/Mar, 1994.

- 112.SILVA, Livia Angeli. **Avaliação do grau de implantação da Estratégia Saúde da Família em municípios de pequeno porte.** 2011. Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié-BA.
- 113.SIMONETTI, JP et al. **Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos.** Revista Latino- Americana de Enfermagem, Porto Alegre (RS) 2002, Maio/Jun.; 10(3):415-422.
- 114.SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** Arq. Bras. Cardiol. 2010; 95(1 supl.1): 1-51
- 115.SORATTO, J. ;WITT, R. R.. **Participação e controle social: percepção dos trabalhadores da saúde da família.** *Texto contexto - enferm.* [online]. 2013, vol.22, n.1, pp. 89-96.
- 116.SOUSA, L. B. de; SOUZA, R. K. T. de; SCOCHI, M. J. **Arterial hypertension and family care: care provided to hypertensive individuals in a small municipality in Southern Brazil.** Arq. Bras. Cardiol. [online]. 2006, vol.87, n.4, pp. 496-503.
- 117.SOUSA, Luciano Burigo de; SOUZA, Regina Kazue Tanno de e SCOCHI, Maria José. **Arterial hypertension and family care: care provided to hypertensive individuals in a small municipality in Southern Brazil.** Arq. Bras. Cardiol. [online]. 2006, vol.87, n.4, pp. 496-503.
- 118.SOUSA, P.; PEREIRA, M. Graça. **Intervenção na hipertensão arterial em doentes em cuidados de saúde primários.** Psic., Saúde & Doenças [online]. 2014, vol.15, n.1, pp. 244-260. ISSN 1645-0086.
- 119.SOUZA, M.L.P; GARNELO, L. **“É muito dificultoso!”: etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup. 1: S91-S99, 2008.
- 120.STEWART, M.J.et alii. **Cardiovascular effects of cigarette smoking: ambulatory blood pressure and blood pressure variability.** J Hum Hypertens. 1994;8:19-22
- 121.TADDEI, C. F. G.et alii. **Estudo Multicêntrico de Idosos Atendidos em Ambulatórios de Cardiologia e Geriatria de Instituições Brasileiras.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia. v. 69, nº 5, p. 327-333, 1997.Acesso em Jan.2013.
- 122.TARDIDO,A.P.; FALCÃO, M.C. **O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade.** Ver. Bras. Nut. Clin. 2(21):117-124, 2006.
- 123.TEIXEIRA, C. F. **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família/** Autores: Carmem Teixeira, Jorge Solla- Salvador: EDUFBA, 2006a.

124. TEIXEIRA, C. F. ; VILASBÔAS, A. L. Q. . **Modelos de atenção à saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação?**. In: Paim, J.S.; Almeida-Filho, N. de. (Org.). **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. 1ed. Rio de Janeiro: Medbook Editora Científica Ltda., 2013, v.01 , p. 287-301.
125. TEIXEIRA, C.F.; PAIM J; VILASBOAS A.L.Q. **SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde**. *Jesus*, VII (2), Abr/Jun, 1998.
126. TEIXEIRA, CF., SOLLA, JP. **Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família [online]**. Salvador: Editora EDUFBA, 2006b. 237 p. Sala de aula series, nº3. Disponível em: < <http://books.scielo.org/id/f7> >. Acesso em dez.2013.
127. VIANA, A.L.D.; DAL POZ, M.R. **A Reforma Do Sistema De Saúde No Brasil E O Programa De Saúde Da Família**. *PHYSIS: Ver. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 8 (2):11-48,1998.
128. VIEIRA DA SILVA, L.M. **Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde**. In: **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**/Zulmira Maria de Araújo Hartz, Lígia Maria Vieira da Silva (organizadoras). Salvador: EDUFBA: Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. P. 15-39.
129. VILASBÔAS, A.L.Q. **Prática de planejamento e implementação de políticas de saúde no âmbito municipal** [Tese de Doutorado]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia; 2006.
130. WERNECK, M. A. F. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço**. Marcos Azeredo Furkim Werneck, Horácio Pereira de Faria e Kátia Ferreira Costa Campos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.
131. WOLF-MAYER, K. et alii. **Hypertension treatment and control in five European Countries, Canada and the United States**. *Hypertens.* v. 43, p. 10-17, 2004. Disponível em: < <http://hyper.ahajournals.org/content/43/1/10.long> >. Acesso em 13/06/ 2013.
132. WORTHEN, B R; SANDERS, J R. **O objetivo, os usos e as distinções conceituais básicos da avaliação**. In: WORTHEN, B. et al (Org). **Avaliação de programas: concepções e práticas**. Tradução: Azevedo, D. São Paulo: Gente; 2004.p. 33- 58.
133. YIN, R.K. **Estudo de caso-planejamento e métodos**. Ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

**APÊNDICE A: ROTEIRO DAS ENTREVISTAS**  
**PROFISSIONAIS DAS USF (ENFERMEIROS, MÉDICOS, ODONTÓLOGOS, ACS)**

1. Vocês conhecem as propostas e projetos da Secretaria Municipal de Saúde direcionadas ao controle da HAS? Quais são elas?
2. Como a equipe organiza estas ações no seu cotidiano? Quais informações utiliza/ sistemas de informações?
3. Em uma semana típica da USF, descreva as atividades que se relacionam ao cuidado da HAS?
4. Como ocorre a captação dos pacientes com suspeita de HAS na unidade? Existe algum fluxo definido para os pacientes suspeitos e ou portadores de HAS na unidade?
5. Como a gestão apoia o desenvolvimento das ações direcionadas ao controle da HAS na USF?
6. Existem alguma participação ou apoio das instâncias de controle social? De que forma?
7. De que forma ocorre a identificação dos sintomáticos de HAS na USF?
8. Como a equipe avalia o papel dos ACS em relação às ações de controle da HAS? Estes profissionais estão capacitados para desenvolver as ações? Justifique.
9. Acompanhamento do retorno às consultas e busca ativa dos faltosos? De que forma?
10. Os exames indicados pelo M.S. estão disponíveis na rede ( Eletrocardiograma (ECG) convencional e Rx de tórax, dosagem de microalbuminúria de 24 horas, hemoglobina glicada, proteinúria de 24 horas)? Os portadores têm acesso?
11. Qual papel dos Técnicos de Enfermagem em relação às ações de controle da HAS? A ESF desenvolve ações de capacitação destes profissionais? Qual a periodicidade?
12. A ESF desenvolve ações de promoção da saúde com foco no controle da HAS? Qual periodicidade? Quais temas são abordados? Existem registros destas ações?
13. Quais as facilidades e dificuldades encontradas no desenvolvimento das ações direcionadas ao controle da HAS na USF?
14. Vocês se sentem capacitados e com habilidades suficientes para o desenvolvimento das ações direcionadas ao controle da HAS? Por que?

**APÊNDICE B: ROTEIRO DAS ENTREVISTAS**  
**PROFISSIONAIS DA GESTÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

1. Quais são as proposições e projetos da secretaria de saúde para o controle da HAS ? E na Estratégia de Saúde da Família?
2. Existem documentos formalizados tais como: plano de trabalho, proposta de programa, manual ou protocolo que normatize as ações de controle da HAS na ESF?
3. Existem recursos financeiros suficientes para o desenvolvimento das ações? De que forma ocorre o gerenciamento destes recursos?
4. Existem insumos suficientes para a implantação das ações nas USF? De que forma ocorre o gerenciamento destes insumos?
5. Como a equipe da gestão se organiza para implantar e monitorar as ações nas USF? Quais informações utiliza?
6. Qual o papel das instâncias de controle social em relação ao controle da HAS nas USF?
7. Existem facilidades e dificuldades para implantação das ações propostas para nas USF? Cite pelo menos 03 de delas e justifique.

**APÊNDICE C: ROTEIRO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL**

1. A ESF realiza o cadastramento dos pacientes diagnosticados no SIAB e HIPERDIA?
2. Este cadastro está atualizado?
3. Existem proposições visando o controle da HAS definidas no Plano Municipal de Saúde? Quais são elas?

## APÊNDICE D: ROTEIRO PARA ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS

ESF:

Data da consulta	Número do prontuário	Tipo de consulta: Médica ( M ) Enfermagem ( E )	Questões
			<p>O profissional aferiu a TA do paciente antes da consulta? ( ) Sim ( ) Não</p> <hr/> <p>Foi realizada a avaliação clínica inicial com levantamento da história clínica e exame físico? ( ) Sim ( ) Não</p> <hr/> <p>O paciente foi encaminhado para investigação laboratorial inicial e complementar? ( ) Sim ( ) Não</p> <hr/> <p>Foi realizada a estratificação do risco através da pesquisa da presença dos fatores de risco e lesões em órgão-alvo ( ) Sim ( ) Não</p> <hr/> <p>Foi realizada a solicitação de exames complementares se caso suspeito de complicações ou comorbidades? ( ) Sim ( ) Não</p>

## **APÊNDICE E: ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DA USF E PROCESSO DE TRABALHO DA ESF**

1. Adequação do espaço físico das USF: acolhimento, consultas, atividades educativas, farmácia;
2. Equipamentos disponíveis e recursos áudio visuais;
3. Disponibilidade de materiais educativos: folders, cartazes, álbum seriado, cartilhas, etc.
4. Materiais e equipamentos necessários aos atendimentos nos casos de urgência e emergência hipertensiva
5. Disponibilidade dos impressos dos SIS HIPERDIA E SIAB
6. Disponibilidade de medicamentos do componente básico da assistência farmacêutica indicados para o tratamento da HAS, incluindo as urgências e emergências;
7. Na USF existe rotina de aferição da pressão arterial em indivíduos da demanda espontânea da unidade de saúde, incluindo crianças, gestantes e idosos?
8. Os profissionais realizam:
  - Aconselhamento para mudanças no estilo de vida com vistas ao controle do peso e incentivo ao consumo de frutas, fibras e minerais, hortaliças e laticínios? De que forma?
  - Aconselhamento para mudanças no estilo de vida com vistas à redução do consumo de sódio?
  - Aconselhamento para mudanças no estilo de vida com vistas à redução do consumo de gorduras?
  - Aconselhamento para mudanças no estilo de vida com vistas à redução e/ou controle do etilismo e do tabagismo?
  - Aconselhamento para mudanças no estilo de vida com vistas ao incentivo às práticas de atividades físicas regulares?
  - As ESF desenvolvem atividades de grupos para os portadores de HAS e/ou comunidade? Qual a periodicidade

**APÊNDICE F****TERMO DE SOLICITAÇÃO DE ANUÊNCIA PARA O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE**

Solicito a autorização para realização no município da pesquisa intitulada: “ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ESTUDO DE CASO DE UM MUNICÍPIO DO ESTADO DA BAHIA”, de autoria de Verônica Copque Silva, estudante regular do mestrado acadêmico em saúde comunitária e orientação da professora Ana Luiza Queiroz Vilasbôas.

A pesquisa tem por objetivo analisar os fatores que influenciam na implantação das ações que visam o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica nas Unidades de Saúde da Família do município.

A coleta de dados será realizada mediante análise documental do plano municipal de saúde e outros documentos institucionais da atenção básica referentes ao agravo, bem como através de entrevistas com técnicos que atuam na gestão da atenção básica e nas unidades de saúde da família. Estas serão escolhidas mediante indicação da gestão da atenção básica.

As informações coletadas serão utilizadas exclusivamente para a finalidade da pesquisa. A participação na pesquisa é voluntária, podendo ser interrompida pelos participantes em qualquer momento da coleta dos dados. Cabe esclarecer que a participação na pesquisa não envolve benefícios ou despesas financeiras aos entrevistados.

A profissional responsável pela pesquisa poderá ser contatada em qualquer etapa do processo de investigação através do Tel: 9961-4053 e email: [veucopque@hotmail.com](mailto:veucopque@hotmail.com). Para fins acadêmicos ao final do processo serão emitidos relatórios aos gestores para apresentar os resultados e também serão elaborados artigos científicos.

Atenciosamente,

---

Verônica Copque Silva

Parecer do secretário: Favorável ( ) Desfavorável ( ) Especificar os motivos:

-----  
Assinatura e carimbo do Secretário Municipal de Saúde

## APÊNDICE G: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

O presente estudo intitulado: “ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ESTUDO DE CASO DE UM MUNICÍPIO DO ESTADO DA BAHIA”, de autoria de Verônica Copque Silva, estudante regular do mestrado acadêmico em saúde comunitária, orientação da professora Ana Luiza Queiroz Vilasbôas, tem por objetivo analisar os determinantes contextuais do grau de implantação das ações de controle da HAS nas Unidades de Saúde da Família em um município do Estado da Bahia.

A coleta de dados será realizada mediante análise de documentos institucionais da Secretaria Municipal de Saúde e das Unidades de Saúde da Família eleitas, a partir de questões norteadoras sobre a implantação das ações de controle da HAS e entrevistas com técnicos que atuam na gestão da atenção básica e nas unidades. As informações coletadas serão utilizadas exclusivamente para a finalidade da pesquisa.

A participação é voluntária, podendo ser interrompida pelos participantes em qualquer momento da coleta dos dados. Cabe esclarecer que a participação na pesquisa não envolve benefícios ou despesas financeiras aos entrevistados. A profissional responsável pela pesquisa poderá ser contatada em qualquer etapa do processo de investigação através do Tel: 9961-4053 e email: [veucopque@hotmail.com](mailto:veucopque@hotmail.com).

Para fins acadêmicos e ao final do processo serão produzidos relatórios e artigos científicos para apresentar os resultados aos interessados.

### DECLARAÇÃO

Eu----- informo ter sido suficientemente informado a respeito da pesquisa intitulada “Análise de implantação das ações de controle da HAS na Estratégia de Saúde da Família: estudo de caso de um município do Estado da Bahia”, desenvolvido pela aluna Verônica Copque Silva do Mestrado em Saúde Comunitária do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Minha decisão em participar da pesquisa é voluntária, sendo claros os propósitos da pesquisa, bem como os procedimentos a serem realizados. Também fui esclarecido sobre a confiabilidade das informações e da isenção de despesas. Ficou claro que posso retirar meu consentimento em qualquer momento da pesquisa sem qualquer penalidade ou prejuízos. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o consentimento livre esclarecido do informante acima para participação neste estudo.

-----, -----de ----- de ----

-----  
Assinatura do entrevistado

-----  
Verônica Copque Silva  
Pesquisadora

**APÊNDICE H: QUADRO 1: MATRIZ DE ANÁLISE DA AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DA ATENÇÃO À HAS EM EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Legenda: Componente não implantado: NI    Componente parcialmente implantado: PI    Componente implantado: I

COMPONENTE A	ATIVIDADES	PONTUAÇÃO	EVIDÊNCIAS EQUIPE AMARELA	PONTOS	EVIDÊNCIAS EQUIPE VERDE	PONTOS
RASTREAMENTO (12 pontos)	Medição da PA de indivíduos não portadores residentes na área de abrangência da equipe	04 Pontos	Não realiza	00	A identificação de novos casos da HAS é feita durante as visitas domiciliares pelos ACS. Foi destacado que existe a preocupação em investigar os familiares de portadores, por conta da predisposição genética. Entretanto, a incipiência de ações educativas na comunidade não favorece uma abordagem populacional mais ampla para que seja realizado o rastreamento da HAS. Os ACS tiveram dificuldades para compreender o que seria a realização do rastreamento, alguns deles sinalizaram que começaram a trabalhar nas áreas sem o treinamento introdutório por isso, eles têm	00

					<p>algumas dificuldades para compreensão da lógica da ESF e do trabalho programático.</p> <p>A equipe utiliza a lógica a abordagem individual para aqueles que podem ser classificados como de alto risco. Mas não realizam rastreamento, que implica em avaliar pessoas saudáveis.</p> <p>“Os pacientes com risco são identificados pelos ACS, através deles e também quando eles trazem alguma demanda nova de alguém que não conhecemos.” “(Odontóloga)”</p>	
	Identificação de queixas (cefaleia, tontura, etc. ) durante as visitas domiciliares	01 Ponto	“Nas visitas a gente pergunta se tem HAS ou DM, observa as queixas, tira a pressão e encaminha para a unidade..” ACS 1	01	“Os pacientes com risco são identificados pelos ACS, através deles e também quando eles trazem alguma demanda nova de alguém que não conhecemos”	01

			<p>“ A gente pergunta se tem receita e vê se é realmente ou não HAS.”ACS 2</p>		<p>(Odontologa)</p> <p>“Fazemos busca ativa através de Visitas Domiciliares dos ACS, através de palestras nas comunidades e incentivando a população a comparecer no posto para investigação.”(Médico)</p> <p>“Na visita, pergunto aos familiares se eles têm hipertensão ou tem algum sintoma” (ACS 01)</p>	
	Encaminhamento dos casos suspeitos para diagnóstico na USF	04 Pontos	<p>“...para os pacientes que não vem a unidade os ACS trazem as demandas, dos que não conseguiram marcar ou que tiveram algum problema, para facilitar. Eles passam pela triagem, medem pressão e glicemia e passam pelo</p>	04	<p>“Adotamos várias medidas, por exemplo busca ativa, eu faço isso através de visitas domiciliares, quando a gente faz atividades educativas nas comunidades a gente verifica a pressão e chama a atenção para os sintomas fatores de risco sempre pedindo que os pacientes estejam indo ao posto fazer a medida e</p>	04

			<p>médico, enfermeira ou odonto, o fluxo seguido é para todos os pacientes. Os pacientes com risco são identificados pelos ACS, através deles e também quando eles trazem alguma demanda nova de alguém que não conhecemos.” (Odontóloga)</p> <p>“Nas visitas a gente pergunta se tem HAS ou DM, observa as queixas, tira a pressão e encaminha para a unidade. Aqui o médico pede os exames para decidir se é HAS.”</p> <p>Rotina instituída para os ACS, observado que eles tem habilidade para identificação dos pacientes e encaminham para consultas na unidade</p>		<p>o diagnóstico e a gente também realiza, por exemplo, se ele chega na odontóloga e está com a TA aumentada ela já encaminha para a consulta médica. Fazemos busca ativa através de VD, dos ACS, através de palestras nas comunidades e incentivando a população a comparecer no posto para investigação.(Médico)</p>	
--	--	--	--	--	--	--

	<p>Aferição da pressão arterial em indivíduos da demanda espontânea da unidade de saúde, incluindo crianças, gestantes e idosos.</p>	03 Pontos	<p>Rotina não instituída na unidade. O acesso é facilitado apenas para os usuários que já são portadores. Como justificativa, relatado pela equipe falta dos protocolos norteadores, tensiômetros infantis, necessidade de recursos humanos para a farmácia (TE por vezes é deslocada para dar apoio na distribuição das medicações)</p> <p>Para indivíduos da demanda espontânea não existe rotina para verificação da TA, relatado que por vezes isso pode ser feito nas consultas, por iniciativa dos profissionais, com muito pouca frequência em crianças, maior frequência em</p>	00	<p>Rotina instituída no serviço. Existem 03 TE atuando na unidade, estando 01 de férias. A unidade dispõe apenas de 02 tensiômetros para adultos. Qualquer usuário pode aferir a TA, sendo ou não portador da doença.</p>	03
--	--	-----------	---	----	---	----

			gestantes.			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Componente não implantado: até 04 pontos</li> <li>• Componente parcialmente implantado: 05 a 08 pontos</li> <li>• Componente implantado: 09 a 12 pontos</li> </ul>				05 (PI)		08 (PI)
<b>COMPONENTE B</b>	<b>ATIVIDADES</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>	<b>EVIDÊNCIAS EQUIPE VERDE</b>	<b>PONTOS</b>	<b>EVIDÊNCIAS EQUIPE AMARELA</b>	<b>PONTOS</b>
ACOLHIMENTO E VINCULAÇÃO (12 pontos)	Realização do Cadastramento dos pacientes diagnosticados	04 Pontos	<p>“A gente fez há pouco tempo um mutirão de cadastramento do HIPERDIA para poder atualizar porque estava muito deficiente” ACS 01</p> <p>“Acredito que tenha feito uma boa parte ( da atualização dos cadastros), a gente criou uma estratégia com a equipe, com médico para dar continuidade a este</p>	04	<p>A equipe destacou que a atualização ocorre durante as visitas domiciliares dos ACS, porém sem a utilização dos instrumentos preconizados pelos SIAB. Também não foi realizado o treinamento dos ACS para utilização do SIAB.</p> <p>“Não tem ficha aqui na unidade, a gente vai começar a utilizar agora porque a apoiadora passou para gente a</p>	00

			<p>cadastro no dia-a-dia. ACS 02</p> <p>Cadastramento no HIPERDIA em processo de atualização.</p>		<p>informação que tem que ser pela ficha, mas a gente não tem as fichas, estamos pedindo, para poder iniciar este cadastramento pelas fichas.(ACS 01)</p>	
	<p>Realização de visitas mensais a no mínimo 80% dos pacientes cadastrados no SIAB ;</p>	04 Pontos	<p>68,5% dos pacientes recebem visitas mensais. O percentual abaixo do que está preconizado</p>	00	<p>A ESF mantém em média 93,9% dos pacientes cadastrados em acompanhamento pelos ACS nas visitas domiciliares.</p> <p>Foram destacadas algumas dificuldades para a manutenção deste acompanhamento : falta de transporte (02 vezes ao mês vez a cada 15 dias) para os ACS, micro-áreas muito distantes, a equipe atua em área de zona rural com muita dificuldade de acessibilidade geográfica</p> <p>“Pra gente aqui o transporte é muito difícil, como as áreas são muito distantes fica difícil o transito das pessoas, só tem ônibus uma vez ao dia e o escolar, então ora chegar aqui é muito</p>	04

					<p>difícil”.(ACS 03)</p> <p>“Não consigo acompanhar todos não, infelizmente, às vezes a gente vai duas ou três vezes, mas só vou encontrar no mês seguinte, não acompanhamos todos, um ou dois fica sem visita. As vezes o paciente não está, foi para a sede porque lá é melhor, por um motivo u outro mas a gente consegue ter a informação.”(ACS 03)</p>	
	Existência de acolhimento dos pacientes nas USF	04 Pontos	<p>Não existe na unidade nenhuma proposta de acolhimento à demanda espontânea, o atendimento não ocorre todos os dias da semana, segue a agenda de turnos disponíveis que a equipe definiu com base em critérios próprios, sem levar em conta as reais necessidades de</p>	00	<p>Não existe uma proposta sistematizada para o acolhimento na USF, a equipe estabeleceu fluxo para a marcação que inclui a verificação dos sinais vitais e a realização de atividades educativas durante a espera dos usuários. Porém, persistem as filas e alguma desorganização para a marcação. Pontos a serem revistos que comprometem a acessibilidade é a</p>	00

			<p>saúde da população. Existe uma agenda semanal que permite pouca flexibilidade</p>		<p>manutenção de apenas um dia de marcação por mês.</p> <p>(ACS 01) “É razoável o acolhimento aqui na unidade, o paciente chega ele é triado, orientado, os ACS fazem sala de espera e faz as orientações. Não tem dificuldade de marcar as consultas, as vezes acontece ter fila pela incompreensão do “povo de fora” porque vem pessoas de outros lugares, porque acham que marcar aqui é fácil, é bom, ai fica aquele tumulto, mas as pessoas daqui eles não reclamam.</p> <p>(ACS 03) “ Tem marcação aqui na unidade na última segunda feira do mês e ai mesmo assim sendo um único dia de marcação não gera aquela fila ou confusão. Não temos mais marcação para odontólogo porque está sem material, não está tendo atendimento só</p>
--	--	--	--	--	---

					estamos esperando chegar material para ela trabalhar.”	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Componente não implantado: até 04 pontos</li> <li>• Componente parcialmente implantado: 08 pontos</li> <li>• Componente implantado: 12 pontos</li> </ul>				04 (NI)		04 (NI)
COMPONENTE C	ATIVIDADES	PONTUAÇÃO	EVIDÊNCIAS EQUIPE AMARELA	PONTOS	EVIDÊNCIAS EQUIPE VERDE	PONTOS
AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA (13 Pontos)	Aferição da TA antes das consultas com tensiômetros calibrados	04 Pontos	Tensiômetros calibrados recentemente  Aferição da TA antes das consultas ou nas consultas  80% dos Prontuários analisados constavam medida da TA	04	Observados em 100% dos prontuários analisados que houve a verificação da TA antes das consultas. Profissionais relataram que a verificação é feita pelos Técnicos de enfermagem antes ou na falta deles durante a consulta. Aparelhos calibrados conforme registros da unidade.	04
	Avaliação clínica inicial com levantamento da história clínica e exame físico	02 Pontos	70% dos prontuários apresentavam registros de exame físico dos pacientes, bem como história clínica	02	100% dos prontuários com registros de avaliação clínica.	02
	Encaminhamento para investigação laboratorial inicial e	02 Pontos	80% dos pacientes foram		100% dos prontuários houve encaminhamento	02

	complementar		encaminhados para investigação	02	para exames	
	Estratificação do risco através da pesquisa da presença dos fatores de risco e lesões em órgão-alvo	03 Pontos	Sem registros nos prontuários analisados.	00	Sem registros nos prontuários analisados	00
	Solicitação de exames complementares	02 Pontos	70% dos prontuários com registros de solicitações de exames complementares	02	100% dos prontuários havia encaminhamento para exames como ECG, Ecocardiograma, etc.	02
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Componente não implantado: até 06 pontos</li> <li>• Componente parcialmente implantado: 07 a 09 pontos</li> <li>• Componente implantado: 10 a 13 pontos</li> </ul>				10 (I)		10 (I)
<b>COMPONENTE D</b>	<b>ATIVIDADES</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>	<b>EVIDÊNCIAS EQUIPE AMARELA</b>	<b>PONTOS</b>	<b>EVIDÊNCIAS EQUIPE VERDE</b>	<b>PONTOS</b>
INSTITUIÇÃO DA TERAPÊUTICA (13 pontos)	Aconselhamento/orientações para mudanças no estilo de vida (redução do tabagismo, etilismo, aumento do consumo de frutas, verduras e hortaliças, estímulos às práticas de atividades físicas)	08 Pontos	Inexistência de registros de orientações educativas, bem como percebido que a equipe não mantém rotina destas ações.  Nos prontuários analisados foram observados se foram dadas orientações e/ou feito	00	Observados em vários registros de atendimentos de enfermagem que são dadas orientações aos pacientes para mudanças de hábitos, principalmente com foco nas mudanças de padrão alimentar e prática de atividades físicas.  A equipe realiza quinzenalmente salas de	08

			<p>aconselhamento para os pacientes, apenas em uma das consultas aparece o registro de orientações sobre a dieta (consulta de enfermagem)</p>		<p>esperas.</p> <p>Apesar de não haverem programação para ações educativas nas entrevistas os ACS relataram dar orientações, o que foi confirmado nos discursos dos outros profissionais da equipe:</p> <p>ACS 1: Nós fazemos atividades educativas orientando a importância do medicamento, da alimentação, a gente realiza café da manhã com os hipertensos, passando o que ele pode comer o que não pode comer, atividades físicas, a gente orienta;</p> <p>ACS 02: Eu associo mais na minha área o problema da alimentação, eu tento bastante chamar a atenção deles, tem a questão da medicação, da alimentação que não é balanceada e as vezes eles tomam o remédio, mas o café da manhã é aquela farofinha, ai eles</p>	
--	--	--	---	--	--	--

					reclamam porque o custo é alto para você ter uma alimentação saudável, apesar que aqui é zona rural e temos frutas, podemos substituir o café pela água de coco, suco, mas o costume, o hábito, é cultura.	
	Prescrição e dispensação de medicamentos para pacientes hipertensos com risco médio, alto e muito alto;	02 Pontos	Nos prontuários analisados houve indicação de pelo menos três dos anti hipertensivos disponíveis no elenco da rede básica (Captopril, propranolol e HCTZ ), relatado pelo ACS a existência de dificuldades relacionadas à aceitação da doença e a adesão ao uso das medicações prescritas, principalmente em relação à população idosa	02	Observados pela análise dos prontuários, relatado que não há falta de medicações; “A gente tem suficiente as medicações, andou um tempo faltando, mas para HAS é basicamente as medicações, temos o aparelho para media a PA, a agente corre empresta um para o outro, divide mas dá para atender” (odontóloga)	02
	Acompanhamento do retorno às consultas e busca ativa dos faltosos	03 Pontos	Rotina não instituída. Nas visitas, os ACS	00	A equipe não realiza a busca ativa dos faltosos como uma ação de	00

			acompanham os pacientes, mas a equipe não realiza avaliação dos retornos às consultas, apesar dos pacientes terem retorno programado.  Outro ponto que aparece como aspecto que dificulta o acompanhamento do retorno às consultas é a falta de alguns impressos, como cartão de acompanhamento, fichas de cadastros do SIAB. Os ACS realizam os registros da visitas em cadernos, pouco utilizam as fichas específicas do SIAB.”		rotina, como fatores: transporte e áreas distantes:  ACS 03: Pra gente aqui o transporte é muito difícil, como as áreas são muito distantes fica difícil o transito das pessoas, só tem ônibus uma vez ao dia e o escolar, então ora chegar aqui é muito difícil.  ACS 02: Facilidades temos a aceitação da comunidade, mas pelo fato das áreas serem distantes , as casas são uma distante da outra, fica muito complicado fazer buscas.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Componente não implantado: até 06 pontos</li> <li>• Componente parcialmente implantado: 07 a 09 pontos</li> <li>• Componente implantado: 10 a 13 pontos</li> </ul>				02  (NI)		10  (I)
COMPONENTE E	ATIVIDADES	PONTUAÇÃO	EVIDÊNCIAS EQUIPE	PONTOS	EVIDÊNCIAS EQUIPE VERDE	PONTOS

		AMARELA				
PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE (30 pontos)	Ações na comunidade de incentivo à promoção da cidadania e mudanças socioambientais	06 Pontos	Não realiza	00	A Equipe não mantém rotina de realização de ações educativas na comunidade; Áreas distantes, falta de meios de transporte, dificuldades de acessibilidade geográfica;	00
	Ações na comunidade de incentivo às mudanças nos hábitos e estilos de vida	12 Pontos	Não realiza	00	“A gente tem muita dificuldade com o carro, ele só vem uma vez e em um turno na semana e ai é turno de VD, de PSE, tudo ao mesmo tempo, com um carro só e ai não temos como fazer grupos na comunidade, isso a gente ainda não conseguiu não. A gente tem uma área grande sem ACS, uma coisa que dificulta porque a gente só consegue ter contato com os pacientes quando eles vêm a unidade, raramente tem outro tipo de	00

					contato, então isso para mim é um problema maior, a gente não ter o controle de toda nossa área, por falta de ACS” (Odontóloga)	
	Promoção de atividades em grupos de portadores de HAS;	06 Pontos	A ESF desenvolve atividades com grupo de pacientes em acompanhamento, com periodicidade mensal.	06	A Equipe não realiza atividades em grupos	00
	Promoção de atividades em grupos de não portadores com vistas à mudança nos estilos de vida;	06 Pontos	Não realiza	00		00
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Componente não implantado: 12 pontos</li> <li>• Componente parcialmente implantado: 18 pontos</li> <li>• Componente implantado: 24-30 pontos</li> </ul>				06 (NI)		00 (NI)

COMPONENTE F	ATIVIDADES	PONTUAÇÃO	EVIDÊNCIAS EQUIPE AMARELA	PONTOS	EVIDÊNCIAS EQUIPE VERDE	PONTOS
GESTÃO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO (10 pontos)	Atualização periódica do cadastramento dos portadores no SIAB e HIPERDIA	04 Pontos	<p>“A gente fez há pouco tempo um mutirão de cadastramento do HIPERDIA para poder atualizar porque estava muito deficiente” ACS 03</p> <p>“ Acredito que tenha feito</p>	04	<p>Evidenciado que os cadastros não estão atualizados.</p> <p>“gente cadastra muito os pacientes mas na relação de cadastro tá</p>	00

			<p>uma boa parte ( da atualização dos cadastros), a gente criou uma estratégia com a equipe, com médico para dar continuidade a este cadastramento no dia- a -dia. ACS 02</p> <p>Equipe realiza atualização dos cadastros periodicamente.</p>		<p>sempre dizendo que a gente não tem pacientes cadastrados. A enfermeira reclama muito que cadastra mas o sistema não tem pacientes, tá como perda de dados ai. Não é do SIAB é do HIPERDIA, aquele cadastro está sempre dando diferente do que a gente diz que tem e do que eles informam, do que já foi cadastrado.” (Odontóloga)</p>	
	Utilização das informações para planejamento das ações.	04 Pontos	ESF não realiza a análise das informações geradas pelos SIS como base para o planejamento das ações	00	ESF não realiza a análise das informações geradas pelos SIS como base para o planejamento das ações geradas pelos SIS.	00
	Avaliação das informações geradas	02 Pontos		00		00
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Componente não implantado: 04 pontos</li> <li>• Componente parcialmente implantado: 06 pontos</li> <li>• Componente implantado: 08-10 pontos</li> </ul>				04 (PI)		00 (NI)
<b>COMPONENTE G</b>	<b>ATIVIDADES</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>	<b>EVIDÊNCIAS EQUIPE AMARELA</b>	<b>PONTOS</b>	<b>EVIDÊNCIAS EQUIPE VERDE</b>	<b>PONTOS</b>
EDUCAÇÃO PERMANENTE (10 Pontos)	Capacitação dos profissionais	05 Pontos	Não existe rotina de ações de educação permanente para profissionais de nível médio. Referido que eventualmente	00	A equipe realiza ações de capacitação dos ACS e eventualmente dos técnicos de enfermagem	05

			os profissionais são convidados a fazer treinamentos, porém sem muita relação com o processo de trabalho da unidade.		sobre temas diversos. Existem registros de três ações com a participação da apoiadora institucional.	
	Participação da equipe em treinamentos, rodas de conversa, cursos, dentre outros relacionados à HAS ou outros	05 Pontos	ESF apontou insuficiência das ações ofertadas pela SMS/APS	00	ESF apontou insuficiência das ações ofertadas pela SMS/APS	00
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Componente não implantado: 00 pontos</li> <li>• Componente parcialmente implantado: 05 pontos</li> <li>• Componente implantado: 10 pontos</li> </ul>				00 (NI)		05 (PI)
<b>CLASSIFICAÇÃO FINAL DAS EQUIPES</b>				<b>EQUIPE Amarela</b>		<b>EQUIPE Ver.</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Atenção à HAS não implantada (NI): 0 a 33,3 pontos</b></li> <li>• <b>Atenção à HAS parcialmente implantada (PI): 33,4 a 66,6 pontos</b></li> <li>• <b>Atenção à HAS implantada (I) : acima de 66,7 pontos</b></li> </ul>				<b>31 Pontos (NI)</b>		<b>37 Pontos (PI)</b>

